

Helse og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Your ref.:

Our ref.:

Bergen 07.11.2007

Vedrørende problemnotatet: Nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Innspill fra Kvinneklirikken, HUS.

Vi takker Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for anledningen til å komme med innspill til problemnotatet vedr nasjonal strategi for svangerskaps- fødsels og barselomsorgen i Norge. Notatet skal munne ut i en nasjonal strategi for en helting plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Ved en nøyte gjennomgang av notatet, datert 24.09.07, er det vanskelig å ikke stille seg uforstående til den virkelighetsbeskrivelse som gis, og undrende til de forslag man mener skal gjøre vår svangerskaps, fødsels- og barselomsorg bedre. Imidlertid er det viktigste i notatet slik vi ser det, at HOD legger opp til en reversering av de små fødeenhetene til fødestuer, dvs at "Faglige krav til fødeinstitusjoner" - ikke lenger skal være styrende for organisering av norsk fødselsomsorg. Det brukes faglige argumenter slik som risiko for mor og barn, men en slik reversering vil også ha omfattende økonomiske og administrative konsekvenser.

Vi har ingen mulighet for å komme inn på alle enkeltforslag i detalj, men vil trekke frem noen prinsipielle trekk ved både virkelighetsbeskrivelsen og forslagene til å gjøre den nasjonale svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg bedre. Hvordan kan omsorgen faglig og menneskelig bli bedre for alle dem som føder i Norge?

Vi har tre hovedkommentarer til virkelighetsbeskrivelsen

1. Ved gjennomlesning opplever man at departementet beskriver et felt i alvorlig krise med store, uløste problemer. Indikatorene peker i motsatt retning, og resultatene er faktisk gode – så godt som best i verden. Det er vanskelig å forstå en beskrivelse som går ut på at det ikke er lyktes i å skape den nødvendige tillit i befolkningen til at tilbudet er trygt nok, tilgjengelig og av høy faglig kvalitet. Det var i 2006 56752 fødsler i Norge (MFR), og det gis ikke belegg for hvorvidt uttalelsen gjøres gjeldende for flertallet, et stort mindretall, et lite mindretall eller et svært lite mindretall av de fødende. Enkeltoppslag i pressen eller det at enkelte kvinner dessverre ikke føler seg ivaretatt så godt vi kunne ønske, kan ikke gi grunnlag for en så generell uttalelse. En uttalelse som "Det er tegn til at brukerne ikke har den nødvendige tillit til at tilbudet er nært og trygt nok" er et utsagn der det ville være lettere å argumentere for "noen brukere" i stedet for "brukerne". Slik det nå står, gis det intet belegg for påstanden. I 2003 gjorde TNS Gallup (på oppdrag fra Shdir) en nasjonal brukerundersøkelse av norske kvinners erfaringer med fødselshjelpen. Denne viste at pasienttilfredsheten er god, altså motsatt av det som fremsettes i problemnotatet.

Vi er enige i at det er fornuftig i å bruke NPE sakene systematisk i en læreprosess, men det er ikke dokumentert at tilsynsrapporter i liten grad hensyntas. Antallet NPE saker kan heller ikke brukes som argument for den type ny (eller gammel-) organisering notatet går inn for. Etter å ha hatt erfaring fra NPE- og tilsynssaker gjennom mange år blir en klar over at ikke alle saker kunne unngås, og at antallet saker – hvor tragisk det enn er for den enkelte – er svært beskjedent i forhold til de 59 256 barn som kom til verden i 2006. Norge er, for å sitere rapportens åpningssetning, ”et av verdens tryggeste land å føde i”.

Tilsynsmeldingen for 2006 (med de forhold tilsynet gjaldt) klargjør kvalitetssvikt i interne rutiner, og det arbeides kontinuerlig på norske avdelinger for å forbedre dette. Men i liten grad pekes det på forhold som setter den gravide, den fødende eller barselkvinnens liv og helse i fare. Det er ikke slik at tilsynet, som vi mener var et svært verdifullt tiltak, peker på faglig svikt i tradisjonell forstand.

Norge er et av de land der samarbeid mellom jordmødre og gynekologer fungerer best, og det er lett å slutte seg til rapporten på det punkt der en anbefaler at svangerskaps- og barselperioden skal ivaretas av flere grupper. Det er etter vårt skjønn fornuftig og godt faglig fundert at både jordmødre og fastleger samarbeider om svangerskapskontroll og barsel med henvisning til spesialist eller spesialavdeling, der det finnes nødvendig. Enkeltberetninger om dårlig koordinering av slikt samarbeid kan vanskelig gi noe tallmateriale for den tristhetsbeskrivelse notatet gir. Begge yrkesgrupper har høy kompetanse knyttet til svangerskap, fødsel og barsel.

2. Det er vanskelig å forstå at man i en nasjonal strategiplan ser bort fra hvor fødslene foregår i Norge. Svært mye av plassen i notatet dreier seg om de små avdelingene og deres problemer, slik offentlig debatt også har gjort de siste årene. Halvparten av fødeinstitusjonene i Norge har under 850 fødsler, geografi og andre forhold er ofte svært gode forklaringer på dette, men ikke alle steder. I 2002 hadde en fjerdedel av fødeinstitusjonene under 400 fødsler årlig, i denne fjerdedelen foregikk 5 % av fødslene (Salvesen 2004). Det var i 2002 bare 10 institusjoner i Norge med over 1753 fødsler, disse institusjonene og de utfordringer og problemer som er der, er bare helt marginalt omtalt. Det fremgår av de siste tall fra Medisinsk fødselsregister (MFR 2007) at to av tre norske kvinner føder ved institusjoner med mer enn 1500 fødsler og nær en tredjedel ved de fire kvinneklinikkene som har mer enn 3000 fødsler årlig. Det er her ikke poenget å diskutere den ideelle størrelse på en fødeavdeling, men bare peke på at det er besynderlig at man i en *nasjonal strategi* ser bort fra de forhold den overveiende del av befolkningen føder under.
3. Det er ingen tvil om at det har vært bekymring og uro rundt fødetilbudet i distriktene, og en stor del av dette problemnotatet handler nettopp om dette. Det har, som påpekt i notatet, vært vanskelig å opprettholde stabil legedekning, man har ofte vært avhengig av svært kostbare vikarstafetter. De som kommer er kvalifiserte, men hvis man bare er sted på en arbeidsplass av og til, er det vanskelig å oppnå den kontinuitet de små enheter ofte sier er sitt særpreg. Fagutviklingen blir et problem, og vikarlegene vil ofte mangle forbindelse med norsk obstetrisk miljø, utarbeiding av kvalitetsveilederne og den kontinuerlige diskusjon om hva som er best fødselshjelp. Likheten mellom norske fødeavdelinger er større enn de ofte stort oppslåtte forskjeller. Men forskjellene, selv fra naboland, kan være betydelige. Det vil også være en kontinuerlig bekymring, hvis leger ansettes der, hvordan man skal kunne tilby tilstrekkelig mengdetrening til å opprettholde en faglig kvalitet, også i de små institusjoner.

Tiltak

En kunne i en nasjonal plan ventet et søkelys på pasient- og arbeidsforhold på de store klinikkene, der personalet løper og løper, kontinuiteten pga for lav bemanning blir dårligere enn vi ønsker- og liggetiden er mye kortere enn på de små. Kvinner med komplisert svangerskap og fødsel får der omtrent den samme liggetid som de mest normale får i store enheter. Hvorfor tilbys denne forskjellen, hvorfor finnes ingen normer for liggetid og oppfølging? Hvis det er kun av økonomiske grunner bør myndighetene selvfølgelig finansiere den likhet vi ellers tilbyr i vårt helsevesen, også her. Hva mener departementet er et rimelig antall jordmødre og leger i forhold til de fødende? Hvordan skal dagbemanningen være når et visst antall leger må ha fri etter vakt, etc. I en artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening i 2004 pekte Salvesen og medarbeidere på de meget store forskjeller i vakt ved norske fødeavdelinger, også blant de store.

Det er lett å slutte seg til anbefalingen om at forskjellen mellom nivå 1 og 2 utjevnes, at jordmødre på helsestasjon ansettes på sykehus og arbeider etter en rulleringsplan, både for egen fagutvikling, for å kjenne det sykehus kvinnen skal føde på- og for å bedre kontinuiteten.

Det er med forbauselse vi ser at man ønsker å reversere en prosess for å få kirurger uten faglig bakgrunn fra fødselshjelp til å kunne foreta keisersnitt etter at andre har stilt indikasjonen i stedet for å videreutvikle den fødestuemodellen man har arbeidet med de senere år. Vi vet fra tidligere erfaring at små avdelinger der det gjøres keisersnitt, men uten tilsatt gynekolog eller med vikarordninger med utlandet, oftest får betydelige høyere frekvens av operativ forløsning enn det man kunne vente ut fra at all patologi er selektert

På de små institusjonene vil man også i fremtiden nok være avhengig av vikarer som går der to uker av gangen. Hovedproblemet, pga arbeidsmengden på de små institusjonene, er ikke at legen har en kontinuerlig vakt i 14 dager. Vi har overpekt på konsekvensene for faglig og tverrfaglig kompetanseutvikling. Dessuten er vikarstafettene uforholdsmessig kostbare, og departementet bør i en nasjonal strategi se på den økonomiske ressursfordeling mellom de små institusjonene og de store sykehusene i Norge, der både jordmødre og leger arbeider på grensen av det det er rimelig å forlange i et helsevesen.

Transport av fødende ofres stor plass, og det er selvfølgelig viktig at denne transport foregår på en sikker og ordentlig måte. Skal man imidlertid se på hvor sikkerhetsproblemene ligger i norsk fødselshjelp, så er igjen de store avdelinger det sted hvor man bør sette inn et støt både faglig og økonomisk. Det sies i rapporten at i mange av de små fødeavdelingene er det vanskelig å rekruttere fødselsleger i det antall som er nødvendig for å opprettholde døgnkontinuerlig vakt. Hvis man skal ha en døgnkontinuerlig vakt, krever det fire leger i vakt, og med 300-400 fødsler kan man se at problemet med å holde seg faglig oppdatert og ha en tilstrekkelig volumtrening med tanke på obstetrisk manuelle inngrep, blir meget dårlig. En forutsetning for at et slikt system med samarbeid mellom små og store avdelinger skal fungere, er at både den faglige og den politiske ledelse i helseforetakene har mot til å pålegge de små avdelinger en form for periodisk tjeneste på de store avdelinger. Tanker om rotasjon for leger og jordmødre til større fødeenheter, ved at store foretak tar ansvar for mindre, osv., er ikke fungerende noe sted vi kjenner til i Norge.

Som det står i notatet har jordmor ansvar og kompetanse for den normale fødselen, men legen har ansvaret når fødselen ikke lenger anses som normal. Det understrekes at det er viktig at jordmor og lege samarbeider, og det vil si at de må selvfølgelig også samarbeide før man kommer til det tidspunkt at jordmor definerer fødselen som patologisk og legen skal komme inn og ordne opp i dette. Ent slikt samarbeid består ikke i at den ene stiller indikasjonen, den andre kommer inn og gjør det som er bestemt. Vi slutter oss til kirurgenes egen vurdering av

at de for mange år siden mistet obstetrisk kompetanse. Det å utføre et keisersnitt er, som kirurgene også vet, mye mer enn å føre en kniv.

Vi er enige i departementets vurdering av hvor viktig barseltiden er. Det bør derfor tilføres midler slik at hvor lenge kvinnen kan være i institusjonen etter fødselen ikke først og fremst er begrunnet av geografiske eller økonomiske, men faglige argumenter.

Det kommer så en rekke uargumenterte synspunkter på hvorvidt jordmor bør kunne legge vakuum, at underordnede leger kan ha tjeneste ved små avdelinger uten hensyn til volumkrav for å bli spesialist etc.

I de siste tall fra Medisinsk fødselsregister om bruk av operativ forløsning i norske fødestuer, ble det i fødeinstitusjon med under 50 fødsler lagt vakuum to ganger i 2003 (0,9 % av fødslene) og i institusjoner mellom 50 og 499 ble vakuum lagt i 5 % fødslene og tang i 0,5 %. Her tyder det på at man har hatt adgang til gynekolog. Vi er enig i at det ville være fornuftig å la jordmødre på de mindre enheter der det ikke er gynekolog i nærheten, lære å anlegge vakuum i nødsfall. Men å legge vakuum krever mer enn å sette på sugekoppen å dra. Det dessuten ikke lett å se hva denne type enkelttiltak har å gjøre i en nasjonal strategiplan.

De tradisjonelle forslag om gjensidig hospiterings- og rotasjonsordninger burde inneholde noe om økonomi og beslutningsstyrke hvis de skulle si noe nytt. Vi kan ikke se at denne type forslag, kommet med jevne mellomrom gjennom 20 år, har hatt den ønskete effekt.

Skal vi ha en nasjonal strategiplan må beskrivelsen av hvordan norske kvinner bærer fram og føder barn ikke først og fremst være en elendighetsbeskrivelse, hvis eneste effekt er å skremme de gravide og fødende. Den bør inneholde data som understreker påstandene, ikke bare formidle kasuistiske opplysninger. Det faglige nivået i problemnotatet bør etter vår oppfatning heves betydelig i det som skal bli en strategiplan for svangerskaps- og fødselsomsorgen. En strategiplan bør også omfatte fødeforholdene i hele landet, ikke bare de institusjoner der mindre enn 10 % av fødslene skjer. Det foreligger ikke bare en politisk vilje til å ikke nedlegge sykehus, men også en lovpålagt plikt (LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.) til forsvarlig behandling av alle, uavhengig av bosted.

En nasjonal strategiplan bør også si noe om bemanning, normeringer og finansiering.

Britt Eide¹
Klinikkdirektør

Per E Børdahl²
Klinikkoverlege dr.med.

¹ Jordmor MHA, leder av Den norske jordmorforening 1993-1999, erfaring fra både liten og stor fødeavdeling

² Spesialist i gynekologi i 30 år, overlege de siste 21 år, på universitetsklinikker og to fødeavdelinger ved sykehus, derav et i Finnmark. Sakkyndighetsoppdrag i 25 år, en av de fem medisinske fagrevisorene ved Helsetilsynets omfattende tilsyn i 2004- og på nytt i 2007. En av Helsetilsynets sakkyndige i tilsynssaker.