

Kan vi ha små fødeavdelinger?

En studie om utfordringer og muligheter
ved små fødeavdelinger i Helse Nord

av

Anca Heyd

BE311E

MBA i helseledelse

Forord

Denne oppgaven er en del av studiet master i Helseledelse ved Handelshøgskolen i Bodø på oppdrag fra Helse Nord RHF.

Motivasjonen for studiet har jeg fått gjennom et lederutviklingsprogram ved Hålogalandssykehuset. Tusen takk til Truls Johannessen og Berit Antonsen for å ha vekt min interesse for ledelse og for å ha vist meg hvor spennende og nyttig det kan være å ha god kunnskap på dette feltet.

Jeg vil takke Handelshøgskolen i Bodø for meget bra gjennomføring av studiet, både når det gjelder utvalg av forelesere, men også praktisk tilrettelegging. Tusen takk Anita.

Takk til Helse Nord og UNN helseforetak og ledelsen i kvinneklinikken som ga meg mulighet til å delta på dette studiet.

En stor takk må jeg rette til begge mine veiledere Inger Johanne Pettersen og Berit Antonsen som alltid har stått til rådighet og hjulpet meg med både inspirasjon, råd, støtte og motivasjon.

Tusen takk også til informantene mine som har bidratt med sine kunnskaper til å belyse situasjonen på fødeavdelingene i Helse Nord. Selv om mange har vært involvert, står jeg selv ansvarlig for arbeidet og innholdet og eventuelle feil må tilskrives meg.

Til slutt vil jeg takke de personene som overhodet har gjort det mulig for meg å gjennomføre dette studiet. Tusen takk til min leder Anne-Marie Waldahl for støtte hele veien og til mine arbeidskollegaer som har tålt mange ulemper for at jeg skal få den nødvendige tilrettelegging.

En spesiell takk vil jeg rette til mannen min og til barna mine, deres støtte og hjelp har vært av uvurderlig verdi.

Dette studiet har gitt meg som person veldig mye, ikke bare gjennom den nye kunnskapen jeg har fått, men også gjennom utveksling av erfaring og ved å bli kjent med mine medstudenter. Tusen takk til dere alle for to fantastisk gode år.

Harstad, januar 2010

Anca Heyd

Sammenfatning

Fødselsomsorgen i Norge er organisert som et differensiert, desentralisert tilbud. De små fødeavdelingene som en del av dette tilbudet har de senere år havnet i søkelyset og på bakgrunn av antatt mangel på kvalitet og fagfolk og man har foreslått en del strukturendringer som i det vesentlige har handlet om å legge ned avdelingene eller omgjøre de til fødestuer. På den andre siden har det blitt lagt frem informasjon om at tilbudet på de små fødeavdelingene allikevel tilsvarer dagens krav til kvalitet og trygghet.

Dette dilemmaet har vekt min interesse og jeg ønsker derfor å finne ut hvordan realiteten ser ut. Jeg har undersøkt de små fødeavdelingene i Helse Nord og har, gjennom intervju med deres operative ledere, og ved hjelp av strategiske verktøy som SWOT analyse og balansert målstyring, kartlagt hvilke utfordringer og muligheter disse avdelinger byr på, og hvordan de ivaretar sine oppgaver som en del av fødetilbudet. Jeg har også anvendt min mangeårige erfaring som lege med lederfunksjon på en liten fødeavdeling og relevante dokumenter fra offentlige instanser, fagforeninger og fagfolk.

Resultatene av undersøkelsen viser at de små fødeavdelingene er en viktig del av fødetilbudet i regionen og at de ivaretar kravet om trygghet og kvalitet på en god måte. I tillegg sikrer de at tilbudet til befolkningen er tilgjengelig, nær, med god kontinuitet og høy grad av omsorg.

Til tross for at bemanningen er stabil og en viktig ressurs for avdelingene så beskrives den til tider som marginal og ikke tilstrekkelig for å tilfredsstille dagens krav. Det er altså behov for å øke bemanningen for alle profesjoner på fødeavdelingene og man må konstant jobbe med rekruttering for å sikre at tilgangen på fagpersonell både nå og i fremtiden ikke blir til et problem. Med dette tiltaket vil man muligens også forbedre økonomien ved å spare vikarutgifter og gjøre budsjettet mer forutsigbart.

Funn i undersøkelsen viser at kvaliteten på tilbudet ytterligere bør styrkes ved å etablere faggrupper og rotasjonsordninger på tvers av institusjoner og nivå og ved å standardisere kvalitetssikrende tiltak.

Fødetilbudet kan ikke sees atskilt fra gynekologien da det er med på å dekke behovet for mange tusen pasienter på gynekologisk område.

Ved å lage en langsiktig plan for regionen kan man også i fremtiden sikre et trygt og nært tilbud.

Abstract

In Norway organisation of birth care is decentralised and differentiated, which means that there are three different levels of care. Each level has its own field of responsibility to assure that the patients get high quality and sure health care in the region they live.

Small birth units have been said to have bad quality and not enough specialists and midwives and it has been suggested to change these units into free standing birth centre or to abolish them. Both people and specialists were against these changes and specialists have argued that birth care in small birth units is of high quality.

In this thesis I want to find out whether small birth units in Northern Norway take care of the patients like they are supposed to do and which kind of strengths and weaknesses they have. To find out this I made a qualitative study by interviewing the leaders of these units and I analyze the results by strategic tools like SWOT analysis and balanced scorecards. I used also my own experience and documents from public institutions and specialist organisation as an important part of knowledge.

The results of the study show that birth care in small units in northern Norway is an important part of birth care in the region by reassuring near services of good quality to the patients. Even if there are a lot of specialists who represent an important resource for the units, sometimes there may not be enough specialists to meet the necessary requirements. That means that the number of specialists needs to be increased including both midwives, doctors and nurses and recruitment of specialists is an important work to do.

This may also solve a lot of economical problems due to reduced costs for overtime and supply employees.

Results of the study show also that quality can be increased by standardisation of training exercises and by establishment of professional groups between different units and institutions.

Obstetrics cannot be seen for itself man must always be together with gynecology, because both obstetricians and birth care units are responsible for the treatment of many thousand patients with gynaecological problems.

Making a long-lasting plan for birth care in the region will reassure good and near health care for pregnant patients and their families.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	8
1.1. Bakgrunn og problemstilling.....	8
1.2. Spesifisert problemstilling.....	9
1.3. Begrepsavklaring.....	10
2. Teori	12
2.1. Begrunnelse for valg av teori.....	12
2.2. Samfunnsøkonomi.....	12
2.3. Etikk.....	14
2.4. Helsejuss.....	16
2.5. Strategisk helseledelse.....	17
2.5.1. SWOT analyse.....	18
2.5.2. Balansert målstyring.....	19
3. Metode	21
3.1 Studiedesign.....	21
3.2. Innhenting av data.....	21
3.2.1. Dokumentanalyse.....	21
3.2.2. Det kvalitative intervju.....	21
3.2.7. Observasjon.....	25
3.3. Analyse av data.....	25
3.4. Metodekritikk.....	26
3.4.1. Verdiramme og verdigrunnlag.....	26
3.4.2. Validitet og reliabilitet.....	27
4. Empiri	28
4.1. Innledning.....	28
4.2. Etikk, helsejuss og samfunnsøkonomi.....	28

4.3. SWOT analyse.....	29
4.3.1. Styrker.....	30
4.3.2. Svakheter.....	36
4.3.3. Muligheter.....	39
4.3.4. Trusler.....	41
4.4. Oppsummering.....	44
5. Analyse.....	45
5.1 Kvalitet.....	45
5.2 Bemanning.....	46
5.3 Implikasjoner for andre fagfelt.....	49
5.4 Ferieavvikling og sommerdrift.....	50
5.5 Muligheter for fremtiden.....	50
6. Konklusjon.....	53
7. Litteratur.....	54
8. Vedlegg.....	57

En dag i 2009 på en liten fødeavdeling i Helse Nord:

Maria og John venter sitt andre barn. Det første barnet, en velskapt jente ble født i utlandet. Alt gikk bra med svangerskap og fødsel forrige gang, forteller paret. Visst har hun hatt en rift og måtte sys med mange sting men hun har ingen sekvele etter denne hendelsen. Også i dette svangerskapet har hun vært heldig, og både mor og barn har vært friske. Alt ligger altså til rette for en normal fødsel. Når Maria får rier, møter hun opp på den lokale fødeavdelingen der hun skal forløses. Det ser ut til å gå bra med fødselen, og etter noen timer føder Maria ei jente. Noe uventet dog sliter barnet med å puste og det må få hjelp fra jordmor. Mens jordmor holder på med barnet, begynner Maria å blø kraftig. Barnet puster fortsatt ikke selv og må ha hjelp med oksygenmaske.

Gynekolog og anestesilege tilkalles raskt. Når de ankommer fødestua, har jordmor allerede gjort en rekke tiltak for å stoppe blødningen og for å stabilisere mors sirkulasjon. Maria har i mellomtiden blødd over en liter, hun er blek og begynner å bli svimmel. Mens anestesisykepleier og anestesilege prøver å få barnet til å puste selv, undersøker gynekologen Maria og prøver å finne blødningsårsak. Han finner en rift i livmorhalsen, men pga av den sterke blødningen er den vanskelig å sy på fødeavdelingen. Maria har i mellomtiden blødd så pass mye at hun besvimer. Situasjonen begynner å bli farlig for henne. Derfor bestemmer man seg for å kjøre henne på operasjonsavdelingen, hvor man har mer assistanse og bedre forhold. I mellomtiden har noen fra laboratorietjenesten vært der og tatt blodprøver og bestilt blod og barnepleieren prøver å ta seg av John som har blitt dårlig og måtte ha hjelp. Også barnet må fortsatt ha hjelp for å puste. Det har gått 15 minutter siden fødselen.

På operasjonsavdelingen blir Maria lagt i narkose; hun er i livsfare. Hun får blodkonserver, og mens anestesilegen er opptatt med å sørge for at de vitale funksjonene som sirkulasjon og respirasjon holdes i gang, kan gynekologen sammen med to assistenter sy riften. Anestesisykepleier er fortsatt opptatt med barnet. Etter hvert synes situasjonen å stabilisere seg, riften er sydd, operasjonen avsluttes og Maria kjøres på intensivavdelingen til overvåkning. Også barnet begynner å puste selv og legges i inkubator. Etter 10 minutter begynner Maria å blø på nytt, og denne gangen enda kraftigere enn før. Hun kjøres på nytt til operasjonsstuen, og man forsøker på nytt å stoppe blødningen. Man bestiller blodplater som må flys inn med helikopter, da blodkonserverne ikke lenger er gode nok for å holde henne i live. En klarer ikke å stoppe blødningen nedenifra og velger derfor å åpne buken og se om man kan gjøre noe med riften i livmoren på denne måten. Også kirurg tilkalles for hjelp. Til tross for to erfarne operatører lykkes det ikke å stoppe blødningen, og man bestemmer seg til slutt å fjerne livmoren. Dette hjelper endelig, men det er så vidt man klarer å berge Marias liv.

Til slutt gikk det bra! Heldigvis, selv om denne hendelsen i stor grad vil prege både familiens og de ansattes fremtidige liv..

Jeg har valgt å beskrive denne reelle hendelsen, for å illustrere en helt vesentlig oppgave til fødselsomsorg, nemlig å ha klart et helt hjelpeapparat for å håndtere en hyperakutt situasjon, som man ikke bestandig kan forutsi. Denne pasienten ville, etter vanlige seleksjonskriterier, vært selektert til å føde på en jordmorstyrt fødestue, uten vaktberedskap av verken gynekolog, eller anestesi, eller kirurg.

1. Innledning

1.1. Bakgrunn og problemstilling

Fødselsomsorg er en del av helsetjenesten, men den skiller seg ut fra den alminnelige helse-tjenesten på mange måter. De fleste fødende er friske og føder normalt og ukomplisert, og den største delen av helsehjelp er å gi omsorg i en vanskelig og ofte frykt skapende situasjon. På den andre siden kan akutte situasjoner skje veldig raskt og kreve strakstiltak fra et helt apparat. Således er hovedoppgaven til fødselsomsorgen å være en trygghetsbase for familier i den fasen hvor de planlegger å få barn (Regjeringen, 2007).

I Norge har organisering av fødselsomsorg vært tema for debatt og diskusjon i en årrekke. Mange undersøkelser har vært gjennomført, mange rapporter ble skrevet og det er mange ganger foreslått strukturendringer og reformer. I 2001 oppnevnte Helsedepartementet et nasjonalt råd for fødselsomsorg. Rådets oppgave var å bistå i omstillingsprosessen, kvalitetssikring og evaluering av drift i forbindelse med organisering av desentralisert og differensiert fødselsomsorg.

Rådet fratradte sine verv i november 2007 i protest under henvisning til en langvarig og vanskelig dialog med Helse- og omsorgsdepartementet. I sluttrapporten konkluderer man med

”dermed fortsetter de mangeårige strukturproblemene i fødselsomsorgen som har vært utredet siden tidlig på 90-tallet. Flere små fødeavdelinger drives med utstrakt bruk av vikarer med variabel kvalitet. Disse bør omgjøres til fødestuer slik at risikofødslene sentraliseres, eventuelt legges ned slik at alle fødslene sentraliseres. Det siste er faglig forsvarlig, men er i strid med nasjonal helsepolitikk. Hvis man heller ikke skal gjøre om til fødestuer velger man å sementere et strukturproblem og påtar seg ansvar for et kvalitetsproblem.” (Nasjonalt råd, 2008, side 10)

Også helsetilsynet synes å dele de samme bekymringene. I Aftenposten kunne man for eksempel lese i mai 2008:

”Helsetilsynet bekymret for fødende - Vikarstafett, språkproblemer, kommunikasjonssvikt, ujevn faglig kvalitet. Helsetilsynet er bekymret for situasjonen ved de små fødeavdelingene og frykter at de fødende ikke vet hva de går til. ... Vi står fast på det vi mente i 1997, nemlig at de små fødeavdelingene bør gjøres om til fødestuer. Vi er redde for at de små fødeavdelingene gir falsk trygghet ved at de utgir seg for noe annet enn de er.” (Moe, et al., 2008).

På den andre siden priser politikere på høyt nivå fødetilbudet som av høy faglig standard. Helseminister Bjarne Håkon Hanssen sier i en presseerklæring i februar 2009 at svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge holder svært høy kvalitet i internasjonal sammenheng (Regjeringen, 2009). Også en rapport fra helsetilsynet med en oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner fra 2004 konkluderer med:

”Ved de fødeinstitusjoner som ble tilsett, var seleksjon ved mottak og overvåking av mor og barn under fødsel i all hovedsak i samsvar med nasjonale faglige retningslinjer og virksomhetenes egne prosedyrer. Samhandlingsrutinene mellom faggruppene fungerte godt og alle hadde kjente rutiner for varsling og iverksettelse av tiltak ved akutte hendelser. Håndtering av de ulike risikosituasjoner og evt. komplikasjoner blir i all hovedsak utført i tråd med de faglige normer som gjelder for områdene.” (Helsetilsynet, 2004)

Hvordan kan man så beskrive virkeligheten? Man kan undres over at viktige instanser og fagfolk har så forskjellige meninger om fødetilbudet i Norge. Hvordan kan både nasjonalt råd for fødselsomsorg og helsetilsynet være bekymret for kvaliteten og fødetilbudet ved

fødeavdelinger, når en rekke studier (blant annet også en fra fødetilsynet) viser at fødselsomsorgen i Norge er blant verdens beste?

Felles for de fleste undersøkelser og rapporter er at de omfatter alle nivå i fødselsomsorg, altså både kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer. Man kan spørre om det altså er slik at fødselstilbudet generelt er godt, mens fødeavdelingene i sin nåværende form er en fare for liv og helse og derfor bør avskaffes og erstattes av andre type organisasjoner. Min erfaring som seksjonsoverlege og medisinsk ansvarlig i en liten fødeavdeling er heller motsatt. På bakgrunn av egen lang erfaring i feltet mener jeg at mindre fødeavdelinger tilbyr trygge tjenester av god faglig standard. Denne erfaringen deles også av Ingrid Petrikke Olsen, gynekolog i Hammerfest. Etter gjennomgang av en rapport fra Norsk gynekologisk forening om status og utfordringer i faget gynekologi og fødselshjelp, skriver hun:

“Oppsummert vil jeg hevde at vi har en god svangerskaps- og fødselsomsorg i Nord-Norge - til tross for vår de-sentraliserte struktur med små enheter. Det betyr likevel ikke at vi må ta for gitt at dagens organisering nødvendigvis er den riktige for å møte kommende utfordringer.” (Olsen, 2009).

Et interessant spørsmål er om vi som jobber på fødeavdelinger, har en helt annen virkelighetsforståelse enn myndighetsorganene, og om vi er blinde ovenfor problemene som finnes, eller er konklusjonen fra nasjonalt råd og helsetilsynet kanskje for snevre og muligens uriktige?

Disse spørsmålene jeg har nevnt ovenfor har vekt min interesse for feltet. Jeg ønsker å utforske hvilken rolle små fødeavdelinger har i dagens fødselsomsorg, hvordan de tilfredsstiller kravene fra myndigheter og samfunn og hva som må til for å sikre et godt og trygd tilbud på disse avdelingene. Likeså ønsker jeg å finne ut hva som er positive sider ved fødeavdelinger som bør styrkes og bevares, og hva som er negative sider og hvordan disse kan forandres. Derfor har jeg formulert følgende problemstilling:

Kan vi ha små fødeavdelinger? – En studie om utfordringer og muligheter ved små fødeavdelinger i Helse Nord

1.2. Spesifisert problemstilling

I Norge har vi et differensiert fødetilbud, dvs. fødselsomsorgen er organisert på forskjellig nivå: kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer. Kvinneklinikker er høy spesialiserte enheter. De kan ta imot alle fødende, har høy beredskap og spesialfunksjoner som nyfødtafdeling med kompetanse for respiratorbehandling. Fødeavdelinger kan motta de fleste fødende og tilby operativ fødselshjelp og smertelindring. Fødende med alvorlige komplikasjoner eller fødende der det ventes at barnet vil trenge behandling ved en nyfødtafdeling, må imidlertid overføres fra fødeavdeling til kvinneklinikk. Fødestuer kan motta fødende uten spesielle komplikasjoner hvor det ikke er forventet operativ forløsning eller spesielle behandlingsbehov hos de nyfødte.

De fødeinstitusjoner som i størst grad har vært i søkelyset, er små fødeavdelinger. Derfor har jeg i mitt arbeid valgt å se på disse. Valget skyldes også at jeg selv jobber på en slik avdeling. Gjennom min erfaring kan jeg bidra både med informasjon og erfaring til å belyse resultatene av undersøkelsen.

Videre har jeg innskrenket mitt interesseområde til Helse Nord som region. Helse Nord har på grunn av sine geografiske og demografiske forhold, med en forholdsvis liten populasjon spredt over lange avstander, spesielle utfordringer når det gjelder kravet om å gi sin befolkning både likeverdige og kvalitativt gode helsetjenester. I tillegg kan det spesielle klimaet skape utfordringer både med tanke på rekruttering men også med tanke på pasienttransport. Det området og dets problemer kjenner jeg i tillegg best, da jeg selv jobber i en avdeling i Helse Nord.

Organisering av fødetilbudet i sykehus er en lederoppgave, derfor har jeg bestemt å undersøke problemstillingen ut ifra lederens perspektiv. Hovedfokus i denne oppgaven er kartlegging og analyse av situasjonen nå i forhold til de målene og oppgavene som fødeavdelinger som organisasjon har. Implementering av resultatene i en eventuell strategi må være gjenstand for videre arbeid.

Å forske i eget miljø stiller store utfordringer til meg som forsker, da både problemstilling og fremstilling av resultater vil være preget av min egen oppfatning om saken og av mine egne verdier. Denne ulempen har jeg tatt hensyn til ved å sikre god reliabilitet og validitet av forskningsresultatene. Samtidig mener jeg, at min kunnskap i feltet i stor grad vil være til fordel for både forståelse men også fortolkning av datagrunnlaget.

1.3. Begrepsavklaring

I en rapport fra 1997 defineres de forskjellige nivåene i fødselsomsorgen gjennom følgende krav (Helsetilsynet, 1997):

- Nivå 3 - Kvinneklinikker:
 - Minst 1500 fødsler per år,
 - tilstedevakt av fødsels- og anestesilege,
 - vaktberedskap av barnelege,
 - nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning, barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte.
- Nivå 2 - Fødeavdelinger:
 - Minst 400 - 500 fødsler per år,
 - vaktberedskap av fødsels- og anestesilege (kun unntaksvis kirurg i vaktberedskap),
 - nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og
 - barnelege tilknyttet fødeavdelingen
- Nivå 1 - Fødestuer:
 - Minst 40 fødsler per år,
 - vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog) og avklarte medisinske ansvarsforhold

Imidlertid har kravet for fødselstallet vært veldig omdiskutert de senere år. Derfor har Regjeringen i sin Stortingsmelding nr.12, "en gledelig begivenhet, om en helhetlig fødselsomsorg" foreslått å fjerne dette kravet og heller erstatte det med nasjonale kvalitetskrav (Regjeringen, 2009). I tråd med disse bestemmelsene har jeg derfor operasjonalisert definisjonen min på følgende måte:

En liten fødeavdeling er en avdeling med:

- vaktberedskap av fødsels- og anestesilege
- nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning
- barnelege tilknyttet fødeavdelingen

Når jeg da velger å kalle avdelingen for **liten** fødeavdeling, er det for å understreke at de avdelingene som jeg vil studere som undersøkelsesobjekt, faktisk er så små at de ikke ville oppfylt kravene om 400-500 fødsler.

Begrepene styrker, svakheter, muligheter og trusler er tatt ut fra teorien om SWOT analysen, som belyses nærmere i kapittel 2. I følge denne teorien defineres begrepene som følger (Winer, 2006):

- Styrker: egenskaper innenfor organisasjonen som fremmer måloppnåelse
- Svakheter: egenskaper innenfor organisasjonen som hemmer måloppnåelse
- Muligheter: forhold utenfor organisasjonen som fremmer måloppnåelse
- Trusler: forhold utenfor organisasjonen som hemmer måloppnåelse

Disse egenskaper må selvfølgelig sees i forhold til de overordnede mål som fødeavdelinger har. Målene som jeg har brukt for dette arbeidet er tatt ut av stortingsmelding 12, 2009 - en gledelig begivenhet (side 7), som er Regjeringens strategidokument for fremtidig organisasjon av fødselsomsorg:

"Regjeringen legger vekt på følgende fem innsatsområder for å nå målet om at et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen skal oppleves som en gledelig begivenhet både av gravide og fødende og hennes familie (Regjeringen, 2009):"

- En helhetlig svangerskapsomsorg
- Et trygt fødetilbud
- Et familievennlig barseltilbud
- Kvalitet i alle ledd
- Et bredt brukerperspektiv

2. Teori

2.1. Begrunnelse for valg av teori

Teoriene som jeg har valgt for denne oppgaven, er tatt ut av områdene samfunnsøkonomi, etikk, helsejuss, og strategisk helseledelse.

Helse er en viktig del av ethvert menneskets liv. God helse anses å ha en så høy betydning at den er spesiell omtalt som en menneskerett. I FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12 står følgende presisert om helse (Molven, 2006):

"retten til helse må forstås som retten til å ha tilgang til forskjellige tjenester, fasiliteter og goder som er nødvendig for å oppnå høyest mulig helse". I tillegg ilegges staten oppgaven til å sørge for at disse tjenester, goder og fasiliteter er tilgjengelige på lik linje for alle, spesielt for svak stilte eller personer med minoritetsbakgrunn."

For fødselsomsorgen kreves eksplisitt å sikre egnet helseomsorg for mødre før og etter fødselen (Molven, 2006). For den norske staten stilles det på grunn av dets rikdom særdeles høye krav til å sørge for helse til folk. Således vil måten, helsetjenesten er organisert på, ha stor betydning for samfunnsøkonomien. I tillegg er kravene som stilles til helsevesenet så komplekse og store at det finns en rekke lover som regulerer ytelsen av helsetjenester. Det dreier seg her både om moralske og juridiske.

Hvis man altså undersøker fødetilbudet til norske kvinner, som er en særdeles sårbar del av helsetjenester, må man ha kunnskap til dens betydning for det norske samfunn. Man må selvfølgelig trekke inn de lovene som regulerer dette feltet altså både helsejuss, som representerer de juridiske lovene, og etikk, som regulerer de moralske lovene.

De teoriene nevnt ovenfor, er tilstrekkelige for å gi en oversikt over betydningen til fødselsomsorgen og hvordan den fungerer. Hvis man dog vil gå i dybden, slik jeg har valgt å gjøre og vil se nærmere på et spesielt område innenfor fødselsomsorgen, nemlig de små fødeavdelingene, trenger man kunnskap om områder som kan belyse hvordan denne type organisasjon fungerer i forhold til de målene staten og samfunnet har satt, altså kunnskap om strategisk ledelse. Ved å kombinere SWOT analysen, som er et strategisk verktøy for ledelse, med balansert målstyring, som tar for seg spørsmålet hvordan man kan drive en organisasjon på en slik måte at man oppnår målene organisasjonen har satt seg, kan jeg belyse de indre og de ytre faktorene som har betydning for hvordan fødeavdelinger fungerer i forhold til forventninger og mål fra både samfunn og stat.

2.2. Samfunnsøkonomi

Norge er en velferdsstat, dvs. en stat med offentlige stønadsordninger, offentlige velferdstjenester og aktiv økonomisk politikk (Lystestøl, et al., 2003). Samfunnsøkonomisk er helsesektoren en stor og viktig del av samfunnet vårt. I 2007 ble nesten hver femte offentlige krone brukt for helsevesenet (Pettersen, et al., 2008).

Det er tre viktige politiske prinsipper som er lagt til grunn for organisering av helsetjenester (Grund, 2006):

- Likhet, tilgjengelighet og rettferdighet
- Kvalitet og pasienttilfredshet
- Effektiv kapasitetsutnyttelse, ressursutnyttelse og ugiftkontroll

Helsetjenester er offentlige goder, dvs. tjenester og varer som alle kan nyttiggjøre seg av og som finansieres helt eller delvis av det offentlige. Tradisjonelt har myndigheten hatt ansvar for å finansiere de såkalte kollektive godene, altså varer og tjenester hvor alle har lik tilgang (Lystestøl, et al., 2003).

Kollektive goder kjennetegnes av følgende egenskaper (Hansen, 2004):

- de er ikke rivaliserende, det betyr at hvis en person konsumerer godet vil det ikke ha noe betydning for en annens person nytte av godet
- de er ikke ekskluderende, dvs. at godet er tilgjengelig for alle så snart det er fremskaffet

Typiske eksempler for kollektiv goder er for eksempel rein luft, gatelys og brannvesenet. Ved å dra nytte av for eksempel gatelys vil man ikke påvirke en annens person evne til å dra nytte av det. Dessuten er det ikke konkurranse om bruken av gatelyset, og ingen kan ekskluderes. Disse egenskapene til kollektive goder gjør at de ikke egner seg til markedsstyring, slik at produksjon og finansiering av dem må ivaretas av det offentlige (Lystestøl, et al., 2003).

I følge noen forfattere (Winer, 2006) oppfyller ikke helsetjenester kravene til kollektive goder om ikke rivalisering og ikke ekskluderbarhet fordi:

- hvis man øker antallet helsebesøk vil kostnadene for helsevesenet stige, således dreier det seg om en rivaliserende tjeneste
- det er mulig å ekskludere de som ikke betaler dersom det er ønskelig

Imidlertid har man de siste 20 årene flyttet fokus fra de rene kollektive godene til de delvis kollektive godene. I følge Preston (1972) kan goder deles inn i 4 kategorier (Aabø, 2002)

- A. rivaliserende og ekskluderbare (rene private goder)
- B. rivaliserende men ikke ekskluderbare
- C. ikke rivaliserende men ekskluderbare
- D. ikke rivaliserende og ikke ekskluderbare (rene kollektive goder)

Argumentet om kollektive goder er relevant for fødselsomsorgen. Fødselsomsorgen har en særstilling i forhold til andre helsetjenester av mange årsaker.

I dokumentet om nasjonal strategi for svangerskaps og fødselsomsorg (side 4) beskrives fødselen og dets implikasjoner for samfunnet slik:

”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. En graviditet, fødsel og barselperiode vil kunne forløpe som en naturlig hendelse hvor sykdomsperspektivet er helt fraværende, men kan også innebære akutt og dramatisk sykdom som stiller de høyeste krav til akuttberedskap og kompetanse.

Det finnes ingen klar og omforent definisjon av hvem som er bruker innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. I snever forstand er brukeren den gravide/fødende og hennes barn. På dette området vil imidlertid også partner, familien og befolkningen for øvrig, herunder lokalsamfunnet, ha sterke interesser. Skillet mellom bruker- og borgerbegrepet blir på mange måter utfordret, da så å si hele befolkningen vil ha eller innta brukerståedet gjennom faser i livet.” (Regjeringen, 2007)

Sett fra dette perspektivet kan man altså si at fødselsomsorgen er et i hvert fall delvis et kollektivt gode (kategori B eller D). I følge Svanhild Aabø kan et gode klassifiseres i forskjellige grupper, avhengig av omstendighetene (Aabø, 2002). Det er ikke alltid gitt om en tjeneste er rivaliserende eller ikke. Sett fra et individs perspektiv vil tilbudet om fødselshjelp være rivaliserende jf. argumentasjon ovenfor men også fordi to personer ikke kan bruke samme gode samtidig (begge kan bruke fødestedet men ikke samme jordmor for eksempel). Hvis man derimot tenker hele samfunnet som bruker vil tilbudet være ikke rivaliserende, da det ikke oppstår konkurranse om bruken av tjenesten (et unntak hvis vil naturligvis oppstå ved kapasitetsproblemer). Når det gjelder ekskludering, er tilbudet om fødselsomsorg entydig ikke ekskluderende. Når et fødetilbud først er etablert kan ingen utelukkes fra å bruke det. Denne tilgjengeligheten for alle styrkes ytterligere ved at staten har bestemt å fjerne egenandel i forbindelse med alle helsetjenester som har med svangerskap fødsel og barsel å gjøre.

Således er fødselsomsorgen i sin særstilling som fellesgode enda mer avhengig av at dens organisering og finansiering av myndighetene klarer å innfri de kravene som samfunnet stiller til tjenesten. Som helsetjeneste er fødselsomsorgen knyttet til trygghet og tillit i store deler av befolkningen, også befolkningen i små lokalsamfunn perifert i Norge.

2.3. Etikk

Etikk har tradisjonelt spilt en viktig normgivende rolle for hvordan helsepersonell skal oppføre seg i utøvelsen av yrket. Valg av handlinger gjøres på basis av egne verdier og yrkesetiske regler. I disse inngår både faglige, sosiale og personlige verdier men også kulturelle og tradisjonsbundne.

”For å kunne handle etisk må vi kunne være bevisst våres ansvar ovenfor andre, må være bevisst over verdiene som ligger til grunn for de handlingene vi gjør.” (Jakobsen, 2009)

Etikk er altså ”læren om moral” eller ”refleksjon over moral” (Johansen, et al., 2006). Med moral menes oppfatningen av et samfunn, en gruppe eller et menneske om hva som er riktig eller galt, godt eller vond. Det kan dreie seg både om holdninger og handlinger.

Etikk kan være normativ eller deskriptiv. I deskriptiv etikk tar man stilling til hvordan etikken faktisk er blant folk. I normativ etikk derimot tar man stilling til hvordan mennesker bør handle og leve og hvilke oppfatninger om rett og galt de bør ha. Normativ etikk kan deles inn i 2 hovedtyper: teleologisk og deontologisk.

Grunntanken ved teleologisk etikk er at en handling, holdning eller norm er riktig fordi den fremmer det gode (Johansen, et al., 2006). Utgangspunktet for denne teorien er altså en verdilære, antagelsen at det finns goder som er etterstrebellesverdige.

Dygdsetikken er en vesentlig retning innefor teleologisk normativ etikk. Dens grunnlegger er Aristoteles. Dygdetikken har som grunntanke at ethvert menneske strever å "virke på sitt beste" (Johansen et al. 2006). Dette kan man oppnå ved å utvikle såkalte dygder, altså egenskaper ved en selv som gjør at man i en gitt situasjon kan gjøre det som er moralsk godt og riktig. En slik dygd kan for eksempel være mot eller ærlighet. Hvis man i tillegg klarer å bruke den riktige dygden til rett situasjon (praktisk kunnskap) kan man oppnå det gode liv både som individ men også rettet mot andre.

En annen viktig teleologisk etikkteori er utilitarismen. Utilitarismen går ut ifra at en handling er moralsk riktig, hvis konsekvensene av handlingen er minst like gode som alle tenkelige alternativ, alle berørte partner tatt i betraktning (Johansen, et al., 2006). Dette forutsetter selvfølgelig at man har reelle valgmuligheter. Konsekvensene skal direkte eller indirekte ha egenverdi. Med det menes at en handling er riktig hvis den fremmer lykke. Både Mills og Bentham, to av grunnleggerne av klassisk utilitarisme, ser lykke som det eneste kriteriet for å vurdere en handling (Johansen, et al., 2006).

Men vi mennesker er ikke skapt slik at vi ved enhver situasjon aweier hva som er både langfristige og kortfristige konsekvenser, samtidig som vi setter oss inn i de berørtes parters sted. Det må altså finns et sett regler som vi kan forholde oss til. Følgelig finnes et prinsipp som sier at nytteprinsippet ikke skal anvendes direkte på handlingen, men på regler (regelutilitarismen). Teorien bak er at "en handling er riktig dersom den faller inn under en regel som, om den blir allmenn fulgt, vil ha minst like gode konsekvenser som alternative regler (Johansen, et al., 2006). Er handlingen for kompleks og skaper konflikter kan man bruke Richard Hares (Johansen, et al., 2006) to-trinns utilitarisme. I følge den man skal overveie alternative handlinger og velge den som gir mest nytte.

Deontologisk etikk har en tilnærming som går ut ifra at det finns plikter og rettigheter som kan gå foran og veie tyngre enn konsekvensene. Deontologisk etikk er altså ikke konsekvensialistisk, det moralsk riktige er uavhengig av det gode (Johansen, et al., 2006).

Den klassiske representanten for deontologisk etikk er Kants pliktetikk. Hovedprinsippet som ligger i bunn av denne teorien er prinsippet om rettferdighet.

Ved hjelp av fornuft kan man finne ut hvilket prinsipp av etikken er gyldig, eller som gjelder og er rett. Kant fokuserer på intensjonene bak handlingen. Hans kategoriske imperativ sier at man alltid skal handle slik, at maksimen for handlingen kan gjøres til en allmenn lov. Med maksime menes her en regel. En handling eller en plikt er altså moralsk riktig hvis man utfører den på grunn av plikt til å foreta den, og plikten er satt opp etter prinsipper som er laget ved hjelp av fornuft. Hvis man har et prinsipp som man ønsker at alle skal bruke kan man aldri bryte med prinsippet, fordi man da underminerer det etikken bygger på.

Diskussetikken er en videreføring av Kants etikk. Her overføres prinsippet om en praktisk fornuft videre til en gruppe. Grunnsetningen som diskussetikken hviler på er at man gjennom diskurs (altså åpen, tvangløs og offentlig diskusjon) skal finne frem til normer som alle berørte parter skal godkjenne.

2.4. Helsejuss

I Norge er helsetjenester regulert av et stort antall lover som tar utgangspunkt i menneskerettighetene og nasjonale grunnleggende verdier. Disse lovene er

"et ledd i regjeringens arbeid for å fremme en helse og velferdspolitikkk bygd på respekten for menneskeverd, rettferdig fordeling av rettigheter og plikter, likeverd og lik tilgjengelighet av tjenester og en styrket rettsstilling for den som trenger disse tjenestene. Samlet skal helselovene gi et rammeverk for utvikling av et nasjonalt helsetilbud som er rasjonelt drevet, har god kvalitet og står i tjeneste for enkeltmennesket." (Molven, 2006)

Lovene har innvirkning på forskjellige områder:

- Kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven for eksempel regulerer organisasjon av helsetjenester
- Psykisk helsevernloven men også de lovene nevnt ovenfor tar stilling til helsetjenestens oppgaver og plikter
- Helsepersonelloven omhandler helsepersonellens plikter og rettigheter, mens
- Pasientrettighetsloven tar for seg pasientens rettigheter og plikter
- I tillegg finns en rekke spesiallover so regulerer spesielle områder innenfor helsevesenet, som for eksempel smittevern pasientskade etc.

Disse lovene regulerer samfunnets plikt til å sørge for helsetjenester og er med på å sikre at helsehjelp ytes etter grunnleggende rettslige prinsipper som "rettferdighet", "rettssikkerhet", "likhet" og "rettigheter" (Molven, 2006). Det finnes forskjellige prinsipper hvordan man kan tildele disse tjenestene og man har brukt en del modeller i juridisk teori for å forklare disse prinsippene. Etter Rasmussen (Molven, 2006) finns det fem tildelingsmodeller:

- Planmodellen: ved at man vedtar organisatorisk lovgiving kan det offentlige innenfor denne planlegge og bevilge penger og på denne måten (primært gjennom budsjettbehandling) lage et fordelings- og prioriteringsgrunnlag
- Rettskravmodellen: bygger på at stortinget gjennom lovgiving fastsetter at bestemte situasjoner utløser individuelle rettslige krav på helsehjelp
- Skjønnsmodellen: tar utgangspunkt i at helseprofesjonene gis fullmakt til å tildele helse-tjenester. Dette gjøres ved at helseprofesjonene utøver sitt faglige og etiske skjønn
- Markedsmodellen: forutsetter en minimal innblanding av det offentlige. Tilbudet styres i stor grad av etterspørselen
- Tvangsmodellen: er forbeholdt spesielle situasjoner hvor en kan tenke seg at folk pålegges å motta bestemte helsetjenester

I Norge har man i all hovedsak brukt plan- og skjønnsmodellen til regulering av helsetjenester. De siste årene har imidlertid rettskravmodellen fått tiltagende større plass slik at dagens system kan beskrives på følgende måte:

”Det offentlige skal planlegge og tilby helsetjenester. Men i økende grad har folk fått konkrete krav på tjenester når de er i bestemte situasjoner hvor de har behov for hjelp. I noen tilfeller må man også finne seg i å bli påført helsetjenester med tvang.” (Molven, 2006)

For at lovgivingen skal fungere slik den skal må en del forutsetninger være oppfylt: på den ene siden må helsetjenesten altså både helsepersonell men også helseorganisasjoner og alle involverte parter forholde seg til lovene og etterleve disse. Skjær ikke det, vil folk miste tilliten til både systemet og den enkelte utøver av helsetjeneste. På den andre siden må forventningen til lovene og hva de betyr være realistiske. Her tilfaller politikerne en viktig oppgave med å være påpasselig og ikke love folk mer enn det helsetjenesten i lys av lovgivingen kan yte.

For helsetjenesten, som ansees å være et veldig viktig gode, er det altså særdeles viktig at både økonomisk, personellmessig og på andre måter settes og setter seg selv i stand til å oppfylle de kravene som lovgivingen gir pasientene (Molven, 2006).

2.5. Strategisk helseledelse

Helsesektoren har de siste hundre årene gjennomgått en betydelig utvikling. Sykehus har utviklet seg fra å være forholdsvis enkle institusjoner til store organisasjoner med betydelig grad av både intern og ekstern kompleksitet. Samtidig har det skjedd stadig raskere og til dels omfattende endringer i omgivelsene. Disse forhold fører til at sykehus må tilpasse seg endringene i omverdenen og svare adekvat på de nye krav som dette medfører. Denne utviklingen har ført til at strategisk ledelse har blitt stadig viktigere i helsesektoren.

Strategisk ledelse har som formål (Johannessen, et al., 2004)

- Å tilpasse sykehus til endringer i omverdenen
- Å være delaktig i å skape sykehusets fremtid
- Å kunne utvikle og forstå ulike alternativer og deres konsekvenser

Strategisk ledelse består av fire trinn (Johannessen, et al., 2004):

- situasjonsanalyse
- strategiformulering
- strategiimplementering
- strategisk kontroll

Situasjonsanalysen er en kartlegging av den eksterne og den interne omverdenen. Denne sees i relasjon til sykehusets visjon, mål og verdier. I strategiformuleringen tar man stilling til hvilke valg sykehuset skal foreta og hvilke metoder man kan benytte for å analysere og evaluere alternativene. Strategiimplementering handler om å omsette strategien til handlingsplaner, slik at verdiskapningsprosessen påvirkes av den valgte strategi. Strategikontroll handler om en prosess som sørger for å opprettholde den valgte strategi, eller å forbedre eller forandre den.

Denne oppgaven befatter seg i all hovedsak med det første trinnet til strategisk ledelse nemlig situasjonsanalyse.

I dette arbeidet vil jeg gjøre analysen på avdelingsnivå, og jeg bruker to metoder, nemlig SWOT analyse og balansert målstyring.

2.5.1. SWOT analyse

SWOT analyse er en enkel og brukervennlig metode for å kartlegge både de interne og eksterne faktorene i en organisasjon. SWOT er et akronym for styrker (strengths), svakheter (weaknesses), muligheter (opportunities) og trusler (threats). Metoden ble begrunnet av Albert Humfrey på 60-70 tallet (Morrison, 2008), men enkelte forfattere hevder at prinsippet kan følges tilbake til den kinesiske filosofen Sun Zi som sa i året 500 f.kr. om krigskunst:

“hvis du kjenner fienden og deg selv, skal du ikke frykte hundre slag” (Zi, 2009)

SWOT analysen tar hensyn til indre (i organisasjonen) og ytre faktorer (rundt organisasjonen). Både indre og ytre faktorer kan ha en positiv og en negativ aspekt (se figur 1, side 19).

Figur 1: SWOT-diagram

	Positiv	Negativ
Indre faktorer	Styrker	Svakheter
Ytre faktorer	Muligheter	Trusler

De øverste to komponentene i tabellen fremstiller en sammenfatning av sterke og svake sider ved organisasjonens ressurser. De nederste to komponenter oppsummerer sentrale elementer ved bedriftens omgivelser. Ved å sette sammen ressursanalysene med analyse av omgivelsene vil man kunne vurdere hvorvidt bedriftens strategi er relevant i forhold til utviklingen i omgivelsene (Roos, et al., 2005).

En SWOT analyse kan kun gjøres i forhold til omverdenen og må settes i en viss sammenheng. Styrker og svakheter er relative, en egenskap som er en styrke kan plutselig forandre seg til å bli en svakhet hvis situasjonen forandrer seg (Winer, 2006).

SWOT er altså ikke egentlig en analyse, men det er verktøy for en kartlegging av en nå situasjon. For at denne kartleggingen skal bli til en verdifull analyse må man vurdere situasjonen i forhold til en spesifisert problemstilling. Med andre ord må man alltid først sette seg et mål før man går i gang med SWOT.

Målet med dette arbeidet har jeg presentert innledningsvis: jeg ønsker å finne ut om de små fødeavdelingene tilfredsstiller kravene fra myndigheter og samfunn, altså om fødeavdelingen fungerer i forhold til overordnede mål. Kravene fra myndigheter og samfunn til en fødeavdeling er både mangfoldige og komplekse og kan gjerne være motstridende. Det er altså umulig å definere et enkelt mål for fødeavdelinger. For å finne målene som tilfredsstiller ovennevnte krav har jeg derfor valgt å bruke balansert målstyring som verktøy.

2.5.2. Balansert målstyring

Balansert målstyring (BMS) ble første gang introdusert av Kaplan og Norton i 1992 (Pettersen et al, 2008; PriceWaterhouseCoopers, 2005) og bygger på erkjennelsen at organisasjoner som har utvidet sine måleområder til å inkludere ikke-finansielle mål lykkes bedre med langsiktig utvikling.

I dagens organisasjoner skjer verdikapningen ikke hovedsaklig med utgangspunkt i de materielle verdiene som råvarer, produksjonsutstyr osv. (PriceWaterhouse-Coopers, 2005). Andre faktorer som humankapital, teknologi, prosesser har inntatt en langt viktigere plass.

Balansert målstyring handler om at man utvider sine måleområder med ikke finansielle mål for å få et mer fullstendig bilde av bedriftens yteevne og dermed skape et bedre beslutningsgrunnlag (Roos, et al., 2005). Man bruker altså 3-4 andre dimensjoner eller perspektiv i tillegg til det finansielle ved strategisk valg av mål.

Balansert målstyring forløper i tre faser: designfasen, implementeringsfasen og driftsfasen (PriceWaterhouseCoopers, 2005). Designfasen går ut på å utforme selve strategien og styringssystemet. I implementeringsfasen skal det nye styringssystemet tas i bruk og tilpasses til plan og budsjettprosessen. Driftsfasen består i all hovedsak av måling og rapportering og videreutvikling av tidligere definerte mål og virkemidler.

Da dette arbeidet i all hovedsak handler om å kartlegge og analysere dagens situasjon, er det kun designfasen i BMS som jeg kommer til å bruke som verktøy. Men selvfølgelig kan man bygge videre på den samlede kunnskapen og gå videre med implementering av resultatene i en fremtidig strategi.

De vanligste perspektivene som er brukt i balansert målstyring er det finansielle perspektivet, kundeperspektivet, prosessperspektivet (indre perspektiv) og lærings og innovasjonsperspektivet (PriceWaterhouseCoopers, 2005):

- Hovedmålet i det finansielle perspektivet er i offentlig sektor i all hovedsak oppnåelse av budsjettbalanse.
- I kundeperspektivet ser man på hvordan kundene oppfatter virksomheten. For fødeavdelingene er kundene pasientene og deres pårørende og andre samarbeidspartnere som for eksempel primærhelsetjenesten. Derfor har jeg i mitt arbeid valgt å kalle dette perspektivet for brukerperspektivet.
- Det indre perspektivet har fokus på
"hvilke elementer i virksomhetens verdikjede som har størst innvirkning på å tilfredsstille kundene og frembringe de økonomiske resultatene som virksomheten streber etter" (PriceWaterhouseCoopers, 2005).

Fødeavdelingens sterkeste ressurs er personellet og dens kunnskap. Således er medarbeiderperspektivet en vesentlig del av det indre perspektivet og jeg har derfor valgt å inkludere medarbeiderperspektivet i det indre perspektivet som et viktig element i verdiskapningsprosessen.

- Lærings- og innovasjonsperspektivet handler om virksomhetens evne til å tilegne seg læring, fremme innovasjon og fornyelse.

Hvordan disse perspektiv brytes videre ned i strategiske fokusområder vises i kapittel tre om metodikk.

3. Metode

3.1 Studiedesign

I min studie bruker jeg et multi-case design. Case studier er "fallstudier", de handler altså om å undersøke et avgrenset fenomen (case) ved å samle så mye og så detaljert informasjon som mulig. Multi-case betyr at det er flere enheter (case) som undersøkes.

Når det gjelder tidsperspektiv for undersøkelsen, dreier det seg om en tverrsnittsstudie, da problemstillingen utforskes på et gitt tidspunkt, og forskningsresultatene således gir et bilde av en situasjon på dette bestemte tidspunktet.

3.2 Innhenting av data

3.2.1. Dokumentanalyse

En del av data som jeg bruker er innhentet fra dokumenter, rapporter og undersøkelser fra offentlige instanser som regjeringen, kunnskapssenteret, men også fra fagforeninger som legeföreningen og norsk gynekologisk forening. Disse data er grunnlaget for en del vesentlige generelle antagelser og funn om fødselsomsorgen i Norge.

3.2.2. Det kvalitative intervju

En annen metode, som jeg benytter meg av, er kvalitativt intervju.

"Et intervju har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuede livsverden med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene." (Kvale, 2006)

Jeg har valgt denne metoden, fordi den er særdeles godt egnet hvis (Mason, 2000, referert i Johannessen, et al., 2004):

- man ønsker å vite noe om informantens erfaring og oppfatning
- man ønsker å gå i dybden og fange opp nyanser
- som supplerende metode til det som finns (rapporter, undersøkelser av mer kvantitativ art)

3.2.3. Valg av informanter og undersøkelsesobjekt

Informantene og undersøkelsesobjektene ble valgt ut kriteriebasert etter hensiktsmessighet og gjennomførbarhet. Når det gjelder undersøkelsesobjektet, var kravet til dem at det skal dreie seg om en liten fødeavdeling i Helse Nord sitt område. Ved å velge alle fødeavdelinger i denne regionen kan jeg sikre bedre validitet av forskningsresultatene.

Kriterier for valg av informanter var at informantene er leder for en fødeavdeling, og at informanten også har både personalansvar og det økonomiske ansvaret for avdelingen. Jeg har valgt ut ledere på operativt nivå, da disse i større grad er involvert i avdelingens

kjernevirksomhet og således bedre kan vurdere både indre og ytre positive faktorer og deres påvirkning på driften. Informantene har helsefaglig bakgrunn.

Mine undersøkelsesobjekter er altså fødeavdelingene ved Kirkenes sykehus, Hammerfest sykehus, UNN Narvik, UNN Harstad, Nordlandssykehuset Vesterålen, Helgelandssykehuset Mo i Rana og Helgelandssykehuset Sandnessjøen. Informantene er seksjons eller avdelingsledere ved disse avdelinger. Hvorvidt det dreier seg om seksjons eller avdelingsleder er avhengig av sykehusets struktur og om fødeenheten i organisasjonen betegnes som avdeling eller seksjon.

Alle ledere som jeg har intervjuet er jordmødre. En avdeling har en lege som avdelingsleder, men vedkommende var i permisjon på undersøkelsestidspunkt slik at intervjuet ble gjennomført med hennes stedsfortreder som er jordmor. Med et unntak hadde alle ledere også ansvar for gynekologisk avdeling og gynekologisk poliklinikk, da fødeavdelingen var sammenslått med gynekologisk avdeling.

3.2.4. Intervjuramme og intervjuguide

Intervjuformen som er brukt for dette forskningsarbeidet er delvis strukturert. Både tema og spørsmålene var fastlagt på forhånd i en intervjuguide. Rekkefølgen derimot kunne man tilpasse intervjusituasjonen og jeg har etter behov stilt avklarings spørsmål. For hvert område, som jeg har spurt etter, har informanten i tillegg fått mulighet til å uttale seg uavhengig av spørsmålene.

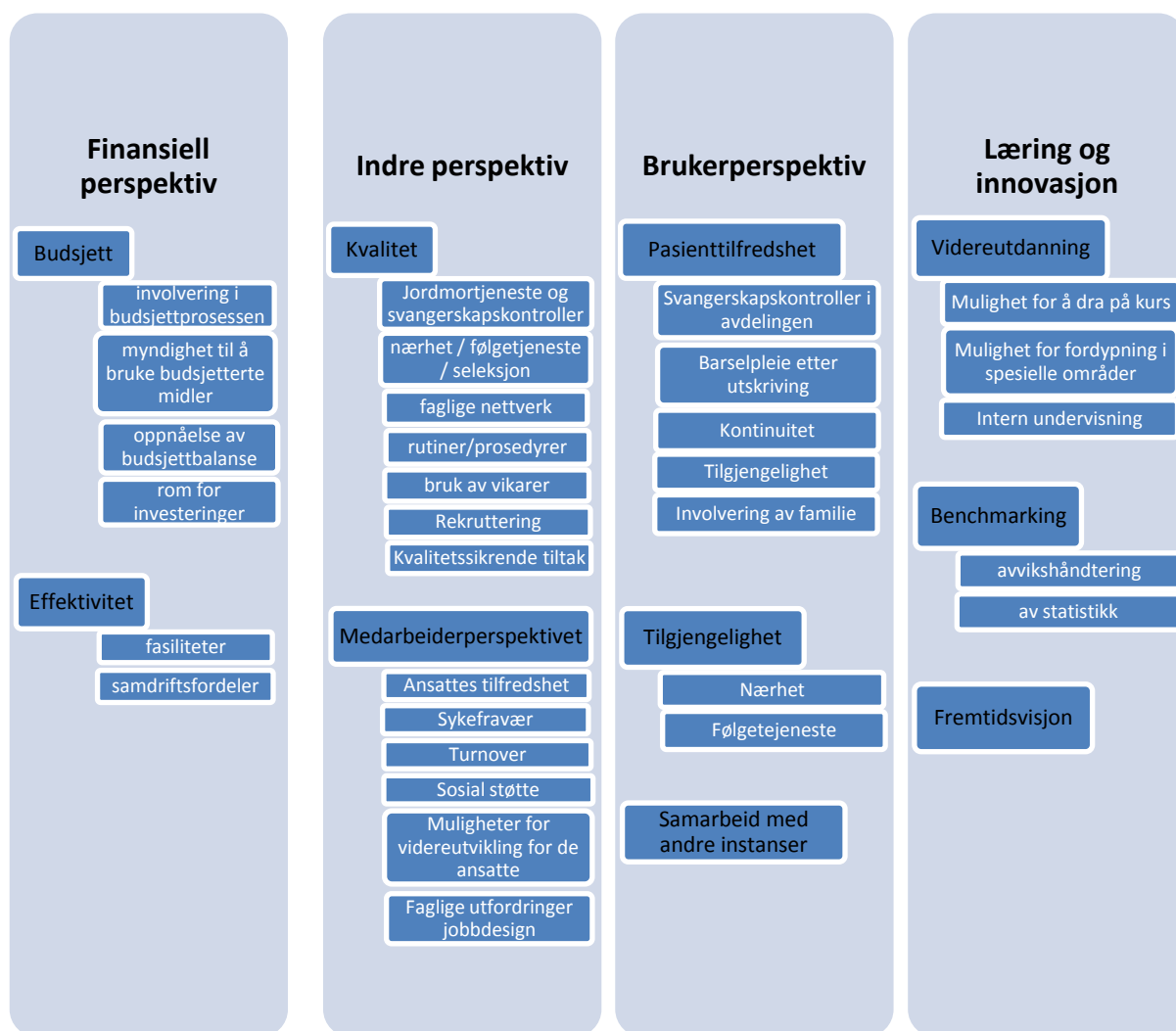
Fordel med denne type intervju er at informanten kan svare med sine egne ord og således interpretere/tyde spørsmålet på sin måte, samtidig som den visse standardiseringen gjør det lettere å sammenligne svarene. Ulempen er en noe begrenset fleksibilitet og at intervjuet ikke er skreddersydd til den enkelte informanten (Johannessen, et al., 2004).

Intervjuguiden består av 15 spørsmål (se vedlegg). For hvert spørsmål som jeg har stilt var det angitt en rekke underpunkter som var tenkt som et hjelpemiddel for å avklare hvilket område jeg ønsket å belyse med spørsmålet.

Spørsmålene og underpunktene dekker de fokusområdene/perspektiv som er relevante for problemstillingen og er basert på de perspektivene som ble presentert tidligere under balansert målstyring. I tillegg er etikk og helsejuss tatt inn i intervjuguiden som egne fokusområder.

De perspektivene som er valgt ut som vesentlige for dette arbeidet er det finansielle perspektivet, det indre perspektivet, brukerperspektivet og læringsperspektivet. Disse perspektivene har jeg videre brudd ned til fokusområder og kvalitetsindikatorer på følgende måte (se figur 2, side 23):

Figur 2: Fokusområder og kvalitetsindikatorer i intervjuguiden



3.2.5. Gjennomføring av intervjuet

Intervjuet er gjennomført etter forskningsetiske prinsipper. Jeg har innhentet informert samtykke både fra informantene og deres overordnede ledere per telefon, mail og muntlig ved gjennomføring av intervju.

Informantene har fått tilsendt intervjuguiden (se vedlegg) per mail 1-2 uker før gjennomføring av intervjuet. Selve intervjuet er utført ved at jeg har oppsøkt informanten på sin arbeidsplass og informanten selv har bestemt tidspunkt for intervju og sted hvor intervjuene skulle gjennomføres. De fleste intervju er gjennomført på informantens eget kontor, noen få på avdelingens møterom. Slik har informanten fått mulighet til å lage rammene for intervjuet selv, hvilket bidrar til at situasjonen er mer avslappende og ikke truende (se tab. 2, side 24).

Tab. 2: Detaljert informasjon over intervjuer

Dato	Sted	Posisjon	Reisetid	Reiserute
02.11.09	Harstad	Seksjonsleder	30 min	-
10.11.09	Narvik	Seksjonsleder	4 t 04 min	Harstad – Narvik – Harstad
12.11.09	Mo i Rana	Avdelingsleder	4 t 10 min	Harstad – Mo
12.11.09	Sandnessjøen	Avdelingssjef	3 t 3 t 55 min	Mo – Sandnessjøen Sandnessjøen – Harstad
16.11.09	Hammerfest	Avdelingsjordmor	12 t 45 min	Harstad-Hammerfest- Kirkenes (overnatting)
17.11.09	Kirkenes	Avdelingsjordmor	9 t 30 min	Kirkenes – Harstad
22.11.09	Stokmarknes	Enhetsleder	6 t 10 min	Harstad – Stokmarknes - Harstad

Ved å bruke båndopptaker fikk jeg mulighet til å observere samtidig som jeg kunne fokusere helt på å lytte til det informanten sier. Båndapparatet som ble brukt var veldig ny, lite og nesten ikke synlig dog med veldig god kvalitet. Det har gjennom hele intervjuet ligget på et bord ved siden av informanten og meg. På denne måten har intervjuet i løpet av kun noen få minutter karakteren av en vanlig samtale, da det var lett å nesten glemme at det ble tatt opp på bånd. Intervjuets varighet har variert mellom 1 ½ og 2 timer.

Alle informanter var veldig positive allerede etter første telefonsamtale. I selve intervjusituasjonen var det lett å bygge opp en god kontakt og informantene var veldig samarbeidsvillige. Alle hadde avsatt god tid og skjermet intervjustedet, slik at det ikke ble forstyrrelser fra telefoner eller andre personer. Samtlige hadde forberedt seg på forhånd og uttrykte tilfredshet over at de hadde fått tilsendt intervjuguiden på forhånd.

Jeg brukte mye tid på å gjennomføre intervjuene, fordi det er lange reiseavstander. På denne måten møtte jeg også ansikt-til-ansikt alle informantene, og dette har styrket studiens validitet og autentisitet. Før jeg utførte intervjuet hadde jeg vært bekymret over at jeg tilhører en annen profesjonsgruppe enn informantene og at dette kunne skape problemer. Dette var imidlertid ikke tilfelle, og jeg følte at vi i intervjusituasjonen nesten var likeverdige samtaleparter. Samtalene opplevdes som informative og direkte.

3.2.6. Datatranskribering ved det kvalitative intervju

Informasjonene fra intervjuet ble skrevet ordrett ned for senere analysering. Kvaliteten på opp-taket var veldig god, slik at det ikke var behov for fortolkning.

Av praktiske hensyn har jeg skrevet noen av intervjuene selv, mens andre har vært skrevet av en tredje person som ikke var involvert i forskningsarbeidet i det hele tatt. Begge deler presenterer etter min oppfatning både fordeler og ulemper.

Ved å skrive selv har jeg gjennomgått intervjuet på nytt. Dette har gitt meg mulighet, til å opp-dage nye aspekter og nye betydninger i det jeg har hørt og til å finne relevante oppfølgingsspørsmål som ble sendt til deltagerne per mail. Dette styrker studiens troverdighet. På den andre siden er tolkning av de høgte dataene preget av min fokus på problemstilling og dermed muligens ikke helt objektiv.

Når en tredjeperson har skrevet intervjuene, er kravet til objektivitet oppfylt. Imidlertid har jeg muligens gått glipp av en del informasjon, da det skrevne intervjuet ikke på samme måte klarer å formidle for eksempel stemningen, eller følelser, som igjen er viktige for tolkning av data.

3.2.7. Observasjon

Observasjon er en viktig kilde til informasjon. Observasjon innebærer at man samler informasjon ved å erfare, se og lytte (Johannessen, et al., 2004).

Mitt forskningsområde er små fødeavdelinger. Gjennom min jobb som overlege i en slik avde-ling og i min funksjon som seksjonsoverlege, altså som medlem av avdelingens lederteam, er jeg deltagende observatør ved forskningsarbeidet mitt. Gjennom denne observasjonen kan jeg se og forstå svar på forskningsspørsmål fra en annen blikkvinkel og dermed supplere andre metoder som for eksempel intervju. Det betyr at jeg kan bruke min erfaring for å gå i dybden av informasjonen som jeg samler og for å forstå dens kompleksitet og bredde. Det er denne erfaringen, sammen med svarene fra det kvalitative intervju som er hovedkilden til empirien min.

3.3. Analyse av data

En analyse er en systematisk undersøkelse der et subjekt/objekt (en sak, en gjenstand, et be-grep) betraktes som sammensatt av enkelte bestanddeler for å få avdekket et budskap eller en mening (Wikipedia, 2009). Analysen består altså av to trinn (Johannessen, et al., 2004):

- Tematisk organisering av data
- Tolkning av data

Balansert målstyring er grunnlaget *for tematisk organisering* av dataene mine. De fokusområdene som analyseres er beskrevet nøye i avsnittet om intervjuguiden.

Den videre *fortolkningen av data* skjer ved hjelp av SWOT- analyse. Det betyr at de forskjellige egenskapene blir vurdert i forhold til om de representerer en styrke, en svakhet, en mulighet eller en trussel for små fødeavdelinger.

Noen egenskaper kan også være tilstede i flere kategorier, de kan for eksempel både representere en styrke og en svakhet. Dette kan skyldes innfallsvinkel som brukes ved fortolkning, eller at det finns flere aspekter ved en egenskap som kan ha forskjellig betydning. Denne metoden kalles for kategorisering (Kvale, 2006) og er grunnlaget for presentasjon av empirikapittelet.

Kritikerne til SWOT metoden hevder at det ikke dreier seg om en analyse i den forstand at den gir en dypere fortolkning av data, men heller om en situasjonsanalyse, altså en kartlegging av en situasjon.

Denne svakheten tas hensyn til i analysekapittelet. Der vil jeg belyse noen viktige funn fra hvert område nøye. Gjennom tolkning som metodikk vil jeg bruke min erfaring men også funn fra relevante dokumenter for å utforske hva slags betydning disse funnene har for rollen til de små fødeavdelingene i dagens fødselsomsorg og for hvordan de klarer å tilfredsstille kravene fra myndigheter og samfunn.

3.4. Metodekritikk

3.4.1. Verdiramme og verdigrunnlag

"Virkeligheten er konstruert av mennesker og må studeres ved å undersøke hvordan mennesker oppfatter virkeligheten". (Pettersen, 2009)

Jeg jobber som seksjonsoverlege på en liten fødeavdeling i Helse Nord. Det betyr at jeg har det overordnede medisinske ansvaret for alt som skjer på avdelingen. Jeg har vært på denne avdelingen i nesten 10 år, først som lege under spesialisering, deretter som overlege og etter hvert i min nåværende posisjon som seksjonsoverlege.

Det er dette ståstedet som har vært utslagsgivende for at jeg har valgt å undersøke nærmere situasjonen på de små fødeavdelinger i Helse Nord. Når jeg undersøker dette fenomenet har jeg altså en stor fordel ved å være den jeg er. Min erfaring gjennom lang tid og i forskjellige posisjoner kan være av uvurderlig verdi både ved formulering av problemstillingen, valg av studiedesign, innsamling av data og ikke minst ved analysering av dataene. Samtidig kan denne styrken også være en svakhet, fordi fortolkningene kan bli subjektive og preget av egne vurderinger. Likevel vil analysene også få en sterk tilknytning til praksis, fordi diskusjonen preges av grundig innsikt i feltet.

3.4.2. Validitet og reliabilitet

Validitet gjenspeiler dataenes troverdighet og at resultatene til undersøkelsen virkelig gir at svar på den egentlige problemstillingen (Johannessen, et al., 2004).

En metode som er brukt i dette arbeidet for å sikre troverdigheten er metodetriangulering. Med dette menes at innhenting av data skjer på forskjellige metoder: gjennom dokumenter, intervju og observasjon.

Troverdigheten er i tillegg økt gjennom vedvarende observasjon i mitt mangeårige arbeid som seksjonsoverlege, ved at jeg har tilbakeført resultatene fra undersøkelsen til informantene, for å få bekreftet disse, og ved at jeg har brukt flere undersøkelsesenheter.

Reliabilitet refererer til datagrunnlaget i forskningsprosjektet, altså hvilke data brukes, hvordan disse samles inn og hvordan de bearbeides (Johannessen, et al., 2004). Det dreier seg altså om dataenes pålitelighet. Jeg har i min studie lagt vekt på å sikre god reliabilitet ved å lage en intervjuguide med klare spørsmål og sende intervjuguiden til informantene på forhånd slik at de er kjent med spørsmålene og kan forberede seg. Dessuten har jeg intervjuet personlig gjennom å oppsøke informanten og ikke per telefon eller mail. Jeg har tatt opp intervjuet på bånd, transkribert data gjennom ordrett skiving av intervjuet og bruker egen erfaring til fortolkning av data.

4. Empiri

4.1. Innledning

I dette kapittelet presenteres dataene som danner grunnlaget for forskningsarbeidet mitt. Den første delen viser fødeomsorgen i samfunnsøkonomisk perspektiv. Grunnlaget for tilbudet er etiske og juridiske rammer slik at deres implikasjoner også blir presentert i denne delen. Generell informasjon om fødetilbudet, samt funn fra dokumenter og intervju blir lagt frem og supplert med min erfaring.

Den andre delen er selve SWOT analysen og er basert på resultater fra intervju og egen erfaring. Der blir fokusområdene som er valgt ut gjennom balansert målstyring presentert i forhold til om det dreier seg om en styrke, en svakhet, en mulighet eller en trussel. Også her er etiske og juridiske vurderinger implementert i funnene.

Til slutt vil leseren få en oversikt over de viktigste resultatene gjennom en oppsummering av de mest sentrale funn.

4.2. Etikk, helsejuss og samfunnsøkonomi

Innholdet i dette avsnittet vil være av mer generell art, mens detaljfunnene vil diskuteres under SWOT analysen.

I Norge har man for fødselsomsorgen valgt et desentralisert, differensiert fødetilbud for å kunne imøtekomme både juridiske og etiske krav til tjenesten. Et differensiert fødetilbud betyr at pasientene selekteres avhengig av risikofaktorer til forskjellige fødesteder eller til forskjellig type oppfølging i svangerskapet og barselperiode. Mens primerhelsetjenesten har ansvaret for svangerskapsomsorg og barsel hos friske kvinner, gjennom et samarbeid mellom fastlege, jordmor og helsestasjon er det spesialhelsetjenesten som har ansvaret for fødsel, spesialundersøkelser og oppfølging av kompliserte svangerskap.

På denne måten, mener jeg, ivaretar det offentlige sin oppgave å tilby samfunnet et trygt fødetilbudt på en god måte, særlig ut fra hensynet til at dette på mange måter er et kollektivt gode (Brustad, 2006). Tilbudet er lagt opp slik at det er skreddersydd etter de forskjellige behov, det er desentralisert, altså nær brukeren, det er av god faglig kvalitet og ikke minst tilgjengelig for alle. Når det gjelder likhet vil man aldri kunne oppnå full likhet for alle brukere men med å tilpasse tilbudet til den enkeltes behov, slik det er gjort i Norge kommer man prinsippet om likhet så nært som mulig.

Imidlertid har debatten som har vært ført de siste årene, med påstander om dårlig kvalitet og behov for strukturendringer, spesielt på små fødeavdelinger, skapt utrygghet og usikkerhet for brukere og helsepersonell.

Det tiltaket som har vært foreslått for omstruktureringene, har vært nedleggelse av avdelinger eller omgjøring til fødestue. Imidlertid kan fødestuer kun ta imot 40-50 % av fødslene, både pga sikkerhetshensyn men også av hensyn til brukernes ønsker (Børdahl, et al., 2006).

Store protester fra brukere, politikere og helsepersonell mot denne politikken viser hvor viktig dette tilbudet er for samfunnet.

Min opplevelse er at tilbudet ved de små fødeavdelinger er nært, trygt og av god kvalitet. Jeg deler dog også en del av de bekymringene som helsetilsynet legger frem, og jeg mener at man må gjøre noen tiltak og ha fokus på noen vanskelige områder, hvis tilbudet også i fremtiden skal bestå på samme måte.

Derfor mener jeg at man må dreie fokuset fra omstrukturering gjennom nedleggelser mot tilpassning av tilbudet til dagens behov ved å kartlegge risikoområder og finne tiltak for hvordan disse kan sikres, samtidig som man har fokus på styrker og muligheter og jobber for å bevare eller videreutvikle disse.

“Fordi det kan se ut som det foregår en rasjonalisering og nedbygging av omsorgen rundt fødsel, slik at man kan risikere at det bare er det tekniske utfallet som teller for hva slags tilbud kvinnen og hennes familie skal få. Det er ikke sikkert at dette er til gagn for mor og barn. Fødselsomsorg på kvinners premisser og med tilstrekkelig medisinsk assistanse av høy kvalitet når det er behov for det, er en viktig samfunnsoppgave.” (Regjeringen, Kvinners helse i Norge, 1999)

4.3. SWOT analyse

I dette kapittelet vil jeg presentere et utdrag av informasjonen som jeg har samlet gjennom intervjuene og som jeg mener bidrar til å belyse problemstillingen. Jeg kommer også til å bruke min egen erfaring og funn fra forskjellige undersøkelser av forskjellige aktører, der jeg mener at disse kan komplettere eller belyse ytterligere funnene fra intervjuene.

Jeg har valgt å beholde strukturen som brukes i SWOT analysen, da dette er et godt hjelpemiddel for å strukturere informasjonene og tydeliggjøre de vesentlige aspektene. En del områder vil være representert ved flere egenskaper, for eksempel finner man kvalitet både som styrke og som svakhet. Dette fordi det er aspekter av samme område som kan være en styrke, mens andre kan representere en svakhet. Noen problemstillinger vil også overlape hverandre, da forholdene ofte henger sammen og er avhengige av hverandre.

Informasjonene gjenspeiler forhold ved de fokusområdene som er definert ved hjelp av balansert målstyring og forklart nøye i kapittelet om metodikk.

Datagrunnlaget for brukerperspektivet er i dette arbeidet basert på artikler, tidligere undersøkelser, dokumenter og subjektive vurderinger fra informantene. Likeså er uttalelser om medarbeiderperspektivet basert på forhold ved avdelingene og subjektive vurderinger av informantene som deres ledere.

4.3.1. Styrker

Finansielt perspektiv

Funn fra undersøkelsen viser at deres operative ledere i sterk grad er involvert i budsjettarbeid og at de i stor grad både er med på å planlegge og har myndighet til å forvalte de tildelte midlene.

"Jo jeg har økonomiansvar i form av å planlegge innkjøp, innleie av personale. For øvrig har jeg en grad av oversikt over budsjett og forbruk, samt attestering / godkjenning av fakturaer, innkjøp, innleie" (E)

Lederen er altså bevisst sitt ansvar og tar det på alvor og forstår at også økonomi er et viktig fokusområde i virksomheten.

Ingen av de fødeavdelingene som er undersøkt har myndighet til å bestemme over investeringer selv. Dette gjøres på overordnet nivå for hele sykehuset eller klinikken avhengig av organisasjonsstruktur. Imidlertid angir fire av syv informanter at det er rom for investeringer.

"Ja, de har jo noen millioner som de skal bruke hvert år, så sender vi nå inn disse ønskene våre, så får vi vel en til ting i året. Ei fødeseng nå og da og litt amnestoler, og barnesenger har vi nå fått. Jeg skulle ha 8 barnesenger, men jeg fikk to, så håper jeg at jeg får to til neste år. Personalet blir veldig fornøyd bare de får to senger." (A)

Når det gjelder fasiliteter, viser resultatene av undersøkelsen at situasjonen for de fødeavdelingene er forholdsvis bra. Mange er lokalisert i gamle sykehus og rominndelingen tilsvarer ikke bestandig dagens krav, men det er gjort mye de siste årene for å forbedre for eksempel arbeidsforhold for de ansatte, eller hygieniske tiltak. Med ett unntak mener alle avdelingene at de er strategisk godt lokalisert i forhold til håndtering av akutte situasjoner og samarbeid med andre avdelinger. En del av utstyret er skiftet ut og tilpasset nye, moderne behov.

"Æ har skrevet avdelingen og hensiktsmessighet og poliklinikken det er lett tilgjengelig, både for brukere og for ansatte. Det er nærhet for pasientene, vi har nærhet til legen. Og utstyr det har vi faktisk gode ultralydapparater, vi har STAN, vi har bærbare pc, vi har faktisk ganske godt med det." (F)

Bekymringer rundt produktivitet og effektivitet i fødeavdelingen har vært nevnt som grunn for omstrukturingsbehov. Imidlertid har fødeavdelingene selv sett dette problemet og løst dette ved å samle flere pasientgrupper enn kun de fødende på fødeavdelingene. Bortsett fra ett sykehus er alle avdelinger kombinerte avdelinger hvor de gynekologiske pasientene i mer eller mindre grad er en del av avdelingen. Også det sykehuset som ikke har denne formaliserte samdriften har gynekologiske pasienter i avdelingen. Noen er for eksempel i tillegg samorganisert med dagpasienter og eller gynekologisk poliklinikk, andre tar imot medisinske eller kirurgiske pasienter.

"Ja, vi har en slik ordning fordi vi har jo den gyn-biten for vi har jo 6 senger ved gynekologisk avdeling, og der er det jo periodevis lite pasienter, og da er det slik at hvis de har veldig fullt på medisin eller kirurgisk, så får de ligge hos oss, men det er deres pasienter og det er legen der som går visitt og har det medisinske ansvaret, men vi har pleieansvaret for dem." (A)

På denne måten viser intervjuene kan man bruke pleieressursene som er tilgjengelige på avdelingen, mens legen kan utføre gynekologiske operasjoner eller polikliniske undersøkelser og dermed dekker behovet for en rekke pasienter lokalt.

Indre perspektiv

Kvalitet fremstår etter denne undersøkelsen som en betydelig styrke ved fødeavdelingene. Alle avdelingene har en velfungerende jordmortjeneste i det de tilbyr gravide med risiko for komplikasjoner oppfølging i sykehuset på en såkalt fødepoliklinikk. Hvordan denne er organisert er litt forskjellig, men det som kjennetegner tilbudet er at lege og jordmor jobber tett sammen og det er utstyr til stede for å utføre ekstra undersøkelser hvis det viser seg nødvendig. På denne måten kan pasienten oppleve kontinuitet i tjenesten ved at alle undersøkelser gjøres på samme sted, samtidig som hun kan dra nytte av kompetanse fra forskjellige hold. Fødeavdelingene tar også imot friske gravide til svangerskapskontroll ved jordmor ved spesielle behov (for eksempel pasienter som ikke har fastlege, i ferietider, pasienter som ønsker det etc.)

Like viktig som å ta imot pasienter er det å vite når man ikke skal ta imot, med andre ord å vite hvilke pasienter som har behov for en annen kompetanse som ikke finns på avdelingen. Alle avdelinger i Helse Nord har klare seleksjonskriterier. Disse er felt ned i en rutine og utarbeidet i tett samarbeid med den avdelingen på et høyere nivå som man hører til.

"Når det gjelder seleksjon så har vi jo seleksjonskriterier som er satt opp av perinatalutvalget og vi prøver å følge." (D)

Prosedyrer synes å være et område som alle avdelinger har fokus på.

"Lokal her på avdeling så har vi permer med prosedyrer og da står både de som er lagt inn i DocMap og de andre og. I tillegg har vi fått en egen link på skrivebord til alle med henvisning til DocMap, en snarvei til DocMap. De ganger vi ikke har prosedyrer på så bruker vi veilederen og den ligger på nettet men vi har den også i papirform. Det gjelder både veilederen i nyfødtdmedisin og gynekologi." (D)

Alle avdelinger har egne prosedyrer. I tillegg bruker alle veilederen fra norsk gynekologisk forening. Prosedyrene finns i papirutgave og elektronisk og er godt kjent for alle og lett tilgjengelig. Utover det har noen foretak samarbeid mellom de forskjellige fødeinstitusjonene rundt felles prosedyrer og de som ikke har hatt det hittil har nettopp begynt dette arbeidet eller er i ferd med å starte det.

"Så det ligger i startgruppen med ei sånn gruppe som skal se på å ha felles prosedyrer og hvordan det skal systematiseres og hvordan det skal være i felleskap." (E)

Det brukes også mye tid på å gjøre vikarene kjent med prosedyrene der det er nødvendig.

"Vi har permene fulle av faglige prosedyrer og vi har ei sjekkliste rutine på en måte til vikarer, altså hva skal gjennomgås i løpet av den første uken vi er her, og der inngår hvor man finner ting og tang og hvor man finner prosedyrer, og bli kjent med medisinteknisk utstyr, bli kjent med andre rutiner, brannrunder, alt det går inn i den. Vi har en egen perm for legevikarer, der vi har inne selekteringsprosedyrene og mer sånne praktiske ting." (G)

Et overraskende funn ved undersøkelsen var at de fleste fremstiller bruk av vikarer som positiv for avdelingen, i hvert fall med tanke på å sikre god kvalitet.

”og spesielt her ute hvor man er så få ressurser, jeg er kjempetakknemlig for vikarene våre. Det har faktisk stor betydning når det gjelder nye ideer og rutiner, og da snakker ikke jeg om rutiner og prosedyrer som man leser i den nasjonale veileder, da snakker jeg om et mer praktisk nivå på jordmorsiden, men også på legesiden, det at vi har disse gynekologene som kommer fra Jönköping, fra Göteborg, fra UNN, fra Kongsberg. Det gjør at vi får en diskusjon på hva gjør du og hva gjør vi, og da snapper vi de gode tingene ut fra det. Man kan ikke isolere seg hvis man skal ha kvalitet, man må være i dynamikk på et eller annet vis og man må hente inspirasjon utenfra.” (G)

Dette funnet dekker seg også med min erfaring. Ikke bare er vikarene gode til å komme med nye input, men de ser også avdelingens drift på en annen måte enn de som jobber der. For folk som kommer utenfra er det lettere å se når ting med fordel kan gjøres på andre måter, enn for de som har jobbet i avdelingen veldig lenge. Også når det gjelder faglighet er de:

”helt på høyde og de kommer fra store klinikker og de har stort og bred erfaring og vi har stilt krav med bred erfaring både fra gynekologi og obstetikk.” (B)

En vesentlig fordel med å være en liten fødeavdeling på et lite sykehus er etter min mening at alle kjenner hverandre godt både på tvers av yrkesgrupper og på tvers av avdelinger. Dette gjør samarbeidet mellom yrkesgrupper og mellom avdelinger lettere. Dette synet deler også alle informantene, og samarbeidet på alle avdelinger og på tvers av profesjonsgrupper betegnes av alle som veldig godt.

”Men jeg tror jo at vi samarbeider godt, barnepleier, jordmødre, leger, altså det er ikke noka du er lege du er ditt, her er det teamwork.” (F)

”Da er vi tilbake til akutte situasjoner der man trenger hjelp. Vi har jo de systemene som vi allerede har nevnt, men i tillegg har vi en del uformelle muligheter. Man kan ta en telefon til intensiv, eller akuttmottaket, eller kirurgen, det er et lite sykehus, personale kjenner hverandre på kryss og tvers, så ofte så er det ingen problem å få en hjelpende hånd fra andre avdelinger.” (E)

Bemanningen er litt forskjellig fra avdeling til avdeling, men tilgangen på personale synes på de fleste plassene å være grei. Det er kun et sykehus som har hatt problemer med å besette jordmorstillinger, alle andre har besatt både jordmor og barnepleierstillinger. Når det gjelder legene har fem av de syv sykehusene også full besatt i forhold til de ønsker som er gitt fra administrasjon eller det antallet hjemler som avdelingen innehar. Ett sykehus har imidlertid manko på fast ansatt lege, som skyldes naturlig avgang og jeg har erfart at man etter intervjuet har ansatt to leger fast der også. Det er allikevel tydelig forskjell på region, og mens noen angir at de ikke har hatt problemer med rekruttering, verken på leger, jordmødre eller barnepleiere, sier andre at de måtte jobbe med saken.

Alle avdelinger som jeg har undersøkt har stor fokus på kvalitetssikrende tiltak og bruker mange forskjellige tiltak for å sikre at det ikke oppstår uønskede situasjoner. Det kan være sjekklister for utstyr eller trening på akutte situasjoner.

”Vi har jo sånn rosa nyfødt som det heter, resuscitering av nyfødte med barnelegene i alle fall 4 ganger i året. Og så har trening i forskjellige akutte situasjoner”. (C)

"Vi har sjekklister for utstyr og hvert utstyr har sin kontaktperson. Alle skal kunne utstyr, men en kontaktperson har ansvar for at kort-proseduren som henger på apparatet er i orden, at det fungerer, de skal liksom gå og se til apparatet, bli ekstra godt kjent med det og føle det som sitt ansvar." (G)

"Og også på nyansatte at vi har liste, sjekklister / momentliste på hva de skal ha gjennomgått." (E)

Undervisningsaktivitet og faglig oppdatering er i stor grad implementert i alle avdelinger, og det skaper i tillegg gode møteplasser for de forskjellige faggruppene.

"Vi har disse avdelingsmøtene, det har vi vel stort sett 8 ganger i året, så ikke riktig en gang i mnd, det blir litt mindre rundt jul og sommer. Så har vi rene jordmormøter, da har vi fag først, ½ time til 1 time. Jordmormøtene har vi i hvert fall 2 på våren og 2 på høsten. Så har vi stort sett 3 eller 4 samarbeidsmøter, hvor gynekologene er på møte sammen med oss, 2 på våren og 2 på høsten." (A)

"Vi kjører interne kurs, og vi kjører akutt-treninger, vi kjører kurs på resuscitering. (F)

Undersøkelsen av de små fødeavdelingene viser at avdelingene i stor grad synes å være en veldig givende arbeidsplass for medarbeidere og omvendt av medarbeiderne fremstår som veldig positive for tjenesten, med stor engasjement, arbeidsglede og arbeidsinnsats. Miljøet synes å være altoverveiende bra. Tilrettelegging brukes aktivt for å tilpasse arbeidssituasjonen til den enkeltes behov enten det skjer internt på avdelingen eller eksternt gjennom hospitering.

"Jeg tror at det gjør at det blir givende og at det gjør at dagene ikke blir like, så jeg har inntrykk av at folk har en veldig høy trivselsfaktor." (G)

"De aller fleste synes vel det er greit å jobbe selvstendig. Jeg har noen som ikke synes det er greit, og da prøver jeg å få til at de har en kollega på jobb slik at de har støtte i ryggen. Og jeg sier at om det er noe så ring, så kan de ringe om ikke andre, så meg, jeg prøver å stille opp for dem, at jeg kommer ned når de trenger hjelp." (B)

"Det er snakk om at vi skal ha 2 hospiteringer i året, jordmødre, at vi har 1 på våren og 1 på høsten." (B)

Personale er veldig stabilt, det er lite utskifting og de ansatte er flinke til å gi hverandre sosial støtte både på jobb og privat. Dette er veldig viktig når man jobber på en slik avdeling hvor man ofte står alene med ansvaret for to liv og det fort kan skje dramatiske situasjoner.

"Og vi som jobber her, vi har jo, ja nu begynner det å bli litt utskifting i personale, men i hvert fall mange enda som har jobbet her i 20, 30, 40 år." (C)

"Jeg har inntrykk at folk tar vare på hverandre. Veldig mange har kontakt på fritiden og hvis det skjer noe i avdelingen så står man sammen og prater om det og støtter hverandre." (D)

Sykefraværet sies å ha sammenheng med hvordan man trives på jobb og hvordan miljøet på avdelingen er. Resultatene fra intervjuet viser veldig stor forskjell mellom avdelingene og sykefraværet ligger mellom 3,4 % og 30 %. Av de informantene som har høy sykefravær kan én ikke med sikkerhet si om det er jobbrelatert, mens alle de andre peker på at det ikke har noe sammenheng med situasjonen på jobb.

De som har lavt sykefravær peker på at det skyldes godt miljø og at folk trives med jobben de gjør. Det er mange som også viser til at sykefraværet slår høyt ut i prosentandel,

hvis kun en person faller bort, da det dreier seg om små avdelinger med få ansatte (mellom 16 og 26 ansatte).

Til tross for trange budsjetter og mangel på kursmidler synes det å være muligheter for videreutvikling for de ansatte og de fleste sykehus angir også at folk er flinke til å bruke de tilbudene som finns.

"Ja, vi prøver i hvert fall å oppfordre til å følge med, både intranettet og mailer, at dem kan gå inn der og lese hvis det er ting de er opptatt av. Og det er jo stadig informasjonsmøter om forskjellige ting. Og det er jo mulighet til å være med på det." (G)

Brukerperspektiv

Gravide møter ofte helsepersonell i løpet av svangerskapet. For å bygge opp den nødvendige tilliten er det viktig at de opplever stor grad av kontinuitet, det vil si at de kun møter et fåtall personer som de kjenner og som de kan stole på.

De små fødeavdelinger fremstår i intervjuet uten unntak med stor grad av kontinuitet. Nesten alle avdelinger selger i mer eller mindre grad jordmørtjenester til kommunene rundt omkring, andre har ordninger hvor kommunejordmor har en avtale med sykehuset og kommer inn til hospitering eller dekker enkelte vakter. I tillegg er det små miljøer med kun få ansatte, slik at pasienten fort kan bli kjent med disse og sannsynligheten for å møte hver gang et nytt ansikt er minimalt.

"Ja og det er jo våre egne jordmødre. Så da er det god kontinuitet. Fra det prehospitale og så inn i klinikken. Og for så vidt er det i en viss grad også etter at de har kommet hjem. For det er jo i de kommunene hvor vi selger jordmørtjenester, det ligger jordmørtjenesten i nærhet til helsestasjon, sånn at i da for man det uformelle nettverket mot helsesøstre. Så der har vi egentlig en veldig god kontinuitet." (E)

I tillegg er tilgjengeligheten for pasientene ved alle avdelinger veldig god og på alle avdelinger åpnes opp for at pasientene tar kontakt direkte med avdelingen ved behov.

"Og vi har jo ofte god kapasitet så de kan komme inn hvis de ønsker det, men med beskjed at de kanskje må reise hjem. Det er vanligvis ingen problem." (E)

"Jada, vi sier at de når som helst de første dager og ukene får de bare ringe og få råd hos oss." (A)

Forholdene på alle avdelinger ligger til rette for at pasientene skal få omsorg, og dens betydning settes også veldig høyt.

"At det er to jordmødre på jobb gjør jo at du kan gi omtrent 1 til 1-pleie. Og er det slik at det er flere fødsler på gang og at man får inn noen slike akutte traumatiske ting, for eksempel at man får inn med minus fosterlyd (dødt foster), da leier vi inn ekstra, da skal det være en som kun har det, og da går du kun på det." (A)

Barselperioden ansees hos alle til å være en viktig periode og det er mange tilbud til pasientene i denne perioden på alle sykehus, og de fleste har også særordninger når pasienten har reist hjem.

"Så ammepoliklinikk det har vi jo. Og så har vi laget et infohefte alle får som vi deler ut ved utreise, kjempefint. Vi har jo ammeeksperter her av barnepleiere. Vi får mange telefonhenvendelser." (F)

"Det som er en fordel med en sånn liten avdeling som her det er at folk kan stort sett bli her så lenge de har behov for. Vi har det ikke sånn at de må ut etter 24 eller 48 timer eller sånn. De fleste reiser ikke hjem før de føler seg trygg." (D)

Lokalisering av fødeavdelingene gjør at de i følge resultatene fra undersøkelsen for de fleste pasientene oppleves som nær. De fleste ligger i ca. 1 ½ times kjøring fra pasienten og denne avstanden oppleves som tilfredsstillende. Noen steder er de geografiske forholdene slik at reiseveien til fødestedet er lengre og da har man i forskjellig grad etablert følgetjeneste.

"Men ellers er det jo god følgetjeneste og pasientene føler at de blir godt ivarett." (A)

"Egentlig er ikke avstand noe problem. De jo vant at de er der, det er sånn som det skal være. Så de står nu i telefonisk kontakt med oss når de tror de er i ferd med å gå i fødsel, så blir vi enig på telefon når de skal komme hit, hvis ikke de vil komme tidlig." (E)

Pasientene er ikke bare opptatt av nærhet og tilgjengelighet, de ønsker også at det tilbudet som de får skal være trygt, at de får rask kvalifisert hjelp hvis de trenger det. Alle avdelinger har døgkontinuerlig vakt av både anestesipersonell og gynekolog og muligheten for å utføre rask en operativ forløsning dersom det er nødvendig. Selv om ikke alle har barnelege på huset, har alle barnelege tilknyttet avdelingen som kan ringes eller tilkalles ved behov.

Da de fleste vakthavende ikke er til stede på sykehuset er det satt i gang systemer for håndtering av akutte situasjoner, slik at det ikke oppstår unødvendige forsinkelser.

"Hvis man nu vet om noe, at man har mistanke om komplikasjoner så er det som oftest gynekologen vi vil ha rundt dem og som oftest er gynekologen her i påvente av en fødsel eller hva det er for en ting. Ved uventet blødning eller asfyksi hos barnet så har vi faktisk en akuttknapp inne på fødestua, der man bare trykker på knappen så går det ut calling til anestesilege, anestesisykepleier og gynekolog. Det går samtidig." (E)

Samarbeidet med andre instanser, helsestasjon, barnevern etc. beskrives av alle som godt.

"Så har vi tradisjonelt hatt en god tone med helsestasjon i hvert fall her i byen sånn at det er lett og ta en telefon og ta det muntlig og avtale tidlig hjemmebesøk hvis det er behov for det." (E)

Læring og innovasjon

Undersøkelsen viser at læring og innovasjon er viktige aspekter i alle avdelinger og det er funnet mange kreative løsninger.

De fleste bruker en form for intern benchmarking enten ved hjelp av statistikk eller avviksmeldinger for å lære av de feilene som man har gjort.

"På avdelingsmøter har vi sett på rupturer, blødning, og i forhold til grad 3 og grad 4 rifter, vi har jo veldig lite rifter, så der har vi gått inn og sett på fødestillinger, vi har diskutert Ritgens i forhold til andre måter å støtte på." (B)

"Vi har blitt flinkere å melde avvik og vi ser jo hvor viktig det er, spesiell saker som følges opp." (C)

Mange har tatt muligheten som samvær med andre avdelinger byr og fordyper seg i spesielle områder.

Her nevnes for eksempel uroterapeut, lindrende behandling, verneombud og mange flere. Noen er med på samarbeidsprosjekter og andre lager sine egne prosjekter og kombinerer kunnskap fra andre områder med kunnskap fra sin egen profesjon:

"Vi har startet et prosjekt om fødselsangst, som vi kaller «god start». Det går ut på at hun har samtaler med kvinner som melder seg for et psykisk eller et psykososialt problem eller fødselsangst. Det som er veldig bra er at denne personen har flere hatter, hun er jordmor, hun er psykiatrisk sykepleier og hun er kunstterapeut, i tillegg til at hun har noe kursing i pusteteknikk og traumeterapi, så hun har en god pakke." (G)

Alle informanter forteller om en fremtidsvisjon som går ut på å forbedre avdelingen for å gi pasientene et best mulig tilbud. En informant uttrykker det slikt:

"Jeg har lyst å ha en avdeling som er oppegående, som har alt på stell. Jeg ønsker at vi har tilsyn at vi er helt 100 % sikker på at alt vi gjør er rett og at det blir "ai for en fin avdeling." (F)

4.3.2. Svakheter

Finansiell perspektiv

Budsjett er på mange måter en svakhet og det for alle avdelinger. Det er et problem at budsjettet er ganske fastlåst med personalkostnader og det er et knapt budsjett.

"Det er klart at den største utgiften vi har er jo lønn, det er jo 96 % eller noe slikt. Man må drive forsvarlig, så jeg sier til personalet at når du kjenner grensen er nådd, så får du lov å leie inn, for den type jobb vi har, og da gjelder det fødesiden, så er det sånn at vi kan ikke gamble og vi har ikke timeavtaler, det kan godt på lille ligge fire stykker i fødsel samtidig, og det går ikke med *to* på vakt. Når du da har et veldig lite budsjett på ekstra innleie, så sier det seg selv at vårt budsjett er en utfordring." (G)

Av egen erfaring vet jeg at det kan være et stort problem at budsjettet er knapt og et det finns en rekke lover som regulerer helsetjenesten, slik at man ofte overkjører kravet om budsjettbalanse for å overholde juridiske eller etiske krav. Det gjelder ikke kun innleie av personell, men også for eksempel bruk av tolketjenester.

Således er det ingen overraskelse at ingen av avdelingen klarer å holde budsjettet. Hovedgrunn til overskridelser er ikke planlagte personalkostnader, ferieavvikling og bruk av vikarer.

"Jeg klarer ikke å holde budsjettet 100 %, men det er fordi meste parten av budsjettet består jo av lønn og vikarutgifter. Fastlønn er jo grei men så har du ferie- og sykevikarer. Og det klarer du ikke å forutse." (D)

Jeg nevnte at noen avdelinger hadde midler til disposisjon for investeringer, men det er også noen avdelinger som ikke har midler engang for å erstatte ødelagte ting. Her synes det å være store forskjeller også mellom avdelinger i samme foretak. Det samme gjelder også fasilitetene på avdelingen.

"Det nytter ikke å være saklig og skrive en mail og si at nå er de faktiske forholdene sånn og sånn, og legge ved en uttalelse fra teknisk avdeling på at nå kan de ikke reparere lenger. Du må nesten sette deg på fanget til den som har penger for å få noe. Det opplever jeg som frustrerende." (G)

"Vi har forferdelig dårlig ventilasjon, så i perioder sliter personalet med hodepine. Det er trekkfullt, og jeg har faktisk vurdert å gå med ullundertøy. Jeg tror det fysiske miljøet kan ha noe med årsaken til sykemeldinger. Hele avdelingen er veldig slitt. Alt trenges jo å skiftes ut etter hvert." (B)

Indre perspektiv

Selv om vikarene er faglig dyktige og medbringer fordeler for avdelinger er det også en svakhet hvis man er avhengig av vikarer. De krever mye opplæring og bruker på denne måten en del ressurser. I tillegg oppstår misforståelser lettere med ukjente personer og dette representerer en risikokilde ved akutte situasjoner. Noen avdelinger nevner også at det kan være oppstå etiske dilemmaer for det øvrige personalet når vikarene velger og ikke forholde seg til avdelingens rutiner. Dette gjelder i sær grad legene. For å holde alle disse problemene på et minimum har alle avdelinger valgt å bruke faste kjente vikarer, da det viser seg at vikar fra byråer fungerer betydelig dårligere.

"Vi har valgt faste svenske vikarer, som vi kjenner og tar personlig kontakt med. Vi prøvde et år med bare byrå, nesten et helt år der vi bare brukte byrå, men det ble for mange ukjente, det ble opplæring og fremmede folk hele tiden. Nå har vi 5-6 faste vikarer som kommer i 2-4 uker." (A)

Ferieavvikling om sommeren er en stor utfordring. Utstrakt bruk av vikarer i alle funksjoner kan skape problemer, samtidig som kostnadene for avdelingene blir veldig høye. Det kan også være vanskelig å få tak i kvalifiserte vikarer, da behovet er stort i hele regionen.

"Med når jeg evaluerte sommerferien opp mot våres ledelse, da har jeg sagt at det ikke skal være en sommer til sånn som vi har hatt det." (F)

En annen svakhet for både brukere og ansatte er bemanningen. Visst er de fleste stillingene besatt, men til tross for det, nevner fem av syv avdelinger at de til tider er kun marginalt bemannet. Med marginalt bemanning mener man at det kun er to personer på vakt, en jordmor og en barnepleier, eller to jordmødre. Dette gjelder spesielt netter og helgevakter. Denne situasjonen kan føre til store problemer da minst en person, noen ganger også to er helt fastlåst på fødestua hvis det er pågående fødsel. I tillegg synes dagens krav fra både rettsapparat og pasienter å være så store, at belastningen med å stå helt alene med ansvaret kan være for stor for jordmødrene, spesielt de unge nyutdannede.

"Helger, kvelder og netter er marginalt bemannet. Og det sett jo veldig store krav til at du må være selvstendig og tenke selvstendig og står for det du har bestemt deg før. Og det kan være en utfordring spesiell for nyutdannede jordmødre. Jordmorutdanningen i dag er ikke lagt opp på denne måten. Og pga det, vi så jo at flere jordmødre følte seg usikker på natt, derfor har vi gått over til å ha to jordmødre på enkelte netter." (D)

Bemanningen på legesiden er også delvis et problem. Tre av syv avdelinger har kun to fast ansatte gynekologer, en avdeling har kun en fast ansatt og en fast ansatt vikar.

Det er kun en av de fire informantene som angir mangel på søkere som årsak, og man har ikke prøvd nyansettelse de siste to årene.

De andre har kun henholdsvis to og en hjemmel, og det har hittil heller ikke vært ønske om å øke antall hjemler. Årsak til det lave antall leger har altså vært manglende vilje fra administrasjon eller de ansatte legene, fra begge sider av finansielle årsak.

"Jeg tror det har vært at legen ikke har ønsket det i forhold til økonomi, slik at det ble mindre lønn." (B)

Denne trenden har imidlertid snudd og alle prøver å få en hjemmel til, et sykehus har sågar gått i gang med å ansette en til gynekolog til tross for at de ikke har hjemmel.

"Nei, vi har bare to hjemler og har aldri hatt mer enn to hjemler, men vi har lyst ut ei tredje stilling. Det følger ingen midler med det, men hvis vi skal bruke så mye på vikar, men den tredje stillingen skal også serve Lofoten i ca. 20-25 %, slik at til sammen vil vi kunne klare å avlønn den legen på det vi sparer på vikarer. Vi har fått søke, men vi har ikke gjort noen ansettelse enda." (G)

Til tross for at alle avdelingene har stort fokus på prosedyrearbeid er det en stor svakhet at dette arbeidet ofte blir nedprioritert pga andre oppgaver.

"Når det gjelder kvalitetssikring, så har jeg hatt konstant dårlig samvittighet for prosedyrearbeid, og jeg er konstant på etterskudd" (G)

Det finns heller ikke felles retningslinjer eller krav for øving på akutte situasjoner slik at gjennomføringen blir overlatt til avdelingen. Det er derfor stor forskjell på både måten men gjennomfører de, og hvor ofte. Dette medfører at noen er usikre på hyppigheten, mens andre sliter med for eksempel få barnelegene til å være med på planlegging og gjennomføring. En avdeling mangler sågar fantom, slik at resuscitering for eksempel på nyfødte, men også øving på akutte situasjoner ikke kan gjennomføres på tilfredsstillende måte.

Noen avdelinger har ganske høyt sykefravær og det er en stor utfordring både økonomisk men også med tanke på å få utført de oppgavene som skal gjøres på en god måte.

Alle avdelinger savner en fast ordning for hospitering eller heller rotasjon, både med tanke på å opprettholde kompetanse, men også for å øke samarbeidet mellom institusjonene på forskjellig nivå.

"Vi har stående en åpen avtale om hospitering, det medfører jo en del kostnader, så vi har ikke noen hyppighet på det, men vi har jo et åpent tilbud, så det varierer litt." (G)

Brukerperspektiv

Det er noen områder hvor de geografiske forholdene er slik at avstanden til fødeavdelingen blir veldig stor. Organisering av følgetjeneste er varierende og for disse fødende betyr at de må oppholde seg i nærheten av fødeavdelingen en stund eller at de lever med usikkerheten. Begge deler er en stor belastning både for den gravide og hennes familie.

"Selvfølgelig er det et problem (med avstand). Dem tenker seg når det nærmer seg termin, og det er vinter og det er meldt storm eller at det er dårlig vær, så tenker de jo hvis det skjer noe i natt. (to timer, ikke følgetjeneste)." (C)

Noen avdelinger føler at det er vanskelig å involvere familien godt nok i omsorgen, dette kan skyldes både fasiliteter eller mangel på ressurser.

"Det jeg ønsker er at vi kunne hatt familierom, at vi hadde både far og barn inne, det ser jeg vi sliter med ved at vi ikke har muligheter per i dag, slik at man kunne, det er jo en familie som blir dannet og vi kjører nok litt partneren ut på siden ved at vi ikke har muligheter til det i dag." (B)

På de avdelingene som bruker en del legevikarer kan det være en svakhet at det er manglende kontinuitet for de pasientene som trenger mange kontroller.

”Pasientene blir frustrert at de kan gjennom et forløp møte tre til fire gynekologer. Eller i svangerskapet hvis det er noen komplikasjoner at de må til flere ultralyd eller samtaler om det blir fødsel eller ikke her.” (E)

Læring og innovasjon

Alle avdelinger bruker avvik og statistikk forbedrings tiltak, men det er allikevel problemer knyttet til begge. Noen har så vidt kommet i gang, andre har fått beskjed fra ledelsen om å ikke bruke det og noen synes det er vanskelig eller at de har for lite kunnskap. Når det gjelder avvikshåndteringen, angir noen informanter at en god del problemer skyldes manglende kompetanse med omgang i det elektroniske verktøyet som skal brukes i følge Helse-Nord.

”Ja, vi har den aviksmeldingen som ligger inne i DocMap, der ligger jo den aviksmeldingen. Det som jeg ser er jo det at jeg tror at det blir underrapportert. Vi har veldig lite aviksmelding på vår avdeling, så enten er vi veldig god, men jeg tror nok at der skulle vært skrevet en del aviksmeldinger som ikke blir skrevet.” (A)

”Og da har vi de tingene på våres plan med aviksmeldinger som ingen, noen er litt god på. Men vi har fått for lite opplæring og det blir nu tatt opp videre i KVAM utvalget.” (F)

Ingen avdeling benytter seg av systematiske brukerundersøkelser. Alle har et inntrykk av at pasientene er fornøyde på bakgrunn av muntlige tilbakemeldinger eller små lapper som pasientene fyller ut ved utreise, men alle opplever det som et savn at de ikke har en bekreftelse på at det de tror er rett.

”Vi hadde tidligere pasienttilfredsundersøkelser, da fikk alle barseldamer et skjema, men jeg kuttet det ut da jeg hadde vært leder en stund fordi jeg så at du er bare barselkvinne i tre dager og hodet er fullt av opplevelser. De aller fleste er litt «høy» og er veldig positiv, så jeg har en oppfatning av at hvis du snakker med ei barseldame på 3.dag og hvis du snakker med ei barseldame kanskje 2 mnd etter fødsel, så vil de gi litt forskjellige tilbakemeldinger. Så de tilbakemeldinger vi fikk på det skjemaet var utelukkende positivt og jeg syntes ikke de hadde noen verdi, for det bidro i liten grad at vi ble dyktigere. Jeg tror vi må gjøre det på en litt annerledes måte.” (G)

Samarbeidet mellom fødeinstitusjoner i foretaket er en utfordring for alle avdelinger, dette gjelder både på samme nivå, men også mellom forskjellige nivå, og det gjelder både faglig og administrativt.

”Samarbeidet har ikke vært det aller beste. Men det er mye, mye bedre enn det var og det er under bedring. Jeg har tro på at vi kommer til å få et godt samarbeid på sikt.” (D)

4.3.3. Muligheter

Finansiell perspektiv

Informantene har vist mange muligheter hvordan man kan løse problemet med at man trenger en viss bemanning for å dekke vaktene, samtidig som antall fødsel har gått betydelig tilbake de senere årene. Mulighetene ligger i å dele kompetansen man har med andre avdelinger eller for eksempel tilegne seg ny kompetanse som kan brukes på andre pasientgrupper. Noen av eksemplene er vist under styrker, et til eksempel har en annen informant fortalt om:

"Jordmor på fødestua har både ansvar for dialyse og for poliklinikk og for fødestue. Hun synes det er veldig spennendes, men det med poliklinikken det gjelder jo hele sykehuset. Det gjelder alle fag, medisin, pediatri, kirurgi, gynekologisk." (C)

Indre perspektiv

Rotasjonsordninger er ønsket av alle informanter og de angis å være en god mulighet for å løse mange problemer: dårlig samarbeid, kompetansebygging, kvalitetssikring, læring.

En annen mulighet som tydeligvis gir gode resultater er å jobbe aktivt med rekruttering. Dette kan man gjøre ved stipendordninger, ved å synliggjøre seg, ved å arrangere egne utdanninger eller for eksempel ved å etablere et felles rekrutteringskontor.

"Vi har snakket om å reise rundt på utdanningsinstitusjonene og selge oss selv mer, å synliggjøre oss." (A)

"Pluss det at jeg får jo folk som ikke jobber, det er jo ei 100 % stilling, men de jobber bare 40 eller 60 % av stillingen hos meg og resten i kommunen, slik at jeg får flere hoder i helgen, slik at vi dekker helgene, slik at vi slipper å jobbe annenhver helg hos oss." (A)

"Vi måtte ta tak på det og, på slutten av 90-tallet når vi så at vi får veldig mange avganger på barnepleiere, da arrangerte vi en egen barnepleierutdanning for å få rekruttert folk." (D)

"Jeg kunne godt tenke meg at det fantes et rekrutteringskontor i foretaket så jeg bare kunne bestemme at jeg ønsker en lege med de kvalifikasjonene i det og det tidsrommet. På den andre siden ser jeg at det har sine fordeleler at vi gjør det på avdelingsnivå også." (G)

Kvaliteten kan styrkes ved å etablere faggrupper på tvers av institusjoner, eller ved å kvalitetssikre eller standardisere for eksempel akuttøvelsene. Man kan også øke kvalitetsarbeidet gjennom oppretting av funksjon som for eksempel fagutviklingsjordmor eller KVAM grupper.

"Vi skal få ordentlig på plass disse akuttøvelsene. Og KVAM-gruppene, at vi kan få de opp og gå, og at avdelingen kan jobbe mye mer med kvalitetssikringen på en ordentlig konstruktiv måte enn man har gjort før." (A)

"Vi har jo faggrupper i Helgelandssykehuset med møte to ganger i året i føde/gynekologi og da er pediatri med oss". (C)

Barnepleiergruppa er en ressurs for seg selv.

"Og det som vi æ presisere at jeg har bruk for barnepleiere, for de er fabelaktig god, både til å amming og observasjon av nyfødte barn."(F)

De er kjempeviktige, og hvis man tenker samfunnsøkonomisk, så er det ei kort rimelig utdanning. Hvis man tenker på en del av oppgavene i avdelingen, så er man ikke nødt til å ha ei 5-årig høyskoleutdanning for å kunne gjøre det, og så har de et begrenset fokus." (G)

Brukerperspektiv

Samarbeidet med primærhelsetjenester kan forbedres og organiseres på forskjellige måter og formaliseres mer enn det har vært tilfelle hittil gjennom faste møtesteder med andre instanser som fastleger og helsesøstere.

"Også har vi samarbeidsmøter både med helsestasjon og med andre fødeenheter." (C)

Læring og innovasjon

Læring kan fremmes på mange måter og informantene viser til mange muligheter: innleie av forelesere, samhandling på tvers av institusjoner, sertifiseringer eller bruk av nye applikasjoner fra IT område, for å kvalitetssikre den enkeltes arbeid.

"Det kunne du kjøpe en slik fagapplikasjon for det tenker jeg hadde vært en verdifull applikasjon å ha, hvor man kunne gå inn og kvalitetssikre at det ikke er ei jordmor som har bare tre fødsler i løpet av året, og så er der noen som har 40, slik at man sørger for å holde alle faglig oppdatert." (A)

"Det kan hende at vi starter opp med sertifiseringen for mor og barn nå for rett og slett bare for å gå gjennom den prosessen. Jeg tror den prosessen er veldig god, fordi det setter i gang en del tanker hos de som jobber." (D)

"Jeg vil gjenta det jeg var innom når det gjelder samhandling, og det er at jeg ønsker at hele regionen har ett fagfelt." (G)

4.3.4. Trusler

Finansiell perspektiv

All helsepersonell og helsevirksomhet er forpliktet til å bruke midlene som de har fått med omhu, de skal sørge for at virksomheten oppnår *budsjettbalanse*. Den største trusselen for dette kravet er helsepersonellet selv og verdiene som ligger til grunn i all kjernevirksomhet for helsetjenesten.

"Vi strekker oss veldig langt spesielt her, hvor vi vet at pasienter har lange reiseveier. Men budsjettmessig så er det ikke særlig lønnsomt." (C)

I tillegg finnes en rekke lov som, på den ene siden gir pasientene veldig mange rettigheter, og på den andre siden stiller krav til virksomhet. Det er helt klart, at der det skal aweies, er det økonomiske hensyn som må vike for forsvarlighet.

"Skal du ha fødeavdelingen så er du avhengig at en hvis type fagpersonell og du er avhengig å ha det sånn og sånn. Da må du bare betale de kostnader. Det er prisen for å ha en fødeavdeling". (D)

Behov for vikarer enten det er pga sykefravær, ubesatte stillinger eller permisjonsordninger er en annen viktig post som er knyttet til store kostnader for fødeavdelingen.

Indre perspektiv

Hvis man skal drive en fødeavdeling er man avhengig av å ha godt utdannet kvalifisert personale. Det er alltid et stort problem for organisasjonene å få tak i de rette personene, spesielt når det stilles krav til spesialkompetanse eller det er vanskelige arbeidsforhold. Manglende rekruttering kan altså bli en stor trussel for avdelingene.

"Rekruttering bør man tenke hele tiden. Det gjelder alle yrkesgrupper." (B)

Når det gjelder legegruppa har undersøkelsen brakt til lys en rekke årsak for manglende rekruttering som ikke har noe med mangel på kvalifiserte søkere eller vanskelige arbeidsforhold å gjøre.

"Rekruttering til gynekologi, den tror jeg nok vi kunne hatt, hvis det hadde vært politisk/administrativt vilje til fast ansettelse, til å opprette to hjemler her (til to leger). På jordmor og barnepleier side så har vi hatt en jevnt og trutt rekruttering." (E)

For jordmødregruppen kan det være et problem at det mange velger å ha deltidsansatte for å ha flere hoder å dele vaktene på.

"Det jeg ikke er fornøyd med det er at her er for mange deltidsstillinger. På den annen side, hvis vi skulle oppgradere disse til høyere stillinger, så vil vi få færre hoder, og det er større sjansen for at folk må jobbe annenhver helg, og da har jeg på andre siden noen som sier helt klart ifra at skjer det, så finner jeg meg en annen jobb." (G)

Kravene til jordmødrene som yrkesgruppe har forandret seg i betydelig grad. Dette skyldes ikke bare større krav fra brukere, men også nye arbeidssituasjoner gjennom samdrift med andre avdelinger. Dette vises veldig tydelig i et sitat fra en informant som uttrykker sin misnøye med ferdighetene til en jordmorvikar:

"Ikke kan de data, ikke kan de sette opp antibiotika eller blande det ut, ikke med ingenting av utstyr. De kunne ta imot en unge, men det var alt." (A)

Dette skaper en stor trussel for barnepleiere som gruppe. Nesten alle informantene forteller at de har valgt å skifte ut barnepleier stillinger med jordmorstillinger, til tross for at alle synes at barnepleier er uunnværlig ressurs. I tillegg kommer problemet at det er mangel på utdanningsstillinger, slik at barnepleiere som yrkesgruppe er i fare for å dø ut.

"Jeg har per i dag ingen ledig stilling, men jeg har planer om å omgjør barnepleierstillinger til jordmorstillinger, for mitt mål er å få to jordmødre på hver vakt." (F)

"De to siste fikk ikke et sånt tilbud, det fantes rett og slett ikke ei utdanning, så de har gått aftenskole og hatt praksis hos oss, så i hovedsak, så føler jeg at der vi som har lært de opp, men teorien har vi selvfølgelig ordnet selv. Jeg skulle virkelig ønske at det fantes ei ordinær barnepleier utdanning." (G)

Selv om *forskning* er et fokusområde på alle helseinstitusjoner og selv om alle avdelinger har ansatte som tar en eller annen form for videreutdanning eller forsker, er det i seg selv en stor trussel for avdelingen. Dette har også blitt veldig tydelig på min avdeling i disse to årene som jeg har tatt min videreutdanning. På alle avdelinger er det små sårbare miljøer og hvis en person er borte med permisjon så betyr det mange ulemper for avdelingen. De er vanskelig å dekke opp vakter, produksjonen går tilbake og man må leie inn vikarer, hvilket igjen sprenger budsjettet. I tillegg kommer kostnadene i forbindelse med utdannelsen. På en måte må altså hele avdelingen lide for at en person skal kunne utdanne seg videre.

"Nei, de er egentlig besatt per i dag, men så har vi to av de nyutdannede overlegene våre som driver og tar doktorgrad, så de er stort sett ute i studiepermisjon. Så de to som holder på med doktorgraden, den ene er borte helt til over jul, så de er liksom borte et halvt år i slengen." (A)

Kravene fra brukerne har de siste årene forandret seg i betydelig grad og det kan også skape problemer på fødeavdelingene.

"Men vi merker at folk har stadig større krav. Hvordan de skal ha fødsel og ønsker og forventninger og det med familierom, forskjellige sårne ting. Det kan være vanskelig å etterkomme." (D)

Hovedproblemet for alle avdelinger er trusselen om nedbygging. Alle informantene angir at de har opplevd redselen for "å bygges ned" selv på en eller annen måte eller at avdelingen har vært påvirket av at andre i foretaket har vært truet av nedleggelse eller lagt ned. Det er for alle informantene et meget stort problem.

"Jeg begynte her i -81 og det har ridd avdelingen som en mare siden da" (B)

"Om det blir fødestue der, det sliter faktisk på oss og ikke bar på dem at de vet og tror at de blir det en gang. Vi kommer oss ikke videre. Vi har nu det hengendes over oss og vente." (F)

"Så det er jo mange prosesser som tog og diskusjoner som er ganske utmattende inne i avdelingen, som gjør noen ting med holdningen og med energien hos de ansatte. Det har blitt en avdeling hvor de personlige behovene går frem for jobben." (E)

Brukerperspektiv

Ferieavvikling om sommeren er etter min vurdering en vesentlig trussel for fødeavdelingen og de fleste informantene bekrefter det. Å holde åpen er knyttet til problemene som er nevnt ovenfor, å stenge innebærer et ennå større problem for brukerne.

"Vi prøvde det, da hadde vi sommerstenging. Da hadde vi stengt i 4 uker, mens de andre fødeavdelinger holdt åpent og omvendt. Erfaringer fra den gangen det tilsa vel det at bråket og støyen som ble rundt den stengingen den var verre enn de besparinger de gjør. Det er vel ikke snakk om å gjøre det igjen. I hvert fall ikke per nå." (D)

For pasientene og deres familier kan det også være en bekymring at nærhet eller omsorg må vike for økonomiske hensyn.

"Nærhet er veldig viktig og nærhet er hovedgrunnen til at vi har dette samarbeidet med ... kommune, og den er utrolig kostbar. Så det å fjerne jordmorberedskapen i ..., altså økonomisk kunne det vært lett å gjøre det, men i forhold til disse begrepene om nærhet, sikkerhet og trygghet, så er det fryktelig vanskelig å gjøre det. Det kan man kanskje si er et etisk dilemma, vi synes at vi kaster bort mye penger på det, men vi tørr ikke la være å gjøre det. Det er snakk om kanskje 20 fødsler i året, men allikevel." (G)

"Og dette med pasienthotell, at friske barselkvinner skal være på et pasienthotell. Men man undergraver de psykologiske utfordringer det er å være barseldame, og man undergraver betydningen av amming, f.eks. Og man undergraver også den foreldre-forberedende arbeidsoppgaven." (G)

Læring og innovasjon

En vesentlig ulempe, som oppstår gjennom størrelsen på fødeavdelingene, er at det i all hovedsak dreier seg om små fagmiljøer. Derfor mener alle informantene er det veldig viktig å reise ut av sitt eget miljø for å få nye input. Imidlertid synes akkurat dette feltet å ha blitt betydelig nedprioritert de siste årene av økonomiske hensyn. Den største trusselen for læring er altså etter min og informantenes mening isolasjon.

"Det er et sorgens kapittel, vi har hatt tre hele år med forbud mot kursing av faglig art. Jeg har hatt ei jordmor som jeg så hadde et spesielt behov for kurs, så der hentet jeg penger utenfor budsjettet for å la henne få reise på det kurset, det er ikke snakk om mer enn 5-6000, men sånn må man altså drive på. Det er egentlig for galt og det står ikke i stil med det ansvaret vi har." (G)

"Så jeg synes jeg lever i min egen lille bobleverden og prøver å gjøre så godt jeg kan." (F)

4.4. Oppsummering

Små fødeavdelinger er en viktig del av fødetilbudet til befolkning. De er med på sikre at det offentlige oppfyller sin selvpålagte samfunnsoppgave med å tilby familier et trygd, kvalitativt godt og nært fødetilbud. Dette har å gjøre med fellesgoder, slik som trygghet og tilgjengelighet i geografiske områder med store reiseavstander.

Informantene angir mange styrker ved de små fødeavdelingene i Helse Nord. Gjennom samdrift og involvering av ansatte i budsjettprosessen sikres et bevisst forhold til økonomi og god produktivitet og effektivitet.

God kvalitet er en vesentlig styrke, men også engasjerte, dyktige og stabile medarbeidere. Dette gjenspeiles blant annet i sterk fokus på prosedyrer og kvalitetssikrende tiltak, klare seleksjonskriterier, et aktiv miljø med faglig utvikling, godt samarbeid mellom forskjellige profesjoner og avdelinger og positive input fra vikarer.

Tilbudet for pasientene beskriver informantene som nært, trygd og med god kontinuitet og omsorg. Læring fremstår som en styrke gjennom videreutvikling og tiltak for å forbedre tilbudet.

Informantene viser til at fødeavdelingene sliter noe med å overholde de trange budsjettene, mest pga behov for personale i forbindelse med å opprettholde et vaktsystem. Behov for vikarer i varierende grad kan være en svakhet og bemanningen er ikke til alle tider optimal. Det mangler systemer for standardisert trening for akutte situasjoner og håndtering av avvik og statistikk kan forbedres. Det vises til avvikling av sommerferie kan skape problemer for brukerne og at nærheten ikke alltid og overalt er like optimal.

Tiltak som nevnes som kan fange opp en del av svakhetene og som gjør det lettere for fødeavdelingen å oppnå målene er for eksempel rotasjonsordninger mellom avdelinger eller nivåer. Også rekruttering er et område som må jobbes med, og hvor det finns mange alternative tilnærminger. Barselpleiere er en stor ressursgruppe og bør brukes i større grad.

At denne gruppen er i ferd med å dø ut betyr en stor utfordring for avdelingene, likeså avvikling av sommerferie.

Den største trusselen er ifølge informantene debatten om omstrukturering med planer om nedlegging og omgjøring til fødestue. Denne situasjonen har skapt store problemer for både brukere og avdelingene og er til hinder for både rekruttering og videreutvikling og har skapt mange problemer for både brukere og avdelingene.

5. Analyse

Fødselsomsorg er en del av det offentlige helsetilbudet i Norge. Gjennom sin særstilling som fellesgode med hovedtyngde på å forebygge og skape trygghet stilles det store krav til måten man organiserer den på. I tillegg gir en rekke lovfestede bestemmelser og etiske retningslinjer klare signaler om hvordan dette tilbudet bør organiseres.

5.1 Kvalitet

Dagens organisasjonsform har de siste årene vært tema for mange debatter og man har hevdet fra mange hold at det er et skrikende behov for omstrukturering. Et hovedargument for å gjennomføre endringer i det norske fødselstilbudet har vært påstanden om at tilbudet spesielt ved de små fødeavdelingene ikke er godt nok (Helsetilsynet, 2006) (Nasjonalt råd, 2008).

Et stort problem, når det gjelder å vurdere kvaliteten på fødeavdelinger, er at det ikke finns klare kvalitetsindikatorer. Man har tidligere antatt at kvaliteten henger sammen med størrelse av avdelingen og på bakgrunn av disse antagelser har blant annet nasjonalt råd for fødselsomsorg i sin sluttrapport (Nasjonalt råd, 2008) konkludert med:

”Det er samtidig helt klart at det er kvalitetsproblemer ved mange små fødeavdelinger og at det er en sammenheng mellom disse og fødselstall og bemanning”. (Nasjonalt råd, 2008)

Datagrunnlaget viser at denne påstanden sannsynligvis ikke er riktig. I 2005 har kunnskapssenteret gjort en stor undersøkelse hvor all tilgjengelig litteratur ble gjennomgått med akkurat denne problemstillingen, nemlig hvorvidt kvaliteten (helseutfall for mor og barn) er knyttet til lavt fødselstall (Myrhaug & Norderhaug, 2005). Konklusjonen av denne rapporten var:

”De inkluderte studiene gir ikke grunnlag for å konkludere om det er en sammenheng mellom volum og kvalitet. Det er betydelig variasjon i dødelighet mellom fødeinstitusjoner og ingen konsistent relasjon til volum.” (Myrhaug & Norderhaug, 2005)

Også styret til norsk gynekologisk forening konkluderer etter en omfattende rapport med:

”Styret har nå satt seg inn i rapporten, som er meget grundig og omfattende. Rapporten gir en interessant beskrivelse av status presens ved norske spesialavdelinger, som i det vesentlige framstår som positiv med god dekning av stillinger og betydelig aktivitet innen kvalitetsarbeid og systematisk akutt trening.” (Backe & Eriksson, 2009)

På bakgrunn av disse informasjonene har man erkjent behovet for oppretting av felles kvalitetsindikatorer og i stortingsmelding 12 - en gledelig begivenhet (side 50), foreslås derfor å oppheve tallgrensene og erstatte disse av andre kvalitetskrav.

”Slike kvalitetskrav kan bl.a. være kompetansekrav til ansatte, rotasjons- og hospiteringsordninger, kurs og trening på akutte situasjoner samt retningslinjer for hvilke gravide som bør føde ved de enkelte fødeenhetene.” (Regjeringen, 2009)

Arbeidet med å sette opp disse kvalitetsindikatorne er så vidt påbegynt og derfor har jeg i mitt forskningsarbeid brukt de ovennevnte eksemplene samt andre områder, som fremstår som viktige for et godt og trygd tilbud, både i stortingsmeldingen men også i følge min erfaring.

I følge resultatene fra intervjuet står de små fødeavdelingene i Helse Nord frem med mange styrker, når det gjelder kvalitet. Alle har fokus på rutiner og prosedyrearbeidet, alle gjennomfører trening på akutte situasjoner og har i tillegg andre kvalitetssikrende tiltak, seleksjonskriteriene er klare og godt tilgjengelig for alle og det gjøres en del kursing og undervisningsarbeid.

Imidlertid er det en ulempe at det ikke finns felles retningslinjer og ikke minst krav til for eksempel gjennomføring av akutttreninger. Hvis man virkelig ønsker å skape trygghet for alle er det viktig at man i det fremtidige arbeid med kvaliteten ikke bare definerer kvalitetsindikatorer, men også kalitetskravog og ta man tar stilling til hvordan man i praksis sikrer at disse overholdes.

En annen vesentlig aspekt er hvordan brukere oppfatter tilbudet ved de små fødeavdelingene i Helse Nord. Områder som fremheves som viktige i stortingsmelding 12 er kontinuitet, nærhet og et familievennlig barseltilbudt (Regjeringen, 2009).

Undersøkelsen av de små fødeavdelingen i Helse Nord viser at det er særlig disse områder som er en stor styrke ved avdelingene. Lokalisasjonen gjør at de er godt tilgjengelig for de fleste brukere, og på grunn av sin størrelse og kapasitet kan de gi veldig god og individualtilpasset omsorg. Dette gjelder i sær grad barselperioden, hvor tilbudet til pasientene kan skreddersys etter behov og hvor pasienten har et åpent tilbud også etter hjemreise. Denne omsorgen står i stor kontrast til utviklingen de siste årene vedrørende barselomsorg hvor barselperioden har vært redusert i betydelig grad på grunn av økonomiske eller kapasitets hensyn.

I mai 2007 ble det i oppdrag av helsedirektoratet utført en brukerundersøkelse med spørsmålet om hvordan brukere er fornøyd med svangerskaps og fødselsomsorgen. Resultatene fra denne undersøkelsen bekrefter ovennevnte funn fra min undersøkelse:

“Generelt sett fungerer svangerskapsomsorgen godt i Norge. Helhetlig sett er brukerne fornøyde. De faglige retningslinjene bør legge til rette for en videreføring og en videreutvikling av den gode praksisen. Svangerskapsomsorgen kan bli bedre til å forberede på barseltiden, dette bør man ta hensyn til ved utarbeidelse av retningslinjene.” (TNS Gallup, 2003)

5.2 Bemanning

Den viktigste ressursen i helsetjenesten er helsepersonalet og god bemanning er en vesentlig forutsetning for at tjenesten skal være god. Undersøkelsen av de små fødeavdelingene viser at medarbeidere er en betydelig styrke ved fødeavdelingene, de er stabile, har stor grad av engasjement og arbeidsvilje og er fleksible og ivrig etter faglig oppdatering og ny kunnskap. Det er tre yrkesgrupper som jobber veldig tett på an fødeavdeling, jordmødre, barnepleire og leger, og i følge informantene er samarbeidet mellom dem veldig godt og likeså samarbeidet til andre avdelinger.

Allikevel har hver profesjonsgruppe sine egne utfordringer og bemanningen bør vies stor oppmerksomhet i fremtiden. Etter min mening er det også viktig å gjøre noen grep for å sikre et fremtidig godt tilbud.

På jormordsiden beskrives det som en utfordring at det ofte er kun en jordmor og en barnepleier til stede på vakt. Dette skyldes ikke mangel på rekruttering, men at antallet ansatte er så lavt at tjenesteplanene må settes opp slik for å dekke opp om alle vaktene, til tross for at neon avdelinger velger å ha flere ansatte i deltidsstillinger for å ha flere hoder å dele vaktene på. De små miljøene er særdeles sårbare også ved sykdom eller annet fravær som utdanningspermisjon eller forskning. Å ha kun en jordmor på vakt tilfredsstillende ikke kravene fra brukere og rettsapparat til tjenesten og er i tillegg en stor belastning for den enkelte ansatte. Sammen med hyppige vakter og deltidsstillinger kan dette skape store problemer med tanke på fremtidig rekruttering. Selv om informantene angir stor forskjell på tilgangen på jordmødre, forteller andre at man må aktivt jobbe med rekruttering.

En mulighet for å løse ovennevnte problemer er å øke antall stillingshjemler på jordmorside. På denne måten kan man øke prosentandelen til de som er nødt å jobbe deltidsstillinger, man kan sette opp forsvarlige vaktssystemer med to jordmødre på vakt og man er ikke så sårbar i forhold til sykdom eller annet fravær.

Det vil totalt sett minske behovet for innleie av vikarer eller overtidsarbeid og således også være økonomisk lønnsomt.

Med dette tiltaket kan man også skape rom for at jordmødrene kan delta i hospiteringsordninger eller undervisning uten at dette skaper problemer for avdelingen og sannsynligvis vil det ha positiv innvirkning på rekruttering.

Der det ikke er stort nok antall fødsler for å forsvarliggjøre vaktssystemer med to jordmødre og en barnepleier kan jordmødrene brukes i ennå større grad enn i dag til pleie av andre pasientgrupper.

En slik ordning kan muligens også åpne opp for at jordmødrene i større grad er involvert i barselomsorgen etter utreise, hvilket jo er et ønske fra regjeringen (Regjeringen, 2009).

En jordmor kan for eksempel gjøre hjemmebesøk hos den fødende i den første tiden etter fødselen, eller man kan tilby den gravide barselkontroll på fødepoliklinikken på sykehuset istedenfor hos fastlegen. Etter min erfaring kan man dermed ikke bare oppnå bedre kontinuitet for pasientene men også fange opp fremtidige problemer ved at alle kan gjennomgå fødselen med sin jordmor på nytt etter at man har hatt tid til å la opplevelsen synke ned. Også en eventuell brukerundersøkelse kan kombineres med dette besøket, da flere av informantene angir at tilbakemeldingene som gis umiddelbar etter fødselen ikke er gode nok.

Å øke antall stillinger vil også være med på å berge barnepleiernes fremtid, da disse i følge undersøkelsen i stor grad må vike for jordmødre. Denne utviklingen er meget uheldig både med tanke på at denne gruppen har en kompetanse som en jordmor

aldri kan oppnå, men også ut ifra samfunnsperspektiv. Den demografiske utviklingen med kommende eldrebølge kan skape problemer med å få tak i nok helsearbeidere for å dekke behovet som finns i befolkningen. Således er det ekstremt viktig å ta vare på helsearbeidere som ikke har så langvarig utdanning, samtidig som det vil være økonomisk lønnsomt for samfunnet.

En annen viktig aspekt som både informanter og regjeringen informantene peker på, (Regjeringen, 2009), er at det ikke finns et adekvat utdanningstilbud for barnepleierne. Hvis man altså ønsker å dra nytte av de fordelene som barnepleiergruppa betyr for samfunn og fødetilbud er man nødt til å skape et egnet utdanningstilbud.

Bemanningen på legesiden er et område som bør vies oppmerksomhet, viser både min undersøkelse av de små fødeavdelingene og forskjellige rapporter. I strategidokumentet om svangerskaps og fødselsomsorg fra 2007 (side 14) kan man lese følgende:

“Ved mange av de små fødeavdelingene er det vanskelig å rekruttere fødselsleger i det antallet som er nødvendig for å opprettholde døgnkontinuerlig vakt. Enkelte steder har fødselslegene 1-2 delt vakt. Ved flere av de små fødeavdelingene antas det at det ikke er befolkningsgrunnlag for det antallet fødselsleger som er nødvendig for akseptable vaktordninger (4-5 delt vakt). Dette henger også sammen med at faget fødselshjelp og kvinnesykdommer er i endring. Mange tilstander og sykdommer som tidligere krevde innleggelse og kirurgisk inngrep behandles nå med medikamenter eller som poliklinikk- og dagbehandling.” (Regjeringen, 2007)

Dokumentet peker på flere problemområder. Hvor mange gynekologer skal det minst være på hver avdeling? Flere av de undersøkte sykehus har kun en eller to hjemler. Dette er historisk betinget, mener jeg, og det skyldes at man tidligere har delt vaktberedskapen med kirugene, slik at det i praksis ble 4-5 delte vaktordningen. Imidlertid er en slik ordning ikke tilfredstillende for kvaliteten på fødetilbudet på grunn av spesialisering av begge fagene og således ikke ønskelig heller. (Backe, et al., 2009).

Resultatene fra min undersøkelse viser at to hjemler er for lite for å dekke dagens behov og avdelingene jobber derfor med ekstra innleie av vikar. Mangel på gynekologer skyldes altså ikke kun rekruttering men også historiske forhold med for lite hjemler og manglende vilje fra de ansatte gynekologene.

Mine vurderinger dekker seg med de fra informantene om at det bør være mer enn to gynekologer på hver avdeling. I følge NOU 1998 (Hvis det haster, side 119), bør sykehus drift baseres på minst fire, minst fem-delte vaktordninger for leger. (NOU, 1998:9)

Dette kravet, mener jeg, vil man ikke kunne innfri med dagens fødselstruktur og det synes også å være regjeringens mening (Regjeringen, 2009).

Min opplevelse er at man, ved å kompensere for vaktarbeid med fritid, kan sette opp vaktordninger med tre leger som både er forsvarlige og som allikevel ikke gir så dårlige arbeidsforhold at de blir til hinder for rekruttering. På den måten kan man balansere behovet for gynekologer mot kravet om forsvarlige vaktordninger.

Jeg foreslår derfor at hver fødeavdeling får tildelt minst tre hjemler for gynekologer og at det også stilles krav til at minst to av de stillingene skal være besatt av fast ansatte for å sikre god kontinuitet og kvalitet. Dette forslaget er også i tråd med anbefalinger fra norsk gynekologisk forening og sentralstyret til den norske legeforeningen om å opprette flere overlegestillinger i faget.

“Opprettelse av flere overlegestillinger er nødvendig for å kompensere for omlegging av vaktplaner og tjenesteplaner, og for å friggi tid til forskning og fagutvikling.” (Backe, et al., 2009)

5.3 Implikasjoner for andre fagfelt

Problemnotatet fra regjeringen peker også på et annet område som er helt vesentlig og som jeg mener glemmes atlfør ofte når man snakker om fødetilbudet. Faget gynekologi og fødselshjelp befatter seg med mye mer enn kun fødsler, og arbeidsoppgavene til en gynekolog, i hvert fall på et lite sykehus, er kun i liten grad arbeid med fødende. Den største andelen utgjør gynekologien.

Som regjeringen peker på er også dette faget på lik linje med andre i forandring og den største delen av behandling og utredning skjer poliklinisk eller som dagbehandling. Dette arbeidet utføres i stor grad på de lokale sykehusene, sågar i vesentlig større grad enn på de store kvinneklinikker. (Salvesen, et al., 2004)

Også utdanningen av nye gynekologer ivaretas på de små fødeavdelingene bedre enn i de store kvinneklinikkene. (Backe, et al., 2009)

Man kan altså ikke se fødetilbudet isolert og bare snakke om de fødende og glemme de mange tusen gynekologiske undersøkelser og behandlinger som utføres hvert år av de legene som er ansatt ved de små fødeavdelingene.

“Vi har 4000 polikliniske konsultasjoner per år fordelt på to”. (G)

En fødeavdeling kan heller ikke eksistere uten uavhengig av en velfungerende anestesi og operasjonsavdeling.

Det kan synes merkelig å foreslå å øke bemanningen både på jordmor og legesiden når undersøkelsen viser at den største delen av budsjettet er personalkostnader og at en stor svakhet ved avdelingene er at de ikke klarer å overholde budsjettet. Jeg mener imidlertid at man kan spare penger med å ansette flere personer i feste stillinger, ved å redusere kostnadene for vikarer og uventet overtid. Hvordan dette kan gjøres beskriver en informant i følgende uttalelse.

“Nei, vi har bare to hjemler og har aldri hatt mer en to hjemler, men vi har lyst ut ei tredje stilling. Det følger ingen midler med det, men hvis vi skal bruke så mye på vikar. Men den tredje stillingen skal også serve Lofoten i ca. 20-25 %, slik at til sammen vil vi kunne klare å avlønnne den legen på det vi sparer på vikarer.” (G)

I tillegg kan man på denne måten skape mer forutsigbarhet for budsjettet.

5.4 Ferieavvikling og sommerdrift

Det finns dog et annet stort problem som ingen av de små avdelingene har klart å løse på en tilfredsstillende måte. Sommeren angis å skape problemer både av økonomisk art, men også med tanke på trygghet og kvalitet. Miljøene på fødeavdelingen er så små og det vil derfor alltid gi problemer å gjennomføre ferieavviklingen uten å ha stor behov for vikarer for å opprettholde tilbudet. Da det dreier seg om at akutttilbud kan man ikke bare kutte det ut og man kan heller ikke styre behovet. En løsning som jeg ser for dette problemet er nytenkning. I følge norsk lovgiving har alle ansatte lov på tre ukers sammenhengende ferie i hovedferieperioden. Dette er imidlertid en rett ikke en plikt. I Tyskland for eksempel avvikles ferien på en annen måte og fordeles over hele året. På denne måten unngår man en periode med veldig lav bemanning. Jeg mener at man kan prøve at prosjekt der man foreslår de ansatte å ta ut ferie på andre tidspunkter av året. Man kan for eksempel gi gode insentiver ved å åpne opp for at man kan forlengre perioden til 4 uker ved å legge ferien sammen med fridager, eller så kan man åpne opp for at de ansatte kan dele opp sine ferier i flere kortere perioder. Med en god planlegging kan man på denne måten fordele ferieavviklingen på større deler av året. Dette må selvfølgelig bero på frivillighet og det forutsetter at det ikke er marginal bemanning helse året, slik at ferieavviklingen skaper problemer. Hvorvidt et slikt system kan fungere her i Norge er jeg usikker på, men det må være mulig å lage et prosjekt og se om det kan være en bedre alternativ enn de dårlige som finns per tiden.

5.5 Muligheter for fremtiden

Den største trusselen for avdelingene har i følge informantene vært trusselen om omorganisering og nedlegging. Alle informanter angir at usikkerheten rundt fremtiden har skapt store problemer for avdelingene både med tanke på rekruttering men også med tanke på videreutvikling.

”Enhetsledernivået har vært hardt beskattet de siste årene pga dette, og jeg tror at de aller fleste ønsker, som jeg en organisatorisk ro slik at man kan bruke energien sin på personalet og på det faglige. Da drypper det på pasientene og det er de vi er her for.” (G)

Min oppfatning er også at det er på tide å flytte fokuset til de områder som gir muligheter for fødeavdelingene og for hvordan de kan opprettholde et godt, nært og trygd tilbud til hele befolkningen.

Allikevel mener jeg at debatten om organisering også har hatt positive innvirkninger på fødeavdelingene. Angsten om sin eksistens har ført til at fokus på bemanning, kvalitet og ikke minst kvalitetssikring har blitt veldig stor og mange av de kvalitetssikrende tiltak som er nevnt ovenfor er ifølge informantene satt i verk eller forbedret de siste årene.

Og man må heller ikke glemme at det finns områder som er sårbare ved fødetilbudet generelt og således også ved de små fødeavdelingene og som må jobbes med hele tiden.

Norsk gynekologisk forening skriver i sin rapport om utfordringer for faget gynekologi og fødsels- hjelp at god systemkvalitet kan veie opp for lav volum (Backe, et al., 2009) og Helsetilsynet peker på at tett samarbeid mellom helsepersonell og mellom ulike nivåer i fødselsomsorgen er en viktig forutsetning for forsvarlig helsehjelp i en differensiert fødselsomsorg (Helsetilsynet 2006). Man kan altså veie opp for ulempen med å være et lite fagmiljø ved å etablere et faglig samarbeid mellom avdelinger og nivåer og ved å legge til rette for rotasjonsordninger. Et vesentlig tiltak som kan være med på sikre et fremtidig godt tilbud er å etablere aktive faggrupper på tvers av avdelinger, nivåer og profesjoner (Regjeringen, 2009).

Perinataalkomiteer kan være et eksempel på en slik faggruppe eller fagråd på foretaksnivå. Disse må ha klare oppgaver og mål og det må dreie seg om å standardisere kvalitetssikrende tiltak, prosedyrer og krav for faglig oppdatering.

En annen veldig verdifull mulighet er ifølge informantene etablering av rotasjonsordninger mellom faggruppene på forskjellig nivå eventuelt også mellom avdelinger på samme nivå (Regjeringen, 2009). Dette tiltaket vil på den ene siden åpne opp for godt samarbeid, ved at man blir kjent med den andre og får forståelse for den andres oppgaver og problemer, og vil i tillegg motvirke faren for isolasjon som er vesentlig hvis man lever i et lite, lukket fagmiljø. I tillegg vil en slik ordning sikre faglig oppdatering.

Ordningen må være tilpasset for hver yrkesgruppe, da behovene er forskjellige og må bygge på gjensidighet, det vil si utvekslingen må ikke bare skje fra et lavere til et høyere nivå men også omvendt.

Av erfaring vet jeg at en slik ordning ikke kan fungere så lenge bemanningen på begge avdelinger er så lav at avtaler og hospitering må vike for hensyn til sikkerhet knyttet til vaktberedskap eller for økonomiske hensyn. Det viser også informantene mine til, som uten unntak ønsker en slik ordning men hvor ingen har greid å gjennomføre den.

Den eneste muligheten jeg ser, for å sikre at tiltaket virkelig iverksettes er å sette det opp som et kvalitetskrav som alle avdelinger må gjennom. Med andre ord må alle ansatte ha i sin tjenesteplan kravet om å hospitere for eksempel en til to uker per år, og avdelingene må ansvarliggjøres i forhold til å sikre at kravet oppfylles. Slike krav må etter min og informantenes mening også settes opp for andre kvalitetssikrende tiltak på lik linje som det for eksempel stilles krav til brannøvelser.

Jeg har i dette kapittelet pekt på en rekke muligheter og utfordringer ved de små fødeavdelingene og hvordan disse kan styrkes eller løses. Imidlertid må man ikke glemme at undersøkelsen viser situasjonen ved de små fødeavdelingene hvordan den er i dag.

Man vet ikke hvordan ting vil utvikle seg over tid. Hvis man for eksempel bestemmer seg for å øke bemanningen både på jordmorside og på legesiden, kan man ikke med sikkerhet si om man klarer å bemanne alle de stillingene. Norsk gynekologisk forening peker for eksempel

i sin rapport på at det går mot mangel på gynekologer hvis man ikke øker antallet utdanningsstillinger (Backe, et al., 2009). Det er altså viktig å tenke langsiktig og lage gode planer for fremtiden hvor man for eksempel kan ta stilling til en slik situasjon og motarbeide den ved å øke antall utdanningsstillinger, eller ved å jobbe med rekruttering. Dette mener også regjeringen og i sin stortingsmelding 12, side 49 oppfordres regionene til å utarbeide en slik plan.

”Regjeringen foreslår derfor at regionale helseforetak pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen sammen med berørte kommuner. Planen skal også omfatte svangerskaps-, og barselomsorg. Den skal sikre kapasitet i forhold til fødselstall og være i samsvar med utvikling av akutttilbud ved lokalsykehus. Planen skal sikre de fødende i regionen et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Den skal omfatte planer for rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for gynekologer. Hensynet til antall fødende i opptaksområdet, til geografi, kommunikasjonsmuligheter, struktur for lokale jordmørtjenester og følgetjeneste skal vektlegges. Kultur- og språkforskjeller i regionen skal ivaretas. Brukere med relevant kompetanse skal trekkes inn ved utarbeidelse av planen.” (Regjeringen, 2009)

Jeg håper at mitt forskningsarbeidet kan være en viktig informasjonskilde når man jobber med å utarbeide en slik plan, da den både viser utfordringer og muligheter ved fødeavdelingene i Helse Nord. Ved å ta med brukerne i et slikt arbeid og fagpersoner fra de forskjellige institusjoner kan man i tillegg sikre bred forankring i både fagfolk og befolkningen.

6. Konklusjon

Fødselsomsorg er et fellesgode av stor betydning for hele befolkningen og dette medfører at det offentlige har et stort ansvar for å sørge for at tilbudet oppfyller kravene om likhet, tilgjengelighet og god kvalitet for alle.

De små fødeavdelingene i Helse Nord er en viktig del av dagens fødetilbud til befolkningen i Norge. De er med på å sikre et differensiert tilbud til pasientene og sikrer at kravet til tjenesten om nærhet og tilgjengelighet for hele befolkningen ivaretas.

Undersøkelsen viser følgende forhold ved de små fødeavdelingene i Helse Nord:

- Helsetjenestene er trygge og av god kvalitet, samtidig som de ivaretar brukernes ønske om tilgjengelighet, nærhet, kontinuitet og individuell tilpasset omsorg.
- Bemanningen er stabil og medarbeiderne er en stor ressurs, men den synes delvis å være for lav i forhold til dagens behov, slik at den bør styrkes ved å etablere flere stillingshjemler både for jordmødre og leger og ved å beholde de stillingshjemler som i utgangspunktet var tiltenkt barnepleiere.
- Et slikt tiltak kan muligens også løse det økonomiske problemet med budsjett ubalanse som i stor grad skyldes uforutsett merarbeid og innleie av vikarer.
- Man kan ikke se fødetilbudet atskilt fra gynekologien, da både fødeavdelinger og gynekologer har en viktig rolle i tilbudet til lokalbefolkningen på dette området. Likeså er fødetilbudet avhengig av et velfungerende akuttberedskap med anestesi og operasjonsberedskap.
- For å opprettholde et trygt og desentralisert tilbud også i fremtiden må man jobbe med rekruttering for alle profesjoner og man må øke utdanningskapasiteten for leger, vurdere behovet for jordmødre og skape bedre utdanningsmuligheter for barnepleier.
- Kvalitetssikring og fagutvikling kan og bør styrkes ytterligere ved å etablere rotasjonsordninger og faglig samarbeid på tvers av institusjoner.
- Tidligere foreslåtte reformer har ikke vært med på å løse utfordringene på de små fødeavdelingene, tvert imot heller skapt uro og problemer. Imidlertid har de muligens vært med på å øke fokuset på kvalitet og kvalitetssikrende tiltak.

Ved å lage langsiktige planer for fødetilbudet i Helse Nord, som tar hensyn til dagens organisering med dens utfordringer og muligheter, og som i tillegg trekker inn brukerne som en viktig ressurs, kan man sikre at fødetilbudet i regionen også i fremtiden er trygd, nært og effektivt.

7. Litteratur

Aabø, Svanhild. 2002. Bibliotek - Høgskolen i Vestfold. [Internett] 2002.

<http://www-bib.hive.no/tekster/ekstern/aaboe/index.html>.

Backe, Bjørn og Eriksson, Ane Gerda Zahl. 2009. Notat vedr. "Status og utfordringer for faget fødselshjelp og kvinnesykdommer" (rapport fra september 2008).

Gynekologen (Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening). 2009, 22-1-2009, ss. 28-29.

Børdahl, P., et al. 2006. *Jordmorstyrte fødestuer. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16 - 2006*. 2006. ISBN 82-8121-108-3.

Brustad, Sylvia. 2006. Regjeringens planer for svangerskap og fødselshjelp.

[Internett] 25. Oktober 2006.

<http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Aktuelt/Taler-og-artiklar/minister/helse--og-omsorgsminister-sylvia-brustad/2006/regjeringens-planer-for-svangerskap-og-f.html?id=273261>.

DNLF. 2002. Etiske regler for leger. [Internett] 2002. <http://www.legeforeningen.no/id/485.1>.

Fødselsomsorgen i Nord-Norge. **Olsen, Ingrid Petrikke. 2009.**

<http://www.dagensmedisin.no/debatt/2009/08/27/fodselsomsorgen-i-nord-nor/index.xml>, s.l. : Dagens Medisin, 27. August 2009, Vol. 13/09.

Grund, Jan. 2006. *Sykehusledelse og helsepolitikk*. Oslo : Universitetsforlaget, 2006.

ISBN-13: 978-82-15-00947-6.

Hansen, Robert G. 2004. Universitetet i Oslo. [Internett] November 2004.

<http://www.uio.no/studier/emner/sv/oekonomi/ECON1210/h04/undervisningsmateriale/Oppsummering2710-0311.pdf>.

Helse Nord RHF. 2006. Strategi for Helse Nord RHF. [Internett] 2006.

<http://www.helse-nord.no/strategi/category4520.html>.

Helsetilsynet bekymret for fødende. **Moe, Ingeborg og Fuglehaug, Wenche. 2008.**

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article2408692.ece>, s.l. : Aftenposten, 5. Mai 2008.

Helsetilsynet. 1997. Faglige krav til fødeinstitusjoner (IK-2565). [Internett] 1997.

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/faglige_krav_fodeinstitusjoner_ik-2565.pdf.

Helsetilsynet. 2004. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004.

[Internett] 2004.

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2004/oppsummering_tilsyn_2004_foedeinstitusjoner_rapport_112004.pdf.

Helsetilsynet. 2006. *Tilsynsmelding 2006*. Oslo:

<http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2006.pdf>, 2006. ISSN 1501-8083.

- Jakobsen, Ove.** 2009. Pliktetikk. *Forelesning MBA-studiet*. Sommarøy : s.n., 21. August 2009.
- Johannessen, Asbjørn, Kirstoffersen, Line og Tufte, Per Arne.** 2009. *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Oslo : Abstrakt Forlag AS, 2009. ISBN 82-7935-211-2.
- Johannessen, Jon-Arild og Johan, Olaisen.** 2006. *Vitenskapsstrategi og vitenskapsfilosofi*. Bergen : Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2006. ISBN-13: 978-82-450-0464-9.
- Johannessen, Jon-Arild og Olaisen, Johan.** 2004. *Strategisk helseledelse*. Oslo: Universitetsforlaget, 2004. ISBN 82-15-00673-6.
- Johannessen, Jon-Arild og Olaisen, Johan.** 2007. *Styring av helseforetak*. Bergen : Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke, 2007. ISBN 978-82-450-0473-1.
- Johansen, Kjell Eyvind og Vetlesen, Arne Johan.** 2006. *Innføring i etikk*. Oslo : Universitetsforlaget, 2006. ISBN-13: 978-82-00-12993-6.
- Kvale, Steinar.** 2006. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS, 2006. ISBN 13: 978-82-417-0807-7.
- Lystestøl, Peder Martin og Meland, Eilef A.** 2003. *Velferdsstatens økonomi*. Oslo : Universitetsforlaget, 2003. ISBN 82-15-00293-5.
- Molven, Olav.** 2006. *Helse og jus*. Oslo : Gyldendal, 2006. ISBN-13:978-82-05-35 171-4.
- Molven, Olav.** 2009. Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet. *Lov og rett*. 2009, Vol. Vol. 48, 1, ss. 3-26.
- Morrison, Mike.** 2008. SWOT Analysis. [Internett] Mars 2008.
<http://www.cipd.co.uk/subjects/corptrgtg/general/swot-analysis.htm?lsSrchRes=1>.
- Myrhaug, Hilde Tinderholt og Norderhaug, Inger Natvig.** 2005. *Fødeavdelinger, fødestuer, pasientvolum og behandlingskvalitet*. s.l. : Nasionalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005. ISBN 82-8121-070-2.
- Nasjonalt råd, fødselsomsorg.** 2008. HelseDirektoratet. [Internett] 15. Februar 2008.
http://www.helsedirektoratet.no/sykehus/fagnytt/sluttrapport_fra_nasjonalt_r_d_for_f_dselsomso rg__125844.
- NOU.1998:9.** *Hvis det haster..* [PDF-fil] s.l. : Sosial- og helsedepartement, 1998:9.
<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19981998/009/PDFA/NOU199819980009000DDDPDFA.pdf>.
- Pettersen, Inger Johanne.** 2009. *Forskningsmetode. Forelesning MBA-studiet*. Tromsø : s.n., 22. Oktober 2009.
- Pettersen, Inger Johanne, et al.** 2008. *Økonomi og helse*. Oslo : Cappelen Damm AS, 2008. ISBN 978-82-02-26332-4.
- PriceWaterhouseCoopers.** 2005. Balansert målstyring - Artikkelsamling. [Internett] 2005.
http://www.hin.no/neted/upload/attachment/site/group1/BMS_artikkelsamling.pdf.

- Regjeringen. 2009.** En mer helhetlig helsetjeneste for gravide og fødende. *Pressemelding*. [Internett] 13. Februar 2009.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2009/en-mer-helhetlig-helsetjeneste-for-gravi.html?id=545924>.
- Regjeringen. 1999.** Kvinners helse i Norge. [Internett] 28. Januar 1999.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-13.html?id=141704>.
- Regjeringen. 2007.** *Nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen*. [PDF-fil] 24. September 2007. <http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Problemnotat%2024.pdf>.
- Regjeringen. 2009.** St.meld. nr. 12 (2008-2009) - En gledelig begivenhet. [Internett] Februar 2009.
<http://www.regjeringen.no/pages/2152512/PDFS/STM200820090012000DDDPDFS.pdf>.
- Roos, Göran, Von Krogh, Georg og Roos, Johan, Fernström, Lisa. 2005.** *Strategi - en innføring*. Bergen : Fagforlaget, 2005. ISBN 82-450-0301-8.
- Salvesen, H.B.; Trovik, J.; Børdahl, P.E. 2004.** *Bemannings- og vaktberedskap ved gynekologiske avdelinger og fødeavdelinger i Norge*. Tidsskr Nor Lægeforen 2004 nr 21 ; 124:2780-2)
- TNS Gallup. 2003.** *Tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge*. Helsedirektoratet. 2003.
- Unicef. 2009.** Fakta om mødredødelighet. [Internett] 15. Januar 2009.
<http://www.unicef.no/page?id=120&key=5994>.
- Wikipedia. 2009.** Analyse. [Internett] 2009. <http://no.wikipedia.org/wiki/Analyse>.
- Winer, Leon. 2006.** MBA Toolbox. [Internett] 22 Februar 2006.
[http://mbatoolbox.org/stories/storyReader\\$19](http://mbatoolbox.org/stories/storyReader$19).
- Zi, Sun. 2009.** Wikipedia. [Internett] November 2009.
[http://no.wikipedia.org/wiki/Kunsten_%C3%A5_krige_\(bok\)#Kjente_sitater_fra_boka](http://no.wikipedia.org/wiki/Kunsten_%C3%A5_krige_(bok)#Kjente_sitater_fra_boka).

8. Vedlegg

Intervjuguide for masteroppgave: **Kan vi ha små fødeavdelinger?** **En studie om styrker, svakheter, trusler og muligheter for små fødeavdelinger i Helse-Nord**

Generell informasjon om deg som leder:

1. Hva er ditt ståsted i avdelingen?

- Hvor lenge har du vært i avdelingen
- hvor lenge som leder
- hva er dine oppgaver som leder
- hvor mange ledere er det over deg
- annet

Organisasjon:

2. Hvordan er avdelingen organisert?

- Hvor mange fast ansatte er det i avdelingen
- Seksjonering (for eksempel fødepoliklinikk, gyn. avdeling, fødeavdeling etc.?)
- Vaktturnus leger
- Vaktturnus jordmor
- Plass i organisasjonen
- Hvor mange faste vikarer
- Hvor mange faste stillinger er besatt med vikarordning eller andre ordninger
- Rotasjonsordninger
- Arbeidsdeling med andre avdelinger
- Annet

Ansatte:

3. Hvordan jobber dere?

- Faglige utfordringer/jobbdesign
- Seleksjon
- Samarbeid med andre avdelinger
- Hva gjøres på avdelingen og hva gjøres ikke
- Jordmortjeneste i kommunen
- Svangerskapskontroller i avdelingen
- Barsepleie etter utskriving
- Grad av autonomi
- Annet

4. Hvordan er arbeidsmiljøet på avdelingen?

- Samarbeid forskjellige faggrupper
- Ansattes tilfredshet
- Sykefravær
- Turnover
- Sosial støtte
- Muligheter for videreutvikling for de ansatte
- annet

Økonomi:

5. I hvilken grad er du involvert i avdelingens økonomiarbeid?
6. Hvordan er du involvert i budsjettprosessen?
7. Hvordan er fasilitetene i avdelingen?
 - Logistikk / hensiktsmessighet
 - Rom (pasienter / personale/ undersøkelse)
 - utstyr
 - Er det rom for investeringer
 - annet

Kvalitet:

8. Hvilke krav stilles til kvalitet i avdelingen?
 - Jordmortjeneste og svangerskapskontroller
 - nærhet/følgetjeneste/seleksjon
 - faglige nettverk
 - fagmøter
 - rutiner
 - utskifting av personale (turnover), vikarer
 - kurs for ansatte
 - annet
9. Hva brukes som kvalitetssikrende tiltak?
 - Avviksmelding
 - Statistikk og bruk av statistiske data
 - Rutiner / Prosedyrer
 - Rotasjonsordninger
 - Trening på akutte situasjoner
 - Samarbeidsmøter / faglig utveksling
 - Pasienttilfredsundersøkelser
 - Annet

Etikk og juss

10. Som del av spesialisttjenesten underligger avdelingen en rekke etiske og juridiske krav med tanke på hvordan avdelingen drives, hvilke tjenester som tilbys pasientene og hvordan disse helsetjenestene utøves.
 - Likhet
 - Nærhet
 - Sikkerhet/trygghet
 - Kvalitet
 - Like tjenester til alle av god kvalitet til enhver tid

- a. Er det lover/ krav som du synes er vanskelig å innfri ved dagens drift eller som stiller avdelingen ovenfor spesielle utfordringer? (ikke av faglig karakter)
- Organisasjon
 - Prioritering
 - Beredskap
 - Tilbud til pasientene
- b. Opplever du og dine ansatte etiske dilemmaer i utøvelsen av jobben hvor forskjellige krav skal avveies mot hverandre? Kan du si hvilke og hvorfor?
- c. Hvilke muligheter ser du eventuelt for tiltak som kan føre til at disse dilemmaene forsvinner eller antallet minsker.

Utfordringer

11.Hvilke utfordringer ser du i forhold til dagens drift i avdelingen?

- Organisasjon
- Kvalitetssikring
- Rekruttering
- Miljø
- Internt
- Eksternt
- annet

Fremtidsvisjon/muligheter

12.Er det noe du planlegger eller ønsker å forandre i fremtiden?

13.Hvis du hadde hatt mulighet, hva ville du gjort annerledes?

14.Hvilke muligheter ser du for endringer innenfor dagens rammer?

- Organisasjon
- Kvalitetssikring
- Rekruttering
- Økonomi
- Miljø
- Annet

15.Er det andre aspekter som du synes er viktige og bør taes frem, undersøkes nærmere? Hvilke?