



DEN NORSKE
JORDMORFORENING

Den norske jordmorforening
Tollbugata 35, 0157 Oslo

TELEFON 21 02 33 72
FAKS 21 02 33 77
E-POST dnj@jordmorforeningen.no
NETT www.jordmorforeningen.no

The Norwegian Association of Midwives
Tollbugata 35, N-0157 Oslo, Norway

PHONE +47 21 02 33 72
FAX +47 21 02 33 77
E-MAIL dnj@jordmorforeningen.no
WEB www.jordmorforeningen.no

Til

Helse og omsorgsdepartementet

Dato 1702.2015

Høringssvar – Åpent og rettferdig-prioriteringer i helsetjenesten NOU 2014:12

Helse og omsorgsdepartementet har lagt frem et forslag til prioriteringer i helsetjenesten. Den norske jordmorforening(Dnj) takker for muligheten til å uttale seg i en så viktig sak.

Innledningsvis støtter Den norske jordmorforening prioriteringsutvalgets mål om at helsetjenesten skal bidra til å sikre flest mulig leveår for alle, rettferdig fordelt. Prioritering krever ifølge utvalget at valg bør følge prinsipper, kriterier og prosedyrer som innebærer en forutsigbarhet. Gode prioriteringsavgjørelser bør baseres på anbefalinger i nasjonale, kunnskapsbaserte faglige retningslinjer. Dette anser vi som det viktigste virkemiddelet for systematisk å integrere verdier og mål i prioritering. Dnj mener derfor at nasjonale faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere bør utformes både for kommune- og spesialisthelsetjenesten

Utvalget påpeker at det er mange uavklarte spørsmål om prioritering i helsetjenesten. Dnj vil spesielt peke på utfordringene knyttet til forebyggende helsearbeid. I en prioriteringsdebatt bør det forebyggende perspektiv få et mye større fokus. Jordmødre har en nøkkelrolle i arbeidet med forebyggende kvinnehelse i et livsløpsperspektiv. Jordmødre er spesialister på seksuell og reproduktiv helse, inkludert ungdomshelse, svangerskap-, fødsler- og barseltid, og jobber ut fra et helsefremmende og sykdomsforebyggende fokus. Dnj mener derfor at forebyggingsperspektivet bør vektlegges mye sterkere når ressurser skal fordeles i helsetjenesten; dette vil være en viktig samfunnsøkonomisk prioritering.

Den norske jordmorforening(Dnj) har følgende kommentarer til utvalgets innstilling:

Dnj kan ikke se at høringsuttaalelsen om prioriteringer i helsevesenet tar hensyn til den største gruppen av gravide og fødende i Norge, nemlig friske kvinner med normale, komplikasjonsfrie svangerskap og fødsler

Norge er et av verdens tryggeste land å føde i. Kvinner / blivende foreldre har ulike ønsker og forventninger til svangerskap og fødsel. Noen kvinner ønsker å føde sitt barn hjemme (planlagt hjemmefødsel), på en lavrisiko-fødeavdeling eller på en jordmorstyrt fødestue, mens andre vil eller bør være på en høyspesialisert fødeavdeling.

Nyere forskning gjort i Norge / Norden viser at det er helsegevinst for friske gravide med en ukomplisert svangerskap å føde hjemme eller på en lavrisikoavdeling uten teknologiske hjelpemidler. Dette gir færre inngrep og komplikasjoner i forbindelse med fødsel. Denne forskningen har ført til at britiske helsemyndigheter nylig endret sine retningslinjer for fødsel, der det oppfordres nettopp til flere hjemmefødsler eller fødsel på jordmorstyrte enheter (<http://www.nice.org.uk/guidance/CG190>)

En ny doktorgradsavhandling (Stine Bernitz)har også vist at dette lønner seg ut fra et helseøkonomisk perspektiv: Lavrisikofødsler koster langt mindre om de skjer hjemme / på jordmorstyrte enheter enn på fødeavdelinger.

I veileder IS-1877» et trygt fødetilbud» står det om samhandling og helhetlige forløp. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse. Seleksjon av gravide og fødende til rett behandlingsnivå er en viktig oppgave». Dnj mener at slik seleksjon også bør omfatte vurderinger av om kvinnen er i fødsel, når hun bør dra og om hun trenger jordmorfølge til fødestedet. Alt for mange kvinner sendes frem og tilbake mellom hjem og fødested fordi kompetanse / ressurser mangler lokalt. Dette binder dermed opp ressurser i spesialisthelsetjenesten til vurdering og utrykninger.

Etter Dnj´ s syn bør BEON- prinsippet ligge til grunn for prioriteringer både i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Friske gravide og fødende bør ha sin oppfølging på det laveste / beste effektive omsorgsnivå. Den viktigste ressursen for de fleste fødende, uansett hvor de føder, er en tilstedeværende jordmor som har tid til og omsorg for hver enkelt.

Retningslinjer for barselomsorgen viser til at det med redusert liggetid på barselavdelingene har blitt et stort gap i omsorgen for den nybakte familien fordi kommunehelsetjenesten ikke klarer å følge opp med tidlig hjemmebesøk av jordmor. Ressurser bør prioriteres slik at anbefalingene i retningslinjene kan gjennomføres.

I høringsuttaleten legges det stor vekt på antall leveår og at disse skal være gode. Alle nyfødte fødes i dag med ulike potensialer, avhengig av genetiske ressurser og epigenetiske påvirkninger som de er blitt utsatt for i svangerskapet. Derfor vil det være en god ressursbruk å tilby gravide kvinner en tett og god svangerskapsoppfølging som fremmer muligheter til å føde barn med best mulig helseressurser. Ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som overvekt, diabetes og hjerte-karsykdommer er i ferd med å utgjøre en større helserisiko i vestlige land enn andre smittsomme sykdommer. Disse lidelsene påvirker i stor grad det nyfødte barnets helse og ha stor betydning i et livslangt helseperspektiv. Det vil være nyttig å identifisere spesielt sårbare grupper for å tilby best mulig helsehjelp så tidlig som mulig i svangerskapet, eller aller helst før påbegynt graviditet.

Helseministeren har presisert at fødsler skal være gratis for alle, uansett rettigheter. Den norske jordmorforening ønsker å presisere at den type hjelp også skal gjelde svangerskapsomsorgen. Det påpekes i høringsnotatet at alle har lik rett til helsehjelp uten at det presiseres hvem alle er. Vi ønsker å påpeke at dette skal gjelde foreldre uten opparbeidete rettigheter. For at barn skal vokse opp og bli friske og sunne er det viktig at foreldrene er friske. Dette gjelder ikke minst psykisk helse.

Når det gjelder over- under diagnostisering eller behandling, vil Dnj peke på følgende liste:

- Screening ved tidlig ultralyd i tillegg til den vi har pr. i dag
- Innkomst CTG av alle fødende
- Kontinuerlig fosterovervåkning av alle fødende
- Induksjoner uten medisinsk grunn
- Overforbruk av rstimulerende drypp uten påvist protraherte forløp
- Blodgassanalyse av navlesnor i alle fødsler (brukes ikke til behandling)
- Tidlig avnavling, spesielt av nyfødte med risiko

Med vennlig hilsen

Kirsten Jørgensen, Leder i Den norske jordmorforening

