



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Dato: 17. januar 2011

Deres ref.: 200903950-/ATG Vår ref.: MH

Høring: Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester – Samhandlingsreformen

Vi viser til brev av 18. oktober 2010 der Helse- og omsorgsdepartementet sender på høring forslag til en felles kommunal helse- og omsorgslov. Den nye loven vil sammen med forslaget til ny folkehelselov erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Loven vil også gi endringer i andre lover, bl.a. pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven.

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 ny lov ut på intern høring i organisasjonen, slik at vi får et bredest mulig grunnlag for å gi innpill. Våre tillitsvalgte i helseforetak, kommuner og fylkesforeningene er blitt 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. Vi ser også nødvendigheten av å harmonisere lovverket.

Dnj har imidlertid en rekke kommentarer til forslagene som fremkommer i høringsnotatet.

Den norske jordmorforenings overordnede innspill til lovforslaget:

- Dnj støtter forslaget om en felles kommunal helse- og omsorgslov.
- Dnj er sterkt kritisk til forslaget om profesjonsnøytralitet.
- Dnj poengterer at kompetansekrav i svangerskaps- og barselomsorgen må konkretiseres i form av forskrift eller lov.
- Dnj støtter forslaget om å regulere kommunens overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester som et "sørge-for-ansvar".
- Dnj mener det bør opprettes et nasjonalt uavhengig tvisteorgan som kan vurdere ansvar og rollefordeling ved prinsipiell uenighet mellom kommunale og statlige myndigheter.
- Dnj støtter forslaget om å samle pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i pasientrettighetsloven.
- Dnj mener forsvarlighet ikke kun er en betegnelse på en kvalitetsmessig minstenorm.
- Dnj etterlyser utprøving av ulike finansieringsmodeller for gjennomføringen av samhandlingsreformen.
- Dnj etterlyser en overordnet beskrivelse av krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon.
- Dnj støtter forslaget om en meldeordning som skal være et læresystem.
- Dnj støtter forslaget om en styrking av forskning og kompetanseheving i kommunene.
- Dnj støtter fokuset på det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene.
- Dnj krever at jordmortjenesten styrkes i tråd med Stortingets vedtak av 28. mai 2009.

Profesjonsnøytralitet

Dnj er sterkt bekymret for forslaget om profesjonsnøytralitet. Slik det er utformet kan det skape usikkerhet om hva som er tilstrekkelig kompetanse i utførelsen av enkelte tjenester.

I høringsnotatet 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.

Jordmortjenesten i kommunene har hatt trange vilkår gjennom mange år. Dette til tross for at det har vært politiske og faglige føringer for å bygge opp tjenesten de siste 25 årene. I Norge har det historisk vært tradisjon for at allmennlegene har stått for svangerskapsomsorgen, i motsetning til Sverige og Danmark hvor omsorgen siden 1930-tallet har vært jordmødrenes oppgave. I 1982 ble det imidlertid publisert en undersøkelse som viste at Norge kom

dårligere ut når det gjelder perinatal dødelighet enn våre naboland som det var naturlig å sammenligne seg med. Dette førte til utredningen NOU 1984; 17 Perinatal omsorg i Norge. Jordmors spesifikke kompetanse på svangerskap, fødsel og barseltid ble her fremhevet som sentral for en kvalitativt god svangerskapsomsorg, og det ble anbefalt at den kommunale jordmortjenesten burde styrkes.

Det var imidlertid få jordmødre igjen ute i kommunehelsetjenesten etter at de fleste fødslene var flyttet inn på sykehusene, og helsestasjonen var ikke pålagt å ha svangerskapsomsorg. Styrkingen av jordmortjenesten uteble. Den kommunale jordmortjenesten ble derfor lovfestet med virkning fra 1. januar 1995 for å ”sikre nødvendig faglig nivå på svangerskapskontrollen” (Ot.prp.nr.60 (1993-94) og rundskriv 1-14/95). Etter at jordmortjenesten i kommunene ble lovpålagt, økte antall jordmorhjemler. En kartlegging av jordmortjenesten i 2003 viste imidlertid at tilbudet var geografisk skjevfordelt, og at det fortsatt var mangelfull dekning. Denne beskrivelsen er i overensstemmelse med dagens situasjon. Jordmortjenesten er fortsatt mangelfull. Størst utfordringer er det i sentrale strøk med mange gravide og i distrikter med store avstander.

Til tross for tiltakene som har vært gjennomført for å stimulere kommunene til å styrke den lokale jordmortjenesten, er ikke dagens jordmorkapasitet i svangerskapsomsorgen tilstrekkelig. I St.meld.nr 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, foreslås det bl.a. at jordmortjenesten i kommunene skal kunne bidra til en bedre barselomsorg for brukerne ved å overta deler av ansvaret. Dette er også gjentatt i Helsedirektoratets to rapporter ”Utviklingsstrategi for jordmortjenesten” og ”Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen” fra 2010. Her pekes det på at et differensiert fødetilbud bl.a. medfører differensiert barselomsorg. Barseltiden for friske kvinner med normale fødsler skal skje lokalt i kommunene. Det stilles krav til en faglig forsvarlig barselomsorg. Kvalitetskravene poengterer at dersom kvinnen reiser hjem innen det første døgnet etter fødselen, krever det kompetanse på fødsel hos det helsepersonellet som skal ha ansvar for oppfølgingen de første dagene. Jordmødre har kompetanse på fødsler. Lokal jordmortjeneste skal og må ha en sentral rolle i oppfølgingen i barseltiden.

Fra gravide og fødende har det vært hevdet at tjenesten framstår som fragmentert og lite sammenhengende. Brukerne etterspør stadig mer jordmortjenester. Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen fra 2005 anbefaler at svangerskapsomsorg gis av enten jordmor eller lege, eller et samarbeid mellom jordmor og lege. Og kontinuitet i tjenesten fremheves som viktig.

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.

Jordmødre har fem års utdanning på høyskolenivå og mye kompetanse. Vi er spesialister på svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, men har også kompetanse på andre områder som for eksempel prevensjon og kvinnehelse. Dette bør kommunene utnytte.

En av de største utfordringene, slik vi ser det, er den utstrakte bruken av deltidsstillinger. Jordmortjenesten fremstår i mange kommuner som ”alibitilbud” snarere enn som et reelt og tilstrekkelig tilbud til gravide, nybakte mødre og deres familie. Dette er en stor utfordring når det gjelder vedlikehold av kompetanse. Det er også en utfordring når det gjelder rekruttering. Viktigheten av ”robuste fagmiljøer” er fremhevet i flere sammenhenger. Dnj er meget bekymret for jordmortjenestens framtid i kommunene.

Kommunene har allerede i dag mange krevende faglige oppgaver. Lovforslaget som foreligger tar sikte på å øke oppgavene både i omfang og kompleksitet. Dette innebærer at kommunen trenger nødvendig fagkompetanse både til tjenestene som skal ytes, og til å vurdere hva som mangler av kompetanse for å løse helse- og omsorgsoppgavene. Tjenestene må derfor gis et så tydelig innhold at det kan avledes hvilken kompetanse som er nødvendig for å utføre oppgavene. Dette kan gjøres i lov eller i forskrift. For jordmortjenesten må det vurderes om det i forskrifts form bør konkretiseres kompetansekrav, på tilsvarende eller tilnærmet måte som gjeldende forskrift om legemiddelhåndtering.

Vi støtter forslaget om at tilbudet til gravide på helsestasjonen videreføres, men omsorgen må utføres av personell med rett kompetanse slik at tjenestene som ytes er forsvarlige. 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 må styrkes i tråd med Stortingets vedtak.

”Sørge-for-ansvar” og organisasjonsnøytralitet

Dnj støtter i prinsippet forslaget om å regulere kommunens overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester som et ”sørge-for-ansvar”. Dette kan gjøre ansvaret tydelig og det samsvarer med regulering av ansvar for spesialisthelsetjenesten. I høringsnotatet presiserer det at begrepet ”sørge for” pålegger kommunen ansvaret for at tjenestene gjøres tilgjengelige for de som har rett til å motta tjenester. Kommunene skal fortsatt kunne velge om de ønsker å utføre de nødvendige tjenestene selv eller inngå avtale om dette med andre. Dette støtter vi. Når det gjelder jordmortjenester, så tilsier imidlertid vår erfaring at det er marginalt antall kommuner som ønsker å inngå denne type samarbeid med privatpraktiserende jordmødre. Dette til tross for at det lovmessig ble åpnet for denne muligheten i 2004.

Verken i lov eller i høringsnotatet er rolle og ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten imidlertid tydelig nok beskrevet. Slik vi ser det, kan det føre til konflikter som kan være vanskelig å løse på egenhånd. Det bør derfor

vurderes å opprette et nasjonalt uavhengig tvisteorgan som kan vurdere ansvar og rollefordeling ved prinsipiell uenighet mellom kommunale og statlige myndigheter.

Høringsnotatet gir også lite veiledning om det konkrete innholdet i tjenestene. I høringsnotatet kommer det også frem at departementet ikke ser det som ønskelig med en forskrifthjemmel som skal gi bestemmelser om organisering, og at gjeldende forskrifter vil bli foreslått endret i lys av forslaget om en mer organiseringsnøytral lov. Heller ikke andre krav i loven, som krav til forsvarlighet og krav om internkontroll, gir tilstrekkelig veiledning for kommunene om det konkrete innholdet i tjenestene.

Forslaget kan synes å gjøre det vanskeligere for kommunene å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine tjenester slik at omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift, og å sikre nødvendig kompetanse. Det er heller ikke gitt føringer om hvem eller på hvilket nivå i kommunen vurderingen av kompetanse skal skje. Det kan ikke anses forenlig med de utfordringer samhandlingsreformen vil gi kommunene når disse får et økt ansvar for å håndtere et større antall av brukere og pasienter med sammensatte og kompliserte tilstander og diagnoser.

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. Vi vurderer at en konkretisering av tjenestenes innhold i forskrifts form derfor er nødvendig for å unngå økte forskjeller mellom kommunene. Erfaringsmessig prioriterer kommunene de tjenester som er lovpålagt først.

Et av virkemidlene i Samhandlingsreformen har vært angitt som behovet for en sterkere styring av fastlegene. I lovforslaget er det ikke foreslått endringer i ordningen. Lovforslaget gir i seg selv ingen bedret legetjeneste i kommunene, selv om det kan komme gjennom revisjon av fastlegeforskriften.

Følgetjeneste for gravide/fødende

Ansvar for følgetjenesten og nødvendig beredskap for gravide og fødende ble overført til de regionale helseforetakene fra 1.januar 2010. Derfor er følgetjenesten ikke omtalt i høringsnotatet. Men det mangler fortsatt forpliktende avtaler mellom helseforetak og kommuner om beredskap og følgetjeneste. Det er heller ikke etablert noen tilfredsstillende beredskap for vurdering av om en kvinne er fødsel, og om hun kan trenge følge av jordmor under transporten. Slik det nå fungerer, må fødeavdelingene på kort varsel stille med personell som kan følge i ambulanse som kalles ut for å møte fødende kvinner som antas å ikke rekke inn til fødeavdelingene i tide. Dette er faglig uforsvarlig, både for kvinnene og for fødeavdelingene. Dette er et eksempel på at et tilbud blir tatt bort uten at det etableres noe som skal erstatte det. Dette skaper utrygghet for fødekvinnene og deres familier, og det tapper fødeavdelingene for personell, ofte i situasjoner der bemanningen er på et minimum fra før (natt, kveld og helg).

Det kan se ut som om helseforetak nå vurderer å la ambulansesjåfører overta denne oppgaven. Det vil vi på det sterkeste advare mot. Vi vil poengtere at det fortrinnsvis er jordmor som har den kompetanse som skal til for å skape en trygg og sikker følgetjeneste for fødende med lang reisevei til fødeinstitusjonen. Helsedirektoratet slår i de nye kvalitetskravene til fødeinstitusjoner fra 2010 fast at følgetjenesten med vaktberedskap skal omfatte jordmor eller lege med tilstrekkelig kompetanse innen fødselshjelp. For å sikre at gravide og fødende i helseforetakenes ansvarsområde har en forsvarlig følgetjeneste, vil det være nødvendig for foretakene å inngå avtaler med kommuner om en lokal vaktberedskap. Behovet for følgetjeneste vil øke i fremtiden, når de nye kvalitetskravene vil medføre en reduksjon i antall fødeinstitusjoner i Norge. Det er viktig at det da legges vekt på tilstrekkelig faglig kompetanse. Den kommunale jordmortjenesten kan etter avtale med helseforetak få ansvar for vaktberedskapen.

Pasient- og brukerrettigheter

Lovforslaget innebærer at pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres, men at de samles i pasientrettighetsloven. Dette støtter vi. Det skal være lett å sette seg inn i hva spesialisthelsetjenestens og kommunens helse- og omsorgstilbud skal omfatte, hvilke rettigheter den enkelte har og hvordan rettigheter skal oppfylles.

Krav til forsvarlighet

Dnj oppfatter lovforslaget slik at kravet til forsvarlighet blir en betegnelse på en kvalitetsmessig minstenorm eller minstestandard. Det er vi skeptiske til. Forsvarlighet må sees opp mot begrepet ”god praksis” og ikke som en grenseverdi mot det ulovlige.

Når det gjelder krav til forsvarlighet, vil vi understreke behovet for et sterkere krav til forsvarlighet på system- og virksomhetsnivå. Tjenestene skal holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Alle virksomheter skal pålegges å drive systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten. Dnj er positive til at det innføres krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid.

Dnj mener det må utarbeides spesifikke krav til kvalitet og funksjon i den kommunale svangerskaps- og barselomsorgen. Et forslag til kvalitetsindikator, kan for eksempel være hvor mange av kvinnene som ønsker å motta svangerskapsomsorg fra jordmor som får ønsket sitt oppfylt. En enslig samtale med jordmor før fødsel er ingen oppfylting av en slik indikator.

Meldeordning

Det foreslås å endre meldeordningen etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 slik at ordningen blir et rent læresystem. Vi støtter tanken om at hovedformålet må være at vi lærer av situasjonen. Hensikten er å forebygge faglig uforsvarlig yrkesutøvelse. Helsetilsynet bør imidlertid ha ansvaret for tilsyn i fylkene. Adgangen til å fatte og oppheve vedtak må videreføres.

Økonomi

Lovforslaget kan medføre betydelig økte utgifter på en kommuneøkonomi som i utgangspunktet er marginal. Finansieringen av fastlegeordningen er et eksempel. Det lanseres en tanke om en 50/50 fordeling av basistilskudd/takster. Spørsmålet er hvorvidt det fører til en styrking av fastlegeordningen i kommunene, slik ønsket fra Samhandlingsreformen legger opp til. Spørsmålet er også hvorvidt kommunenes økte medfinansieringsansvar for fastlegeordningen vil kreve tilsvarende reduksjon på andre områder, for eksempel svangerskaps- og barselomsorgen.

Som lovforslaget selv omtaler, er jordmortjenesten i dag finansiert via takstsystemet. Når man ser tilbake på den historiske utviklingen av antall stillingshjemler i kommunenes helsetjenester, kan det se ut til at jordmortjenesten er den som desidert er minst utviklet over tid. Det beskrives i lovforslaget hvordan fysioterapitjenesten var den delen av kommunehelsetjenesten som hadde vist den mest positive utviklingen med hensyn til å prioritere forebyggende, habiliterende og rehabiliterende oppgaver. Årsaken var økt fastlønnstilskudd som ga kommunen anledning til å ansette fysioterapeuter som skulle prioritere disse oppgavene. Ved helsestasjonene er jordmødrene i dag avhengig av å skrive takster for sitt arbeid. Takstene for jordmor ved helsestasjon er sterkt begrenset både i antall og størrelse. Det bør prøves ut forskjellige finansieringsmodeller for helse- og omsorgstjenestene, og da spesielt i svangerskaps- og barselomsorgen. Interkommunalt samarbeid bør også vektlegges.

Først når finansieringen av bestemmelsene i lovforslaget er kjent vil en kunne si om forslagene bidrar til å oppnå målsettingen i Samhandlingsreformen. Målet må være en felles faglig standard over hele landet. Det kan ikke være kommunens økonomi som skal være førende for hvorvidt gravide og nybakte mødre får et faglig forsvarlig omsorgstilbud lokalt.

Det er behov for betydelig større grad av konkretisering av størrelsesorden på økonomiske virkemidler. Man vil ikke kunne hente ut gevinst for overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene fra dag en. En forutsigbar opptrapping må til i kommunene, og det må tas hensyn til både den økonomiske "pukkeeffekten" og de økte administrative oppgavene som må løses. I en overgangsfase må det derfor overføres mer penger til kommunene som "smøring" for å stimulere til ansvarsovertakelse, enn det fra dag en kan spares inn i spesialisthelsetjenesten.

Et eksempel på en oppgave som planlegges overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, er ansvaret for barselomsorgen. I realiteten har helseforetakene allerede redusert liggetiden på barselavdelingene betraktelig pga behov for økonomiske innsparinger. Hvis helseforetakene velger å definere den nybakte moren og det nyfødte barnet som "utskrivningsklare" kort tid etter fødsel, vil kommunehelsetjenesten være forpliktet til å overta ansvaret fra dag en. Dette må planlegges nøye, og kommunene må sikres økonomisk kompensasjon.

Elektronisk samhandling

Før krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres, er det nødvendig at det utarbeides en overordnet beskrivelse av de ulike elementer som må på plass for å kunne kommunisere elektronisk. Den nasjonale infrastrukturen for elektronisk samhandling bør være statlig fullfinansiert for å sikre tilstrekkelig framdrift i etableringen.

Det er i dag en utfordring at helsestasjonene ikke i tilstrekkelig grad er tilknyttet systemer for elektronisk samhandling. Dette vanskeliggjør samhandling og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det vanskeliggjør også det tverrfaglige samarbeidet mellom aktørene i svangerskaps- og barselomsorgen i kommunene. Dette må sikres. Alle aktører må dessuten opp på et nødvendig teknologisk minimumsnivå.

Arbeidet med å utarbeide nasjonale løsninger for det elektroniske helsekortet for gravide har for eksempel pågått over lang tid og det foreligger, så vidt oss bekjent, ingen konkrete planer for hvordan dette skal implementeres i den nasjonale IKT-”pakken” ennå. Vi vil også påpeke utfordringen elektronisk samhandling er for yrkesutøvere som ikke er tilknyttet en arbeidsgiver. Et eksempel på dette, er jordmødre som tar på seg ansvaret for hjemmefødsler. De fleste av dem har ikke hjemmefødsler som sin hovedinntektskilde, men arbeider også i kommunen eller i helseforetak. Det er en utfordring for disse å knytte seg til dyre elektroniske systemer, når de har et fåtall hjemmefødsler per år.

Forskning

Forskning på helse- og omsorgstjenester i kommunene er ikke tilstrekkelig. Fremtidens helsetjeneste i kommunene må styrkes ved vesentlig mer forskningsbasert kunnskap om virkningen av tjenestene. Kommunenes ansvar for forskning må derfor få en tydeligere plass i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kommunene. Kommunene må få rammebetingelser for å styrke arbeidet med forskning og fagutvikling på kommunalt nivå. For å få til forskning i praksis bør det arbeides for å etablere et formalisert samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner.

Kompetanseheving

Dnj's faglig-etiske utvalg (FEU) har det siste året arbeidet med å lage et forslag til program for etterutdanning og kompetanseheving for jordmødre. Det eksisterer i dag ingen formelle krav til jordmødre om eksempelvis et visst antall timer i året med relevante kurstimer, kun et krav i helsepersonelloven om at yrkesutøvelsen skal være i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Flere andre autonome yrkesgrupper har allerede pliktig etterutdanning, eksempelvis spesialister i allmennmedisin, advokater, revisorer, tannleger og fysioterapeuter. Det varierer om resertifiseringskravet er nedfelt i lov/forskrift, er medlemsinternt eller er en anbefaling fra fagforeningen. Britiske jordmødre må for eksempel årlig dokumentere et visst antall timer oppdatering/trening på ulike situasjoner for å ha lov til å praktisere videre som jordmødre.

FEU's forslag til etterutdanningsprogram for jordmødre var på intern høring blant organisasjonens tillitsvalgte i desember 2009, og det var i tilbakemeldingene bred enighet om at et slikt program måtte være:

Pliktig: Dette gjelder både for den enkelte jordmor, samt for arbeidsgiver i forhold til tilrettelegging og finansiering. Det er i alles interesse at jordmødres yrkesutøvelse er oppdatert og i henhold til beste praksis.

Planlagt: Her menes at programmet må gjentas med jevne mellomrom, vårt forslag er fem sammenhengende dager hvert femte år.

Systematisk: Det må stilles krav om et visst antall timer med relevante kurs og/eller selvstudier i året de mellomliggende årene. Videre må dette godkjennes av relevant instans, eksempelvis fagutviklingsjordmor.

Den norske jordmorforening ser gjerne at et obligatorisk etterutdanningskrav for jordmødre lov- eller forskriftsfestes. En rapport fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten om "Utvikling av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten" anbefaler at det er nødvendig både med systematisk oppdatering av fagkunnskap og økt kompetanse innen kvalitetsarbeid. Slik vi ser det, understøtter denne rapporten en obligatorisk etterutdanning for jordmødre.

Den praktiske gjennomføringen av "femårsprogrammet" tenkes lagt til jordmorutdanningene, men det vil nødvendigvis medføre noen kostnader med ekstra lærerkrefter, reise og opphold for deltakerne. Utgiftene til obligatorisk etterutdanning skal ikke måtte dekkes av den enkelte jordmor. Det knytter seg videre usikkerhet til hvem som skal ha godkjenningsmyndighet i forhold til selvvalgte kurs/selvstudier. Det vil være fordelaktig for alle parter at man finner en mest mulig fleksibel og enkel løsning. Programmet bør testes ut i et begrenset omfang før det evt. gjøres obligatorisk. Dnj vil ta kontakt med helsemyndighetene om økonomisk støtte til en slik prøveordning. Det må avsettes økonomiske midler til systematisk kompetanseheving i kommunene. For å sikre hver enkelt yrkesutøvers kompetanseheving, må det lages individuelle kompetanseplaner for hver enkelt.

Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

Dnj støtter forslaget om at kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid beskrives mer konkret. Vi skulle imidlertid ønske oss et enda mer fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid. 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.

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. Gravide er også en mer sammensatt gruppe enn før når det gjelder etnisitet, kultur, alder osv.

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.

I Sverige startet de opp et program i svangerskapsomsorgen for noen år siden 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.

Samhandling

Lovforslaget skal sikre bedre samhandling innad i kommunen og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. 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. Målene med samhandlingsreformen er økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet og mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsløp.

”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 reformen 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