



NORSK GYNEKOLOGISK FORENING
Fagmedisinsk forening i Den norske legeforening
Norwegian Society of Gynecology and Obstetrics
Bjørn Backe, nestleder



Oslo 29.10 2007

Den norske legeforening
Pb 1152 Sentrum
01107 Oslo

Vedr. HOD's problemnotat "Nasjonal strategi for svangerskaps- fødsels og barselomorgen".

Styret i Norsk gynekologisk forening (NGF) har nøye diskutert Helse og omsorgsdepartementets (HOD) problemnotat av 24.09.2007. Notatet omhandler vesentlige deler av vårt fagområde, og berører både våre arbeidsforhold og våre muligheter til å yte god helsehjelp til befolkningen. Det har lenge vært kjent at HOD har arbeidet med en helhetlig plan. Vi gav muntlige innspill i mars i et møte i HOD hvor vi var invitert sammen med Norsk forening for allmennmedisin, og vi deltok også på møte på Gardermoen 30.05 2007 sammen med en rekke andre grupperinger samt på høringsmøtet i Oslo 16.10.2007. **Vi konstaterer at NGF's syn i svært liten grad er tatt med i det foreliggende notat.** Vi oppfatter at den kompetansen våre medlemmer representerer har vært **lite etterspurt**.

Generelt er HODs notat løst formulert, faglig inkonsistent og bærer både preg av hastverksarbeid og sviktende faglig nivå. Det er vanskelig å se at dette vil kunne bli et enhetlig og faglig velbegrunnet dokument. Det virker tilfeldig hva HOD har valgt ut og definert som problem.

Det viktigste i notatet er etter vår oppfatning at HOD ønsker å **reversere** prosessen med omgjøring av de små fødeenhetene til fødestuer, og at de i den sammenheng bruker faglige argumenter (risiko, sikkerhet for mor og barn). Dette kommer vi tilbake til, men vi vil her peke på at de **økonomiske og administrative konsekvensene av dette er betydelige**. Ikke bare vil det innebære gynekologdekning og operasjonsstueberedskap (anestesilege/sykepleier, laboratorium) ved alle små fødeavdelinger men også ved fødestuene i lokalsykehus (Tynset, Rjukan, Odda, Mosjøen). En annen konsekvens hvis HOD tar det standpunktet at fødselshjelp krever keisersnittsberedskap, er at **de tradisjonelle fødestuene (for eksempel Alta, Sonjatun, Finnsnes) må legges ned**. En slik strategisk omlegging av fødselshjelpen krever grundigere diskusjoner og bedre begrunnelse enn det som er gitt i foreliggende dokument, og konsekvensene av en slik omlegging må vurderes.

NGF reagerer også sterkt på de signalene HOD gir i statsbudsjettet om å reversere omleggingen av små fødeavdelinger til fødestuer i lokalsykehus. I statsbudsjettet skriver HOD at det er "behov for en gjennomgang og oppdatert revisjon" av de faglige kravene til fødeinstitusjoner (fra 1997). **Når HOD på denne måten tilkjenner sin beslutning før prosessen er avsluttet** tyder det på at prosessen er en formalitet, og alt annet enn inkluderende.

I notatet tas opp en rekke forhold som ikke har innbyrdes sammenheng. Etter lesingen sitter man med inntrykk av at sektoren er i stor krise med viktige uløste problemer på en rekke områder. Dette er problematisk når **alle indikatorer tvert om viser at resultatene er gode og tilfredsheten stor**. De ansvarlige helsemyndighetene tar på seg et **stort ansvar** ved å framstille denne viktige og store sektoren som et katastrofeområde og invitere til en nasjonal bølge av misnøye uten å ha bedre tiltak enn de foreslåtte, og uten å stille ressurser til disposisjon. Det vil ikke være urimelig om sektoren på bakgrunn av HODs notat nå krever betydelig økte ressurser.

HODs anbefalinger er **skuffende tradisjonelle og velprøvde**, som økt samhandling og bedret kommunikasjon. For eksempel anbefales at fødeavdelingene skal danne nettverk (side 17), men **dette er for lengst etablert** gjennom tverrgående faglig organisering i foretakene. At

HOD (side 17) foreslår at norske kirurger pånytt skal engasjeres i fødselshjelp er i beste fall lite innsiktsfullt.

Oppsummeringsvis vil vi påpeke at:

- HODs problemforståelse er **feil**
- De tiltak som anbefales **er tradisjonelle, velkjente, for lengst utprøvde og til dels ineffektive.**
- Dokumentet viser at HOD ikke vil bruke sin myndighet til å ta fatt i de **problemstillingene som venter på helsepolitiske beslutninger.**
- HODs rolleforståelse svikter når HOD går inn i medisinsk faglige problemstillinger og **overkjører de faglige anbefalingene fra SHDir, Kompetansenteret og fagmiljøene.**
- Det fremsettes en serie **ubegrunnede, udokumenterte og til dels infamerende** påstander som vi reagerer på og som vi kommer tilbake til senere i dette brevet.

Vi vil i det følgende gå igjennom notatet fra start.

1. Innledning Vi hadde forventet en presis analyse av bakgrunnen for at HOD nå ønsker å utarbeide en Nasjonal strategi for svangerskaps- fødsels og barselsomsorgen (tidligere kalt perinatalomsorg). Notatet virker **hastverkspreget**, noe som står i skarp kontrast til at det lenge (2 år) har vært kjent at HOD har arbeidet med en slik plan.

Det påstås i innledningen at det er lagt opp til en bred og involverende prosess. Andre enn HOD selv kan vanskelig bedømme prosessen når det ikke er redegjort verken for bakgrunnen eller hvilke kilder man har valgt å bygge på. Vårt inntrykk er at et utvalg aktører er blitt invitert til å komme med innspill. Hvorfor noen er valgt og andre er utelatt er vanskelig å se. De syn og holdninger som nå gjøres til HODs offisielle syn burde vært bedre fundert.

I innledningen heter det om svangerskaps- fødsels og barselomsorgen at ”det **ikke har lyktes å skape den nødvendige tillit** i befolkningen til at tilbudet er trygt nok, tilgjengelig og av

høy kvalitet”. **NGF er svært forundret over denne problemforståelsen** som presenteres uten dokumentasjon. Forskning har vist at oppslutningen om svangerskapsomsorgen er svært god, gjennomsnittlig antall kontakter i svangerskapsomsorgen er svært høyt og langt høyere enn den som er anbefalt, og oppslutningen om 6 ukers kontrollene for barnet på helsestasjonen er meget god. **Perinatal dødelighet er lav** og på linje med de andre nordiske land. TNS Gallup gjorde i 2003 en nasjonal kartlegging av fødende kvinners erfaringer, på oppdrag fra Shdir, her finnes også dokumentasjon for at **tilfredsheten er god** (Sosial og helsedirektoratet: Tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge. Rapport fra brukerundersøkelse. TNS Gallup mai 2003).

Det er i innledningen referert til Helsetilsynets siste årsmelding (Tilsynsmeldingen 2006) hvor Helsetilsynet beskriver **fire forskjellige forhold** som går igjen i de **33 tilsynssakene de har behandlet i en 3-års periode**. Dette omtaler HOD som ”områder med tegn til kvalitetssvikt”, altså en mye bredere tolkning. At jordmor ikke har tilkalt lege i tide slik at det i noen tilfelle har oppstått skade på pasient er **ikke** et tegn på at jordmortjenesten generelt har sviktende kvalitet eller at kommunikasjonen mellom leger og jordmødre generelt er for dårlig, eller at overvåkingen under fødsel generelt sett er for dårlig. **33 tilsynssaker på knapt 180 000 fødsler (cirka 0,2 per 1000 fødsler) gir et dårlig grunnlag for å bedømme annet enn enkelttilfellene, og kan ikke brukes til å dømme hele sektoren slik det gjøres i HODs notat.** Faktisk er det flere sektorer som har langt høyere andel tilsynssaker.

Kapittel 2. Situasjons- og problemforståelse

Vi vil kommentere kulepunktene blant annet fordi de **ikke konsekvent tas opp** senere i dokumentet.

1. kulepunkt: Kontinuitet gjennom svangerskapsomsorg, fødsel og post partum- oppfølging har ikke vært etterspurt i Norge. Derfor er det vanskelig å si at kontinuiteten ikke er god nok. Hittil har det vært en selvfølge at kvinner går til kontroll hos lege/jordmor i primærhelsetjenesten og så føder ved fødeavdeling hvor de treffer andre leger/jordmødre, for så å reise hjem og kanskje få ett besøk av en helsesøster. **Dette har vært ansett som en god ordning.**

Det er nå jordmødre og leger i denne sektoren som arbeider for økt kontinuitet, på bakgrunn av de gode erfaringene fra de velfungerende små fødestedene (Sonjatun, Alta, Lofoten, Tynset, Odda, Rjukan). Grunnen til at vi i NGF tok opp kontinuitet med HOD var at **helsevesenets organisasjon er til hinder for å få bedre kontinuitet**. Det trengs blant annet en avklaring mellom foretakshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om hvem som har ansvaret for kvinner etter fødselen. Dette er det ikke opp til aktørene å avklare. Foretakene og kommunene vil vanskelig kunne bli enige. I et kassaapparatdrevet helsevesen er det innlysende at man ikke ønsker ta på seg nye oppgaver.

2. kulepunkt: NGFs oppfatning er at **folk flest er godt kjent med at helsetjenestens ressurser er begrenset**. HOD later til å mene at mange brukere føler at sektoren ikke blir prioritert tilstrekkelig. Hvis HOD er enig i at sektoren blir for lavt prioritert, burde det **uttrykkes eksplisitt og også tilkjennegis overfor foretakene**.

3. kulepunkt: Her påstås det – **uten dokumentasjon** - at tjenesten i for liten grad tar tilsynsrapporter i bruk i forbedringsarbeid. **Dette vil vi tilbakevise**. Etter tilsyn blir avvik selvfølgelig korrigert, og de problemområdene som er identifisert for eksempel i tilsynsrapporten fra 2006 er kjente forhold som det **kontinuerlig arbeides med**.

4. kulepunkt. Det påstås at tilbudet innen svangerskaps- og **fødselsomsorgen ikke er ”likeverdigg”**, under henvisning til en artikkel fra perinatalkomiteen i Oslo og Akershus. Høyere perinatal dødelighet blant innvandrere **er ikke nytt, det er dokumentert før og er kjent fra mange land** (blant annet Sverige, Danmark, USA, Nederland). Problemet er ikke spesifikt norsk. NGF reagerer på uttrykket ”likeverdigg”. Spørsmålet som bør reises er om perinatalomsorgen er god nok for denne gruppen og om det er forhold man kunne forbedre. Lavere sosialgruppe, at 1/5 av innvandrermodrene var i slekt med barnefar, og at de har mindre utdanning, var yngre med flere barn og langt oftere hadde sviktende egenomsorg og nektet obduksjon slik at årsaken ikke kunne fastslås, er blant de forhold som **helsetjenesten kan gjøre lite med**.

Perinataalkomiteene gjør audit med uformelle kriterier for å **kartlegge suboptimale faktorer**, ikke årsaker. Når HOD under henvisning til Saastad og medarbeideres studie bruker uttrykket ”svikt” er det **meningsløst**. Perinataalkomiteene trekker ikke kausale konklusjoner, suboptimale faktorer er forhold hvor omsorgen kunne vært bedre uten at det nødvendigvis har noen betydning for utfallet.

Kommunikasjonsvansker ryddes ikke av veien ved bruk av tolk, her viser HOD igjen lite innsikt. HODs idé om å bruke telefontolk virker spesielt ubehjelpelig.

5. kulepunkt: Vi er enige i at enkelte yrkesgruppers rolle i hele eller deler av prosessen ikke er godt nok avklart. **NGF har muntlig tatt opp med HOD at kommunejordmødrenes rolle ikke er avklart**, verken i relasjon til allmennleger eller når det gjelder omsorg for kvinner etter hjemkomst fra fødeavdelinger. Vi hadde forventning til at **HOD ville bidra til en avklaring**, men når HOD skriver ”Det er et spørsmål om det ikke foreligger en underliggende profesjonsproblematikk” ser vi at **HOD ikke har oppfattet** de vanskelighetene sektoren strir med. **Utsagnet om profesjonsproblematikk oppfatter vi som en beskyldning** om at profesjonene kjemper for sine egne interesser. Påstanden, uten adressat, som ikke begrunnes senere og som overhodet ikke tas opp igjen senere i notatet rammer dermed alle profesjonene som er i sektoren. **Vi reagerer meget sterkt på dette utsagnet, som uten tvil vil svekke HODs legitimitet.**

6. kulepunkt: Om systemet for svangerskapskontroll er godt nok formidlet og forstått av brukerne er **feil problemstilling**. Full valgfrihet mellom lege og jordmor slik eksisterende retningslinjer legger opp til krever kapasitet i begge systemer, det vil si overkapasitet. **NGF ønsket at HOD skulle ta initiativ til å avklare den kommunale jordmortjenestens rolle i svangerskapsomsorgen vis a vis fastlegene**. I høringen om Retningslinjene for svangerskapsomsorgen advarte flere mot at allmennleger og kommunejordmødre skulle konkurrere om de gravide. Man forventet at dette ville føre til usikkerhet, varierende tilbud og uheldige motsetninger i kommunehelsetjenesten. **Erfaringene har vist at slik har det blitt.**

Fastlegen som kjenner den gravide fra før, har all informasjon om tidligere helseforhold både om henne og i regelen også om hennes familie, **har en selvfølgelig plass i svangerskapsomsorgen og er den rette person til å ha den første kontakten** (kontrollen) når hun er blitt gravid. Dette burde vært slått fast i Retningslinjene for svangerskapsomsorg. Konkurransen mellom allmennleger og kommunale jordmødre fører til **unødige kostnader for kommunene**, det **svekker fastlegereformen** ved at fastlegen ikke har fått en plass i svangerskapsomsorgen og det **svekker svangerskapsomsorgen** fordi det ikke legges grunnlag for samarbeid mellom fastleger og kommunejordmødre, men tvert om et konkurranseforhold.

NGF mener at **HOD bør avklare dette**. Fastlegen har en naturlig og sentral plass i omsorgen sammen med kommunejordmor. HOD må angi en fordeling av kontrollene mellom lege og jordmor slik det er gjort i våre naboland. Det er selvsagt at den første kontrollen skal være hos fastlegen, og det er selvsagt at jordmor skal sende epikrise til kvinnen **s** fastlege slik det gjøres fra andre instanser som fastlege henviser sine pasienter til.

7. kulepunkt: Samarbeidet i sektoren kan selvfølgelig forbedres, jfr. ovenfor. HODs oppgave er etter NGFs mening **å ta de overordnede beslutningene** som fremmer samarbeidet, til beste for pasientene og slik at ressurser utnyttes mest mulig rasjonelt.

8. og 9. kulepunkt: Fra Medisinsk fødselsregister (Daltveit AK m fl.1991) ble det for over 25 år siden dokumentert at **dødeligheten ved transportfødsler var på samme nivå** som for institusjonsfødsler. Dette viser at seleksjonen av gravide gjennom svangerskapskontrollen fungerer godt, slik at for eksempel truende for tidlige fødsler blir fanget opp og innlagt i tide. Til tross for at utfallet av transportfødsler i Norge er bra, har følgetjenesten har vært et usikkerhetspunkt i mange år. Ventelig skyldes dette uklare signaler fra politisk hold, hvor det har vært forspeilet at alle fødende som reiser til en fødeavdeling skal ledsages av jordmor.

NGF er tilfreds med at HOD nå tar fatt i denne saken, men hadde **forventet et forsøk på avklaring**. HOD reiser bare på nytt det velkjente spørsmål om hvem som har ansvaret for

følgetjenesten for friske normalgravide kvinner som kommer i fødsel ved termin, **foretaket eller kommunehelsetjenesten**, men kommer ikke med noen avklaring.

HOD hevder at transporttjenesten for kvinner med risiko for komplikasjoner ikke er tilgjengelig nok. **Dette er ikke dokumentert.** Vi vil hevde at transport av gravide med risiko for komplikasjoner skjer på faglig trygg måte. Dette ble gjennomgått i NOU 1984:13 Perinatal omsorg i Norge og satt i system, og etter at ambulansetjenesten ble et foretaksansvar er dette ytterligere systematisert. **HODs påstand er ubegrunnet.**

10. kulepunkt. At fødeenheter skal være trygghetsbase i lokalsamfunnet høres greit ut men er en **interessant påstand**. NGFs syn er at tryggheten når **det gjelder fødselshjelpen er illusorisk når de** faglige kravene til fødeinstitusjoner ikke er tilfredsstilt. Vi vil også påpeke at det bør være **bedre måter å sikre arbeidsplasser i distrikts-Norge enn å opprettholde akuttsykehus som ikke har nok pasientgrunnlag.**

11. kulepunkt. Utfordringen er etter vårt syn ikke å balansere hensynet til nødvendig beredskap og hensynet til god ressursutnyttelse. Utfordringen er **å skjære igjennom og avvikle unødvendig beredskap, som representerer dårlig ressursutnyttelse og dårlig faglig tilbud.** Her kan HOD bidra ved å følge de faglige råd HOD har fått, **følge de forslag HOD selv to ganger har fremmet for Stortinget** og bidra til at Stortingets vedtak blir satt ut i live.

12. kulepunkt. Mulighet til smertelindring betyr sannsynligvis mulighet til å gi epiduralbedøvelse. Der det er mulig bør man **være konkret**, det finnes mange former for smertelindring under fødsel. Epiduralbedøvelse krever anestesiberedskap, og øker muligens **risikoen for operativ/instrumentell forløsning.** Det er derfor klart at epiduralbedøvelse ikke bør anvendes utenfor fødeavdelinger. Dette er **ikke en sentral problemstilling** ved omstilling av små fødeavdelinger til fødestuer.

13. kulepunkt. Det er korrekt at mange (små) fødeavdelinger har lavt fødselstall, det som burde vært nevnt er **fødselstallene har økt mye ved de større fødeavdelingene.** Vi har nå en

situasjon hvor **ressursene er skjevt fordelt** og hvor **ressurser bindes** opp på slik måte at det går ut over tilbudet både i utkanten og i sentrale strøk.

14. kulepunkt. Det er og har lenge vært vanskelig å rekruttere gynekologer til små gyn. og fødeavdelinger. Dette skyldes **egenskaper ved disse avdelingene** (arbeidsforhold, vaktbelastning, arbeidsmengde), det skyldes **ikke verken lønnsforhold eller mangel på leger**. Det er verdt å merke seg at Sosialstyrelsen i Sverige har gått inn for at fødeavdelinger skal ha **minimum 1000 fødsler**. Danmark og Finland har hatt en klar sentralisering av fødsler de senere årene, med **nedleggelse av en rekke mindre fødeavdelinger**.

NGF har lenge sett med bekymring på strukturproblemet i gynekologi/obstetrikk. En-lege avdelinger var tidligere mønsteret ved små lokalsykehus, av **faglige og sosiale grunner vil NGF bestemt avvise slike ordninger** som innebærer stor vaktbelastning og isolert arbeidssituasjon. HODs argumentasjon for å ansette assistentleger tyder på manglende forståelse av problematikken. Ett poeng er arbeidsmengden som ofte er **for liten til at utdanningsforholdene blir tilfredsstillende**, et annet poeng er at **utdanningskandidater må ha bakvakt** slik at dette ikke avlaster vaktbelastningen for overleger.

15. kulepunkt: NGF mener at det burde formuleres som en **pasientrettighet å vite hvor man skal føde**, slik at man kunne forberede seg på dette og bli kjent på avdelingen ved omvisning osv. Dette er så langt vi kjenner til regelen ved alle fødeavdelinger i landet.

16. kulepunkt. Det er riktig at ansvarsforholdet mellom kommunehelsetjenesten og foretakshelsetjenesten må avklares når det gjelder oppfølgingen av kvinner og barn etter hjemreise fra fødeavdelingene. **NGF stiller seg noe undrende til at HOD nøyer seg med å gjenta problemet, det er nettopp HOD som kunne skjære gjennom og avklare dette.** Her avventer vi HOD helsepolitiske beslutning.

Kapittel 3 Brukerperspektivet: Etter NGFs vurdering er det lite avklarende når brukerbegrepet defineres så vidt at alle er brukere av "svangerskaps- fødsels og barselsomsorg".

Vi er vant til å forholde oss til at folkets valgte representanter skal ta de overordnende beslutninger, og det er etablert folkevalgte organer som fatter vedtak som skal tjene fellesskapets interesser. Det kan skje at vedtak går på tvers av lokale ønsker, men etablerte politiske organer skal veie og vurdere hva som er den for samfunnet mest tjenelige løsning. Politisk representasjon er etablert i foretakenes styrever nettopp for å ivareta dette, det vil si ivareta brukerperspektivet. **NGF reagerer på en ordning med ad hoc råd i tillegg til eksisterende organer**, for å ivareta brukernes (det vil si lokalbefolkningens) interesser. Det er ikke helt klart hva HOD legger opp til.

Det er **ikke ubetinget korrekt at raske omstillinger utfordrer tryggheten**. NGF minner om omstillingene i Rjukan, Odda og på Tynset, hvor fødeavdelingen ble lagt om til fødestuer på svært kort varsel, og uten problemer.

NGF hadde ønsket en **grundigere analyse av omstillingsprosessene**, med vekt på faktorer som har vært negative og hva som har fremmet en vellykket prosess. Spesielt viktig hadde det vært med en kritisk analyse av HODs rolle i omstillingsprosessene både i Helse Øst, Helse Nord og Helse Vest.

Det foreslås opprettet et nytt nasjonalt råd som skal "være en arena for dialog mellom brukere (i vid forstand), representanter for tjenestene og helseforvaltningen". Slik vi tolker dette er det **ikke tale om et råd med faglig kompetanse**, men et nasjonalt råd som skal arrangere **dialogmøter eller folkemøter**, noe som vi mener det må være opp til sykehuseier (foretakene) å vurdere samt utføre.

NGF oppfatter at HOD ønsker at synspunkter fra lokalbefolkningen skal tillegges avgjørende vekt. Dette er vi noe forundret over, det vil blant annet kunne føre til at **lokalsykehusreformen stopper opp**, men prinsipielt er **lokal vetorett en desavuering av de demokratiske prinsipper** samfunnet er bygd på.

Kapittel 4 Ikke vestlige kvinner. Dette er kommentert tidligere (kulepunkt 4).

Kapittel 5 Svangerskapsomsorg. Definisjonen som innleder kapitlet er **feil**, og dermed blir **HODs videre resonnement misvisende**. Svangerskapsomsorgen er ikke det totale tilbudet kvinner får i helsetjenesten gjennom svangerskapet, som det står. Svangerskapsomsorgen er screening kombinert med tilbud om informasjon, altså den rutinemessige helsekontrollen som tilbys gravide kvinner, med tanke på å avdekke ikke-symptomgivende sykdom eller komplikasjoner og påvise obstetriske risikoforhold.

5.1. Faglig kvalitet i oppfølgingen av risikogrupper. NGF ser med forundring at HOD **uten å ha hatt noen kontakt med fagmiljøer** og uten å gi noen begrunnelse for det, vil utvikle et program for oppfølging av gravide med ”risiko”. Man vil for eksempel ha en enhetlig risikovurdering med en nasjonal standard, står det. Slike systemer med formell beregning eller scoring av risiko er for lengst forkastet, her er ikke HOD oppdatert. Det er heller ikke vanlig terminologi når man bruker uttrykket risiko generelt i graviditet uten å spesifisere hvilket utfall det er økt risiko for. Hvis man vet hva man bør forberede seg på, blir eventuelle tiltak straks mye klarere.

Shdir utga i 2005 Retningslinjer for svangerskapsomsorgen hvor det allerede er gitt gode anbefalinger for oppfølging av kvinner med risikosvangerskap, **vi reagerer over at HOD vil ha nye retningslinjer**. I tillegg til henvisning til obstetriske poliklikker kan risikosvangerskap også følges opp av privatpraktiserende spesialist i gynekologi og obstetrik. Shdir har nylig lansert et nytt Helsekort for gravide, og vi er kjent med at den elektroniske versjonen er under utvikling. Vi er derfor **svært forbauset** over at HOD uavhengig av dette nå vil lansere et nytt helsekort. Åpenbart er HOD ikke kjent med Shdir’s arbeid, dette viser klart det sviktende faglig nivå.

Kapittel 5.3. Kontinuitet. Vi viser til kulepunkt 1, det må altså konstateres at det er fagmiljøene og ikke de fødende som har reist spørsmålet om kontinuitet.

NGF er skuffet over at HOD fortsatt ensidig og ukritisk satser på helsestasjonsløsningen når det gjelder kommunejordmortjenesten. Jordmor jobber alene og faglig isolert på en

helsestasjon. Andre løsninger som for eksempel i Tromsø hvor jordmortjenesten i kommunen er samlet på ett sted, burde vært vurdert. **Det er også mange steder velfungerende løsninger hvor jordmor er på helsesentre sammen med fastlegene**, som gir ypperlige muligheter til samhandling og faglig utveksling. Etter 12 år med kommunal jordmortjeneste er det kommet mange forskjellige lokale løsninger. HODs anbefaling om organisering av denne tjenesten burde vært basert på empiri og ikke dogmatisk forpliktelse til helsestasjonsmodellen som mange steder er forkastet.

Samarbeid fastlege og jordmor sikres ikke ved konkurranse slik det nå er lagt opp til i retningslinjene, men ved at begge parter får en fast plass i omsorgen. Dette er viktig både fordi det er fastlegen som har kunnskapen om kvinnens sykehistorie og i regelen også kjenner hennes familie (partner, barn) og vil har med henne og barnet å gjøre senere; men det er også fastlegen som er den som er tilgjengelig på telefon/legevakt i situasjoner hvor kvinnen trenger helsehjelp. **Første kontroll bør være hos fastlegen, og jordmor bør sende epikrise til fastlegen etter hver kontroll** slik det gjøres når kvinnen følges opp i spesialisthelsetjenesten.

HOD skriver om behovet for kontroller at dette må avpasses etter kvinnens egne behov og ønsker ("bred og åpen prosess der de gravide får mulighet til å fremlegge sine behov for trygghet og ivaretagelse"). Her demonstrerer HOD en sammenblanding av behov for kontakt og behovet for helsekontroll. **Det er ikke slik at økt hyppighet av helsekontroller utover det som er medisinsk nødvendig, reduserer angst og uro.** Tvert om er det slik at ekstra kontroller lett kan utløse ekstra bekymring og utløse unødvendige intervensjon, fordi metodene i omsorgen har lav spesifisitet (for eksempel symfyse-fundus måling) slik at falsk positive funn er vanlig. **NGF konstaterer at HOD er i utakt med den faglige utvikling og med Retningslinjer for svangerskaps-omsorgen fra 2005.** Kvinnens behov for kontakt og informasjon/støtte bør ivaretas på andre måter enn ved gjentatte somatiske helsekontroller.

Kapittel 6 Transport av fødende: Jfr kulepunkt 8 og 9. Dette kapitlet bringer overhodet ingen avklaring av spørsmålet om hvem som har ansvar for transport av friske fødende ved termin. Etter NGFs mening er HOD rette instans til å avklare spørsmål som går på tvers av forvaltningsnivå.

Kapittel 7: Vi konstaterer at problemnotatet innevarsler **en faglig strategisk omlegging av fødselshjelpen, bort fra WHO's linje om å skille mellom normale (fysiologiske) og patologiske svangerskap/fødsler (WHO Safe Motherhood 1996)**. Vi konstaterer at denne faglige linjen som Shdir har fulgt både når det gjelder Retningslinjene for svangerskapsomsorg og fødestueproblematikken, blir **satt til side**. Ved å reversere omleggingen av små fødeavdelinger til fødestuer i lokalsykehus har HOD skiftet syn i relasjon til det syn som tidligere statsråder og regjeringer har hatt de siste 10 år.

En oppsummering av helsemyndighetenes arbeid med strukturproblematikken i fødselshjelpen finnes i Tidsskriftet (Nilsen ST m.fl. 2001). Det var langvarige kvalitetsproblemer i sektoren som i 1996 førte til at Sosial- og helsedepartementet spurte Statens Helsetilsyn om hvilke krav som burde stilles til bemanning og vaktberedskap ved fødestuer og fødeavdelinger ved lokalsykehus. Spesifikt ble det spurt om minimumskrav til antall fødsler ved en fødeavdeling. Utredningen - Faglige krav til fødeinstitusjoner – ble publisert (Statens Helsetilsyns Utredningsserie nr 1-97) etter omfattende høring med bred tilslutning. Departementet la disse anbefalingene fram for Stortinget i St. meld nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og spesialisthelsetjeneste. Etter Stortingets behandling av meldinga oppnevnte Sosial og helsedepartementet i 1997 et utvalg til å utrede akuttmedisinsk beredskap. Dette utvalget leverte NOU 1998:8 Hvis det haster.... hvor Faglige krav var inkorporert. Ny høringsrunde ga bred tilslutning. Departementets vurdering ble meldt til Stortinget i St meld nr 43 1999-2000. **Departementet mente i 1999 som i 1997 at Helsetilsynets inndeling av fødeinstitusjoner skulle gjøres gjeldende. Stortinget gjorde så et enstemmig romertallsvedtak i 2001 om at disse retningslinjene skulle gjøres gjeldende.**

Arbeidet med strukturproblematikken i fødselsomsorgen gjennom over 10 år har involvert flere statsråder og regjeringer. Departementet har tilkjennegitt sitt syn i to stortingsmeldinger, samme syn hver gang, og har begge ganger fått støtte fra Stortinget som i 2001 også gjorde et romertallsvedtak om at retningslinjene skulle gjøres gjeldende. Problemstillingen er bredt faglig utredet, både i forbindelse med Faglige krav til fødeinstitusjoner (1997) og NOU

1998:8 var det omfattende høringsrunder med års mellomrom, og det har vært bred faglig enighet.

Når HOD nå gir til kjenne at de vil reversere omgjøringen og justere de faglige retningslinjene er det oppsiktsvekkende. Argumentasjonen om at det fortsatt etter mange tiår fortsatt pågår en faglig diskusjon om hva som tilstrekkelig beredskap for lavrisikofødsler, er høyst tvilsom. Vi oppfatter at HOD **sår tvil om sikkerheten** ved fødestuene og forsøker å skaffe seg en faglig begrunnelse for **å reversere driftsomleggingen til fødestuer.** NGF **reagerer skarpt på dette.** Når HOD sår tvil om de medisinsk faglige premissene for omgjøringen, setter de sin kompetanse **opp mot sine faglige rådgivere Shdir og Kunnskapssenteret, samt de faglige instansene som tidligere har markert sitt syn i flere omfattende høringsrunder.** HODs syn er **i strid med WHO og FIGO** (den internasjonale organisasjonen for gynekologi og fødselshjelp). NGF **reagerer sterkt på denne omleggingen,** og spesielt på at det gis en medisinsk faglig begrunnelse. **Her svikter HODs rolleforståelse.**

Det er etter NGFs **syn** bare én måte å sikre et godt desentralisert fødetilbud, nemlig i form av **fødestuer i lokalsykehus. Alternativet er sentralisering av fødsler** til fødeavdelinger som er store nok til å kunne opprettholde et stabilt fagmiljø.

Vi konstaterer altså at HODs syn på strukturen i norsk fødselshjelp står i strid med Stortingets syn (jfr. vedtaket i 2001). NGF representerer gynekologer med detaljert kunnskap om omleggingsprosessene rundt om i landet, som også er godt kjent med de signaler og pålegg HOD har gitt til foretak som har forsøkt å justere strukturen på fødselshjelpen i tråd med Stortingets vedtak. Det er vår klare oppfatning at **HOD har vist liten vilje til å følge opp Stortingets vedtak,** men tvert om har blokkert endringer som sykehuseier har utredet og besluttet iverksatt, i Helse Øst, Helse Nord og Helse Vest. Det har formelle sider **når HOD ikke følger Stortingets beslutning,** men tvert i mot ved gjentatte anledninger har sørget for at Stortingets vilje ikke skjer. Det har ikke tilkommet nye faglige argumenter etter Stortingsvedtaket i 2001 som gjør at vedtaket bør endres, tvert imot har nylig UK også gått inn for en lignende modell med hjemmefødsler og fødsler i jordmorstyrte fødeenheter.

HOD vil be om at fødselstallene som skiller nivåene i Faglige krav, blir revurdert. Det er **oppsiktsvekkende at HOD ikke er kjent med at disse tallene ikke er absolutte størrelser** men at man må tilpasse etter lokale forhold. Dette står klart formulert i grunnlagsdokumentene og **Stortinget har to ganger tidligere presisert akkurat dette.**

Det er helt meningsløst når HOD i dette kapitlet (side 14) antyder at Stortingsvedtaket vil føre til nedleggelse av 11 avdelinger (som har mindre enn 400 fødsler).

Det vil ha store konsekvenser for lokalsykehusene hvis HOD fastholder at alle lokalsykehus med fødsler skal ha **keisersnittsbereidskap (det vil si være fødeavdelinger)**. Det dreier seg om cirka 11 lokalsykehus som i tillegg til **spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer** må ha **spesialist i anestesi i vaktturnus**, i tillegg til anestesisykepleier og operasjonssykepleier, samt bioingeniør i vakt ved laboratorium/blodbank. HOD's egen rapport om Lokalsykehusenes akutfunksjon i en samlet behandlingskjede (10. mars 2007) er en omfattende analyse av problematikken rundt opprettholdelse av vaktberedskap på lokalsykehus. Der blir det slått fast at det er behov for omstillinger i fødselsomsorgen, og i rapporten heter det videre at det er en fruktbar tilnærming å skille mellom normalfødsler og risikofødsler. NGF konstaterer at HOD her er på kollisjonskurs med lokalsykehusreformen, som er svært viktig for lokalsykehusenes videre eksistens. HOD burde være en sentral aktør for å utvikle lokalsykehusmodellen, det er helt klart at **lokalsykehusenes fremtid ikke ligger å være akuttisykehus.**

7. 2. Differensiert fødselsomsorg i større avdelinger

Det er som nevnt ovenfor en klar strategi internasjonalt å skille mellom det som er normalt/fysiologisk og det er unormalt/patologisk. Internasjonalt står WHO og FIGO sentralt i dette arbeidet. Det er viktig å unngå unødvendig intervensjon. Medikalisering er et stort problem i svangerskapsomsorg og fødselshjelp. **Innføring av differensiert fødselsomsorg i fødeavdelinger** er et effektivt hjelpemiddel til å skille normalt og ikke normalt. Her kommer (side 17 og 18) HOD med synspunkter som tyder på at **man mener differensiert omsorg utsetter de fødende for risiko**, og man lanserer et **elektronisk helsekort som virkemiddel.**

Dette siste er i beste fall uttrykk for **sterk teknologioptimisme**. I verste fall er det mistillit til den prosess om differensiering som vært gjennomført ved norske fødeavdelinger etter Stortingsvedtaket i 2001. Konkret har differensiering ført til at de verdiene som karakteriserer de myke lavrisikoenhetene (ABC, Storken) er tatt opp i vanlige fødeavdelinger.

Etter NGFs erfaring er det **svært hensiktsmessig å skille mellom normale ("grønne") fødende og fødende som krever særlig oppfølging ("røde")**. En effekt er at ansvarsfordelingen mellom lege og jordmor blir klarere. En annen effekt er at jordmorrollen ansvarliggjøres. **NGF ønsker faglig sterke jordmødre** som tar ansvar for sine pasienter, og vi ønsker også klare regler for hvor jordmors ansvar opphører og lege tar over. Differensiering ser vi som et naturlig virkemiddel for å få til dette, og vi **reagerer sterkt mot HODs syn**.

7.3 Samhandling i fødselsomsorgen

HOD gjør feil i å bruke Tilsynsmeldingen fra 2006 slik at erfaringene fra de **få sviktsituasjonene** (33 tilsynssaker i løpet av 3-års perioden med til sammen knapt 180 000 fødsler eller 0,2 saker pr 1000 fødsler) **ukritisk tolkes som generell kvalitetsbrist**, og hvor HOD påstår at det ikke jobbes med disse avvikene. NGF vil klart avvise HODs påstander. **Samhandlingen mellom leger og jordmødre er god og elektronisk fosterovervåkning brukes på forsvarlig måte**. Sviktsituasjonene representerer unntak som indikerer områder egnet for kontinuerlig kvalitetsforbedring. NGF er svært opptatt av kvalitet og kvalitetsforbedring. Som første fagmedisinske forening har vi initiert et samarbeide med Norsk Pasientskadeerstatning i kvalitetsforbedringsøyemed. Vi ser klare potensialer til å bedre kvaliteten i norsk fødselshjelp, men generelt sett er imidlertid forholdene i sektoren gode. Alle indikatorer vi har tyder på det. Det er **ikke grunnlag for generell svartmaling** av sektoren slik HOD gjør.

8 Barselomsorg. Problemstillingen her er at kortere liggetid etter fødsel kan gjøre at problemer som tidligere ble løst i spesialisthelsetjenesten nå blir skjøvet over på kommunehelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten er fra 1995 styrket med jordmortjeneste, og dersom kommunejordmor også hadde hatt barseloppfølging som sin oppgave hadde dette

representert et framskritt i retning av bedre kontinuitet. Faglig er det altså argumenter for å utvikle kommunejordmortjenesten i denne retning. Tendensen i senere år er spesialisthelsetjenesten har etablert ammepoliklinikker, altså åpne poliklinikker hvor kvinner kan henvende seg i tiden etter hjemreise. Faglig fungerer nok dette godt for de fleste, men slike tilbud favoriserer fødende fra sykehuskommunen. Lang reiseavstand vil for mange begrense tilgjengeligheten. **Et annet problem er at kommunens helsetjeneste med helsesøster, jordmor og eventuelt fastlege blir satt til side.** Poliklinikkene fjerne muligheten til å etablere kontinuitet og foreta hjemmebesøk der det er tjenelig.

I notatet berører HOD denne problemstillingen. Siden **saken går over flere forvaltningsnivå** er det behov for en politisk avklaring. Vi finner ingen indikasjoner på at HOD vil ta noe initiativ, og vi beklager det.

NGF vil foreslå en **utredning av kommunejordmortjenesten**, for at man kan få grunnlag for å treffe en avgjørelse om arbeidsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

9. Utdanning og kompetanse. HOD ønsker å styrke utdanningen og kompetansen til helsepersonell i denne sektoren. NGF er sterkt engasjert i utdanningsspørsmål, og ser svært **positivt på HODs signaler om økt satsing på utdanningen og kompetanseutvikling.**

10. Rekruttering av helsepersonell Dette har vi kommentert grundig tidligere under kulepunkt 14. Strukturen på fødselshjelpen i Norge med små avdelinger og dermed svært belastende vaktordninger gjør at det oppstår bemanningsproblemer. Dette gjelder ikke bare gynekologer men også annet fagpersonell som anestesileger og kirurger.

Rekrutteringsproblemet er relatert til lokalsykehusenes funksjon. Saken må derfor sees i en bredere sammenheng. NGF oppfatter at HOD ikke lanserer nye tiltak, men legger opp til **fortsatt bruk av nødløsninger** for å opprettholde akuttberedskap ved små lokalsykehus. I avgjørende grad er det fødeavdelingen som krever akuttberedskap, spørsmålet om det skal være fødeavdelinger ved små lokalsykehus er derfor avgjørende for lokalsykehusstrukturen.

HOD legger opp til vikarordninger og samarbeid mellom store og små avdelinger. Dette er velprøvde og velkjente tiltak, som ikke er egnet som permanente løsninger. **NGF er skuffet over at HOD ikke vil se dette i sammenheng med lokalsykehusenes rolle.**

11. Kvalitet og monitorering HOD påpeker at MFR i liten grad bidrar til kvalitetssikring. NGF deler dette synet, vi har hatt et langvarig samarbeid med MFR hvor det er utviklet kvalitetsindikatorer. **NGF ønsker at relevant statistikk og herunder kvalitetsindikatorer fra hver fødeinstitusjon løpende blir gjort tilgjengelig på nett.**

NGF vil her påpeke at Norsk pasientregister som er en del av Shdir, også rutinemessig samler diagnose – og inngrepsdata, innleggelses- og utskrivningsstatus for hver pasient ved alle landets fødeavdelinger. Dette er en kilde som lett kan utnyttes denne sammenheng.

12 Lære av uheldige hendelser HOD ønsker pånytt å foreta en evaluering av perinatalkomiteene. Tre ganger tidligere er perinatalkomiteenes funksjon evaluert, og **fagmiljøene har gitt ubetinget støtte til å opprettholde perinatalkomiteene.** NGF støtter perinatalkomitearbeidet. Etter foretaksreformen eksisterer perinatalkomiteer fortsatt i flere foretak.

NGF vil peke på at det store problemet sektoren står overfor i kvalitetsarbeidet **er manglende forståelse for audit og generelt manglende forståelse for kvalitetsforbedrende arbeid på ledelsesnivå, foretaksnivå og myndighetsnivå.** NGF ønsker at HOD klart uttrykker at arbeidet med systematisk kontinuerlig kvalitetsforbedring skal prioriteres, det vil si at **foretakene må instrueres om å allokere ressurser til dette.**

Rolf Kirscher
(sign)
Leder

Bjørn Backe
(sign)
Nestleder

Organisasjonsnr. 977 244 293

Postadresse: Rolf Kirschner, KK, Rikshospitalet, 0027 Oslo
E-mail: rolf.kirschner@rikshospitalet.no

Tlf. arbeid: 23 07 00 00
Tlf. privat: 91 13 65 53
Telefax: