



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Dato: 17. januar 2011

Deres ref.: 201003835-/RAGS Vår ref.: MH

Høring: Forslag til ny folkehelselov– Samhandlingsreformen

Vi viser til brev av 18. oktober 2010 der Helse- og omsorgsdepartementet sender på høring forslag til ny folkehelselov. Den nye loven vil sammen med forslaget til ny helse- og omsorgslov erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Høringsfristen er 18. januar 2011, og vi takker for muligheten til å komme med våre kommentarer og innspill.

Den norske jordmorforening (Dnj) har sendt forslaget til nye lover ut på intern høring i organisasjonen. Våre tillitsvalgte i helseforetak, kommuner og fylkesforeningene er invitert til å gi sine kommentarer. Sentralstyret har gjort en samlet vurdering, og det er på grunnlag av denne behandlingen vi gir Dnj`s samlede innspill til lovforslaget.

Dnj ønsker innledningsvis å poengtere at vi er positive til intensjonene om å følge opp St.meld.nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform.

Dnj støtter intensjonene med ny folkehelselov som Departementet beskriver i høringsnotatet, og prinsippet ”helse i alt vi gjør”. Utjevning av sosiale forskjeller i helse og levekår er en stor

samfunnsmessig utfordring. En egen folkehelselov med ansvarsfordeling for kommuner, fylkeskommuner og sentrale helsemyndigheter vil kunne bidra til at folkehelsearbeid får mer oppmerksomhet og større gjennomslagskraft.

Enda sterkere fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid

Dnj skulle imidlertid ønske et enda sterkere fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid. Ottawa-charteret fra 1986 definerer helsefremmende som ”den prosess som gjør folk i stand til å ta kontroll over eller bedre sin helse”, og er det første dokumentet som omhandler ”Health Promotion”. Charteret utviklet forebyggingsperspektivet fra passiv helseopplysning til helsefremmende arbeid. Sentralt i charteret var å sette enkeltmenneskene i stand til å treffe helseriktige valg, det vil si å gi mennesker reell medinnflytelse og valgmuligheter. I helsefremmende terminologi heter dette empowerment, eller brukermedvirkning på individnivå.

Svangerskapsomsorg for friske gravide inngår som en del av kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid. Gravide kvinner er en gruppe som befinner seg i en periode av livet hvor muligheten for å motivere til livsstilsendringer kan være stor. Ved å informere og følge opp gravide og deres partnere, har jordmødre en unik mulighet til å nå hele familien. Det er viktig at svangerskapsomsorgen ikke blir passiv helseopplysning, men utformet slik at den setter den enkelte gravide og hennes familie til å treffe helseriktige valg. Det gjøres ikke ved hjelp av moralske formaninger, men ved hjelp av dialog og saklig, kunnskapsbasert informasjon.

Psykisk helse i svangerskap og barseltid

Selv om de fleste gravide og nybakte mødre i utgangspunktet er friske, ser vi at utfordringene i den kommunale svangerskaps- og barselomsorgen er økende. Antall kvinner med fødselsangst ser ut til å øke, og risikoen for psykose i barselperioden er 20-25 ganger større enn ellers i livet. Det er viktig å finne de som er i risikozonen.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjorde i 2005 en systematisk kunnskapsoversikt over kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap og første året etter fødsel (Rapport 02-2005). Rapporten oppsummerte forskning om effekten av ulike tiltak for å forebygge og/eller behandle depressive symptomer, depresjon og angst. Begrepet depresjon er brukt vidt, og rapporten inkluderer forskning om effekt av tiltak både på depressive symptomer og mild, moderat og alvorlig depresjon.

Svangerskap, fødsel og tiden etter fødsel er en overgangsfase i livet med forandringer og utfordringer. I denne perioden av livet står glede og forventning i fokus, men den inneholder også fysisk og psykisk belastning. Skillet mellom hva som er en naturlig reaksjon på en stor endring i livet og hva som er sykkelig, er ikke alltid enkelt. Psykisk sykdom under svangerskapet og i tiden etter fødsel (inntil 12 måneder) representerer lidelser av varierende alvorlighetsgrad og betyr mye for mors velbefinnende, utvikling av mor–barn-relasjonen og for hele familien.

Kunnskapsoppsummeringen viste følgende:

- Det er lite hensiktsmessig med generelle forebyggende psykososiale tiltak for alle gravide og nybakte mødre. Derimot har man funnet gunstig effekt av tiltak rettet mot kvinner med økt risiko for å utvikle depressive symptomer etter fødsel.
- Intensive og fleksible hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor, tilpasset den enkelte kvinnes behov, kan fremme mental helse og gi lavere forekomst av depresjon etter fødsel.

Diss konklusjonene underbygger behovet for å styrke jordmortjenesten i kommunene. Vi må finne de som har økt risiko for å utvikle depressive symptomer etter fødsel. Dette kan gjøres ved å benytte et EPDS- skjema allerede i svangerskapet. Jordmor må i tillegg reise på hjemmebesøk etter fødsel i tråd med de politiske og faglige føringene.

Livsstilssamtaler i svangerskapet

Alkoholforbruket i Norge er økende både hos kvinner og menn. Men i følge Folkehelseinstituttet (Rapport 2010: 2) er det særlig unge kvinner som har økt sitt alkoholforbruk de siste 10-12 årene. I tillegg misbruker svært mange ulike former for rusmidler og legemidler. Skadevirkningene er godt beskrevet for alkohol, men dokumentasjonen er mer usikker for andre stoffer som gir rus.

Under punkt 13.3.2, foreslås det at informasjon om alkohol under graviditet bør inngå i skolehelsetjenestens /skolens arbeid. Dnj vil poengtere at denne type informasjon erfaringsmessig må gjentas. Det holder ikke å informere kun i skolehelsetjenesten. Gravide og deres partnere må informeres om alkoholens virkninger på det ufødte barnet. Gjerne allerede når de planlegger graviditeten.

Fortsatt er det mange gravide som røyker i graviditet. I dag gjelder dette nærmere 1 av 10 gravide ved svangerskapets slutt.

Det er viktig at helsepersonell tør å starte en dialog med den gravide angående livsstil og risikofaktorer. Jordmor har en unik mulighet i den sammenhengen.

I Sverige startet de opp et program i svangerskapsomsorgen for noen år tilbake hvor jordmødrene tilbyr de gravide en livsstilssamtale tidlig, rundt svangerskapsuke 6-8. Der går de sammen i gjennom kjente faktorer som alkohol, andre rusmidler, tobakk, fysisk aktivitet osv. De bruker ”motiverende samtale” som teknikk, og prøver å sette fokus på positive faktorer for mor og barn. Erfaringen fra denne ekstra screeningen, er veldig positive. Ikke minst på alkoholforbruk i svangerskapet. Nå er tilbudet utvidet til å gjelde alle gravide i Sverige. Ett tilsvarende tilbud bør vurderes i svangerskaps- og barselomsorgen i Norge.

Profesjonsnøytralitet

Dnj er imidlertid sterkt bekymret for forslaget om profesjonsnøytralitet som fremkommer i forslaget til ny helse- og omsorgslov. Slik det er utformet kan det skape usikkerhet om hva som er tilstrekkelig kompetanse i utførelsen av enkelte tjenester.

I høringsnotatet til ny kommunal helse- og omsorgslov beskrives det at svangerskaps- og barselomsorgstjenester kan ytes av allmennlege/fastlege, på helsestasjon, hos jordmor ansatt hos lege eller hos privatpraktiserende jordmor. Videre beskrives oppgavene som er tenkt ivaretatt av svangerskaps- og barselomsorgstjenestene, og betydningen av jordmorkompetanse vektlegges. Forskrift av 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, videreføres med hjemmel i ny lov. I følge forskriften skal kommunen fortsatt tilby svangerskapskontroller i tilknytning til helsestasjonen i framtiden. Det beskrives også delvis hva tilbudet til gravide skal omfatte. I lovteksten fremkommer det imidlertid ikke noen krav til fagkompetanse for å yte denne tjenesten. Forskriften omtaler heller ikke behovet for konkrete faggrupper eller kompetanse på helsestasjonen. Kommunens plikt til å ha tilknyttet jordmor videreføres ikke fra kommunehelsetjenesteloven. Dette bekymrer oss.

Reduksjon av sosiale helseforskjeller

Kommunene er svært ulike når det gjelder størrelse, egenart og ikke minst, økonomisk

handlingsrom. Allerede i dag møter innbyggere i landets kommuner et svært ulikt helse- og omsorgstilbud. Erfaringsmessig prioriterer kommunene de tjenester som er lovpålagt først.

Samhandlingsreformens overordnede målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon, støttes

Svangerskap og fødsel er i utgangspunktet normale begivenheter. For å sikre god ressursutnyttelse og en sammenhengende tjeneste, må jordmødre kunne gi et tilbud som utnytter deres samlede kompetanse og støtter helhetlige pasientforløp. Viktige oppgaver i svangerskapsomsorgen er i tillegg til den medisinske undersøkelsen å informere om normale fysiologiske forandringer og forberede til fødsel, amming og foreldrerollen.

Forebygging av uønskede svangerskap og aborter

Helsesøstre og jordmødre i kommunal helsestasjons- og skolehelsetjeneste med særlig kompetanse på samliv, seksualitet og prevensjon, fikk i 2002 rett til å rekvirere p-piller til kvinner i alderen 16 tom 19 år. I 2006 ble rekvireringsretten utvidet slik at den i dag omfatter p-piller, p-sprøyte, p-plaster og p-ring til samme aldersgruppe.

Det har lenge vært arbeidet for en ytterligere utvidelse av denne rekvireringsretten.

Ordningen er både tungvinn og lite logisk. Hva er meningen med at det kun er trygt å la jordmødre rekvirere p-piller til jenter i alderen 16 – 19 år? Og det bare når de befinner seg på helsestasjonen?

Helsedirektoratet oppsummerte allerede i 2004 at rekvireringsretten bør utvides og at ordningene bør knyttes til profesjon og ikke til et begrenset arbeidssted. I 2008 går direktoratet enda lenger. Rekvireringsretten foreslås utvidet til å gjelde alle kvinner i fertil alder under forutsetning av dokumentert kompetanse. Dette gjelder spesielt anbefalinger om prevensjon til kvinner over 35 år. Rekvireringsretten foreslås utvidet til alle typer hormonelle prevensjonsmidler, men tar forbehold om spiral og implantat (p-stav). Imidlertid så anbefales det en tidsavgrenset forsøksordning i enkelte fylker der helsesøstre og jordmødre med dokumentert teoretisk utdanning og praksis kan rekvirere og sette inn implantat (p-stav), og at jordmødre med tilsvarende dokumentert utdanning for spiral kan rekvirere og praktisere denne metoden.

Helsedirektoratet la i sin rapport vekt på internasjonale anbefalinger og kunnskapsoppsummeringer. Erfaringer fra land hvor utvidet rekvireringsrett på hormonell prevensjon praktiseres av flere ulike helsepersonellgrupper er også med.

Fra 2005 ble kvinnehelse og prevensjon integrert i jordmorutdanningen, mens en rekke jordmødre med eldre utdanning har deltatt på etterutdanningskurs de siste årene. Dette er viktige tiltak i arbeidet med å sikre brukerne et godt og forsvarlig lavterskeltilbud.

Tilgjengelighet er alfa og omega når det gjelder utsatte gruppers tilgang til prevensjon.

I Statsbudsjettet for 2011 står følgende: Helsedirektoratet har foretatt en vurdering av spørsmålet om å utvide jordmødres og helsesøstres rett til å forskrive hormonelle prevensjonsmidler, jf. flertallsmerknaden i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007). Direktoratet anbefaler at rekvireringsretten utvides til alle kvinner i fertil alder. I Statsbudsjettet for 2011 poengteres det at Departementet vil følge opp anbefalingene på egnet måte.

Dnj venter spent på denne oppfølgingen.

Jordmødre er spesialister på svangerskaps-, fødsel og barselid. Jordmødre har også annen kompetanse som kvinne- og ungdomshelse. Det er viktig å utnytte den ressursen jordmødre er i forbindelse med kvinne- og ungdomshelse.

Styrking av jordmortjenesten

Et enstemmig Storting vedtok den 28. mai 2009 at jordmortjenesten skal styrkes både når det gjelder kvalitet og kvantitet. Vedtaket bygger bl.a. på en erkjennelse av at dagens kommunale jordmortjeneste ikke er tilstrekkelig. Regjeringen har ikke fulgt opp Stortingets vedtak om å styrke jordmortjenesten. Det ble ikke avsatt midler i Statsbudsjettet for hverken 2010 eller 2011. Dette må gjøres noe med. Jordmortjenesten er en viktig ressurs i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid. Jordmortjenesten må styrkes i tråd med Stortingets vedtak.

”LEON-prinsippet” har vært fremhevet i mange sammenhenger, ”laveste effektive omsorgsnivå”. I Samhandlingsreformen, er dette snudd om til ”BEON-prinsippet”, ”beste effektive omsorgsnivå.” Når samhandlingsreformen skal implementeres og kommunene innta en ny framtidig kommunerolle, er det viktig å se på hvem som faktisk kan gjøre hva. Ikke ut fra en minstenorm, men ut fra hvilken faglig kompetanse som må til for å utføre de

enkelte oppgavene. Jordmødrene kompetanse må utnyttes, også jordmødrenes kompetanse på kvinnehelse.

Målene i Samhandlingsreformen skal realiseres gjennom et sett av flere virkemidler. Arbeidet med den videre utformingen av virkemidler vil være avgjørende for i hvilken grad Samhandlingsreformen blir vellykket sett i forhold til de målene som er fastsatt.

Vi ønsker Helse- og omsorgsdepartementet lykke til med det videre arbeidet.

Vennlig hilsen

Den norske jordmorforening

Marit Heiberg

Leder