

Komentar til HOD sitt problemnotat : " Nasjonal strategi for svangerskaps-fødsels og barselomsorgen."

Helse – og omsorgsdepartementet har lenge annonsert at departementet skulle leggja fram ein " Nasjonal strategi for helhetlig svangerskaps-fødsels og barselomsorg ". Me har sett fram til denne. Dette problemnotatet som no vert sendt ut ber diverre preg av hastverk, synest lite gjennomarbeidd og har dårleg og mangelfull analyse av dagens situasjon . Det synest og som om HOD i liten grad har lytta til råd frå fagfolk som t.d. jordmødre og fødselslegar. Me er kjent med at både dei 2 fagforeningane for jordmødre, Norsk gynekologisk forening og Nasjonalt råd for fødselsomsorg har gitt innspel til sosial-og helsedirektoratet, som igjen har formidla dette vidare til HOD.

Situasjons- og problemforståelse :

Som det ganske rett vert påpeika er fødsel svært trygt både for mor og barn i Noreg i dag. Me har noko av dei lågaste tal for perinatal mortalitet og mødremortalitet i verda. Det er og etablert gode rutiner for svangerskapsomsorg både når det gjeld normale og patologiske svangerskap. Det har heller ikkje vore nokon vidare auke i klagesaker. 3 % av klagesakene til NPE gjeld fødselsskader, dette talet har vore stabilt. Når utbetalingane likevel står for 20 % avspeglar det at det her gjeld erstatning som skal omfatta eit heilt livsløp.

Når det gjeld klager på svangerskapsomsorg og fødsel her i vårt område har fylkeslegen i Hordaland som fører tilsyn med Helse Fonna og Helse Bergen no i slutten av september –07 kome med ei oppsummering av klagesaker som gjeld svangerskapsomsorg og fødselar. Det viser seg at i perioden 2003-2007 har det kome inn 20 klager medan det i same tidsrom har vore 33000 fødselar, d.v.s. 0,06. % klager

Helsetilsynet har ikkje kunna dra klare konklusjonar i høve til at det skulle vera systematiske årsaker til at svikt av og til skjer. Dei har ikkje sett at enkeltpersonar går igjen eller at det er spesielle forhold som gjentek seg. Deira inntrykk er at fødeinstitusjonane tek denne type hendingar svært alvorleg og bruker dei til å gjennomgå og evt. betra rutinene sine. Dei fann berre pliktbrudd i 5 av sakene, og 3 av desse gjaldt då manglande dokumentasjon i journalen. Det var eit pliktbrøt som gjaldt svangerskapskontroll, og berre eit som gjaldt fødsel, og då oppfølging av fosterovervaking. 10 saker synta at institusjonen hadde forbedringspotensiale. Det at publikum ikkje skulle ha tiltru til at fødetilbodet er bra nok, synest altså å vera meir basert på sensasjonsoppslag i media heller enn basert på det som reelt er tilfelle .

Svangerskapsomsorg, kontinuitet og samhandling.

Det som er eit reelt problem er at det er dårleg kontinuitet mellom svangerskapsomsorg og fødsel, særleg når det gjeld normale svangerskap. Dette kjem nok fyrst og fremst av at ansvaret for svangerskapsomsorga er lagt til primærhelsetenesta, medan fødslane finn stad innafor institusjon i spesialisthelsetenesta, og ansvaret for barselomsorga etter at mor og barn er kome heim frå sjukehuset er lagt til helsestasjonane og altså kommunehelsetenesta. Det er og uavklarte ansvarsforhold mellom fastlege og kommunejordmor m.o.t. svangerskapskontrollane. Det er no opp til den gravide å bestemma om ho vil gå til lege eller jordmor. Ofte går ho begge stader , noko som fører til unødvendig mange kontrollar. Det kan og synast som om det stundom er konkurranse mellom jordmor og lege i primærhelsetenesta og at dei ikkje nok verdset kvarandres kompetanse. Dette samarbeidet mellom fastlege og jordmor burde det leggjast klårare føringar for, og det er viktig med rolleavklaring. Dessutan burde ein kanskje i større grad bruka dei same jordmødrene som arbeider ved

fødeinstitusjonane til å ta del i svangerskapsomsorga. Når kvinnene som soknar til fødestovene våre i så stor grad er nøgde med kontinuiteten og i så stor grad har ukompliserte fødsjar skuldast nok dette ikkje minst kontinuiteten og tryggleiken dei opplever i høve til å ha same jordmor / få jordmødre å forhalda seg til gjennom heile svangerskapet, fødselen og barseltida. Ved fødestova i Odda her i vårt føretak går dei gravide til svangerskapskontroll hjå jordmor ved fødestova. Odda kommune har overført den delen av kommunejordmorheimelen som omfattar svangerskapsomsorg til fødestova. I tillegg kjøper Ullensvang herad jordmortenester av fødestova. Dei gravide opplever såleis svært god kontinuitet gjennom svangerskap ,fødsel og barseltid. Dette viser igjen i at friske fyrstegongsfødande og friske fleiregangsfødande har langt mindre kompliserte fødsjar ved fødestova enn det ein ser ved dei større institusjonane når det gjeld grupper som kan samanliknast, nemleg friske fyrste- og fleiregangsfødande. Ved denne type svangerskapsomsorg får ein og kontinuerleg risikovurdering og seleksjon, slik at den gravide tidleg vert klår over om ho kan fø ved fødestova eller om ho eller den nyfødde treng ei meir spesialisert avdeling. Risikofødslane i vårt føretak går og i langt større grad normalt når dei no finn stad ved ein større fødeavdeling med betre beredskap enn før ved ein liten fødeavdeling utan særleg seleksjon. Det bør vera svært viktig å nytta seg av erfaringane frå fødestovene når ein no skal prøva å få til god samhandling mellom kommunehelseteneste og spesialisthelseteneste når det gjeld svangerskapsomsorg. Likeins prøva å oppfordra til liknande modellar for samarbeid om svangerskapsomsorga som det ein no prøver ut i Tromsø t.d.. Det vert no og stadig kortare barseloppheald her i landet, og ein bør då nytta seg av jordmødrene som er spesialistar også på pleie i barseltida til å ta omsorg for dette etter at kvinnene kjem heim. Dessutan i større grad å satsa på barselopoliklinikk og ammeopoliklinikk. Dette trur me vil gje betre kontinuitet enn å prøva å styrka helssystemtenesta ved helsestasjonane.

Fødselsomsorg, barselomsorg, utdanning og rekruttering.

Det som imidlertid er mest betenkeleg ved problemnotatet er at det sår tvil om at ein skal oppretthalda ” Faglege krav til fødeinstitusjonar ” som kom i-97 og som er vedteke av Stortinget. Desse vart utarbeidde etter grundig fagleg vurdering, og det har ikkje skjedd noko seinare som gjev grunn til å dra desse i tvil. Dei fødeinstitusjonar som har omstilt seg i tråd med dette har vist at kvaliteten er blitt betre og dei gravide har fått eit meir forutsigbart tilbod. Det gjeld både normalfødsjar og risikofødsjar. Dette er m.a. heilt klårt i vårt føretak etter at fødeavdelinga i Odda vart omgjort til jormorstyrt fødestove. Me har heller ikkje lengre rekrutteringsproblem når det gjeld jordmødre til fødestova, då dette no er blitt ein fagleg utfordrane og tilfredstillande arbeidsplass. Departementet burde i større grad etterspørja kvifor dei gode omstillingsprosessane har gått så bra i staden for å einsidig bøya av for fakkeltog når omstillingsprosessar vert diskutert.

Det som er hovudproblemet når det gjeld kvalitet og kontinuitet i norsk fødselshjelp i dag er at ein tviheld på alle dei små fødeavdelingane. 15 av fødeavdelingane her i landet har < 500 fødsjar i året, 11 har < 400 fødsjar. Faget fødselshjelp og kvinnesjukdommar har endra seg drastisk dei seinare år. Ein tyr i langt mindre grad til kirurgi for behandling av underlivsproblem, og kirurgien har endra seg mot kikkeholsoperasjonar og dagbehandling. Kreftbehandling har og blitt meir sentralisert for å gje pasientane eit meir einsarta og betre tilbod. Det er såleis ikkje arbeid nok på dagtid til å sysselsetja det talet på gynekologar som krevst for å få ei forsvarleg vakttneste med tanke på beredskapen i høve til fødsjar hjå ein uselektert fødepopulasjon. Difor er det slik at 7 av 10 fødeinstitusjonar i Helse Nord har utilfredstillande vaktbelasting og stor trong for innleige av vikarar. I Helse Midt-norge er for tida 2 av 8 avdelingar avhengig av innleige av vikarar. Her i Helse Vest gjeld det 2 av 8 institusjonar(Lærdal og Stord). I tillegg er mange av stillingane besett med utanlandske legar

som ikkje er busette på staden men som pendlar i ” Nordsjøturnus” med høg vaktbelasting når dei er til stades.(Nordfjordeid og Voss, dels Stord).

Innleige av vikarar er svært dyrt, frå 50-70 000 kr.pr veke. Me må og innsjå at det ikkje alltid er ”kremen” av utanlandske spesialistar som kjem i slike korttidsvikariat. Dei set ofte og krav om høg vaktbelasting i den perioden dei er til stades for å få så høg økonomisk uttelling som råd. Det seier seg då sjølv at det ikkje vert mykje kontinuitet og tid til arbeid med kvalitetsforbetring og gode rutiner ved desse fødeavdelingane som er avhengig av hyppig / stadig vikarbruk. Det er og urovekkande høge tal for keisarsnitt ved dei små fødeavdelingane som alt burde ha selektert bort mange av risikofødslane til større avdelingar. Det at notatet kjem med framlegg om at den lokale arbeidsgjevar skal sikra seg at vikarane som kjem har god kvalitet på tenestene sine og føl norske retningslinjer er utopi og ansvarsfråskriving frå staten som eigar si side. Grunnen til at vikaren kjem inn er jo nettopp at legane som til vanleg arbeider ved institusjonen skal få sårt tiltrengde friperiodar, og kan då ikkje vera til stades for å ”passa på ” vikaren. Då er mykje av vitsen med innleige borte. Utstrakt bruk av vikarar og tilsetning av utanlandske legar inneber og kommunikasjonsproblem og dermed risiko, og me ser at kvinnene ikkje sjeldan vel bort det lokale tilbodet.

Det kjem og framlegg om at det bør vera forpliktande nettverk mellom fødeinstitusjonane, og at dei større institusjonane tek på seg å dekkja inn vakter av spesialist i helgar og høgtider og i samband med kurs. Det er faktisk slik i Norge i dag at det er vanskeleg nok å rekruttera unge legar til spesialiteten fødsleshjelp og kvinnesjukdommar. Det er og vanskeleg å halda på spesialistar ved dei mellomstore avdelingane med 1000- 1500 fødsjar. Spesialistane går der i bakvakt med mykje passiv beredskap og full arbeidsdag før og etter vakta som oftast strekkjer seg frå 16-08. Dersom dei i tillegg skal få pålegg om å dekkja opp vakter i helgar og høgtider ved dei små fødeavdelingane med mindre enn 4-500 fødsjar i føretaket, er vegen kort til å søka jobb ved universitetssjukehusa med 3-skikta tilstadesvakt og fri før og etter vakt. HOD må ta innover seg at det er vanskeleg nok å oppretthalda rekrutteringa av spesialistar til dei mellomstore fødeavdelingane her i landet og prøva å betra på det, framfor å halda kunstig liv i dei minste fødeavdelingane som altså anten kan omdannast til fødestover eller sentraliserast.

Når ein så må oppretthalda ein vaktberedskap på ein liten fødeavdeling ved hjelp av dyre vikarordningar går svært mykje av budsjettet som skal dekkja gynekologi og fødsleshjelp i føretaket med til dette. Det er heller ikkje slik at avdelingane kan produsera meir og såleis få høgare inntening. Det er så og seia ikkje ventelister innafor operativ gynekologi i Noreg i dag, og det vil vera uetisk å opna opp for meir ” kosmetisk” kirurgi eller unødvendig fjerning av deler av kvinner sine kjønnsorgan for å auka innteninga. Det er og slik at di fleire keisarsnitt og di fleire komplikasjonar ein fødeavdeling har, di betre er innteninga, slik at god kvalitet på tenestene ikkje ”lønner seg ” og betre kvalitet skal vel vera målet ? Einaste måten å halda budsjettet på er då altså å redusera på stillingar for jordmødre og barnepleiarar, noko som har ført til dels drastiske nedbemanningar ved fødeinstitusjonane dei seinare år. Dette har og medført sterk reduksjon av barseltida på sjukehusa, utan at det har blitt auka tilbod i kommunane som kan følga opp barselkvinnene etter at dei kjem heim.

For å betra kvaliteten på fødsleshjelpa her i landet kom altså ”Faglege krav til fødeinstitusjonar ” i 97 og det vart vedteke i Stortinget i 2001 at dette skulle gjerast gjeldande. Det har imidlertid vore liten vilje og evne hjå dei ulike regjeringar til å gjennomføra dette. Me har hatt fleire gode omstillingsprosessar frå små fødeavdelingar til jordmorstyrte fødestover (Gravdal, Tynset, Rjukan og Odda) der prosessane er blitt

gjennomførde og i alle høve i ettertid støtta av lokalbefolkninga. Dette er fagleg fullt forsvarlege fødetilbod (jfr. Helsetilsynet sine tilsyn med fødeinstitusjonar i 2004-2005). Dersom det hadde vore vilje til å gjennomføra dette, kunne så enkelte av dei mindre fødeinstitusjonane blitt oppgraderte til fødeavdelingar som tilfredstilte faglege krav. Ein må og evna å sjå skilnad på 50 km. og 50 mil når det gjeld krav til desentralisert fødetilbod. Det er fullt forsvarleg med dagens betra vegstandard og kommunikasjonsmiddel å sentralisera i større grad. Svært mange har få problem med å dagpendla 5-6 mil til arbeidsplassen sin, og då burde det vera råd å reisa same strekninga 2-3 gonger i livet for å føda, i staden for å tvihalda på ein fødestruktur som korkje fagleg eller økonomisk kan forsvarast. Det at HOD no i sitt problemnotat sår tvil om å oppretthalda ” Faglege krav til fødeinstitusjonar ” og ikkje viser vilje til å gjennomføra stortingsvedtaket er å setja omstillingsarbeidet og hevinga av den faglege kvaliteten på fødselsomsorga fleire år attende. Det er og eit hån mot dei institusjonar som har gjennomført omstillingsprosessar til beste for den fødande og for god resurssutnytting i føretaka.

Me må og innsjå at overvaking og handtering av risikosvangerskap og fødsjar er blitt langt meir utfordrane dei seinare år. Kvinner som sjølve har kompliserte grunnsjukdommar vert i dag gravide og gjennomfører svangerskap. Men dette krev sjølvstekt fleire og meir omfattande svangerskapskontrollar, spesialisert overvaking og ekspertise. Risikofødslane vert og overvaka med avansert teknologisk utsyr som krev spesialkompetanse og kontinuerleg vedlikehald av kunnskap. Samstundes har dei fleste mellomstore og store avdelingar som tek hand om desse risikofødslane gjennomført ei nermast dramatisk nedbemanning m.o.t. jordmødre og barnepleiarar dei seinare år. Dette medfører at det vert stadig mindre tid til fagutvikling, internundervisning og kvalitetsforbetringstiltak i avdelingane. Det er og slik at ein har mindre tid til den enkelte kvinne som er i fødsel. Dette til tross for at det er tydleg evidens for at dersom den fødande har jordmor inne hjå seg meir og mindre kontinuerleg i den aktive fasen av fødselen ,så vert det færre kompliserte fødsjar og mindre trong for medikamentell smertelindring. Ein må difor oppjustera normtala for bemanning både av fødeavdelingar som handterer uttalte risikosvangerskap og risikofødsjar og avdelingar med avansert nyfødtmedisin .

Kvalitet og monitorering.

Fødeinstitusjonane i alle helseregionane i Noreg har no tatt i bruk eller planlegg i løpet av det nermaste året å ta i bruk elektroniske fødesystem. Dette medfører kontinuerleg og god datainnsamling som kan nyttast til kvalitetsarbeid. I Danmark har Sundhedsstyrelsen i samarbeid med Selskab for gynekologi og obstrikk laga eit nettbasert register som omfattar både perinataldata og fødselsdata. Ein har utarbeidd kvalitetsindikatorar og kan samanlikna ulike avdelingar. Data vert raskt og ofte produsert. Det burde no vera enkelt å få til noko liknande i Noreg. Om det er MFR eller NPR som er best egna til å samla inn og publisera desse data får ein vurdera.

Læra av uheldige hendingar :

Her har Norsk gynekologisk forening teke initiativ til eit samarbeid med NPE. Dette for å gå nærare inn i dei ulike sakene med tanke på å bruka materialet meir aktivt til kvalitetsbetrande tiltak og betring av pasientsikkerhet. Ein vil gjera dette kjent m.a. på årsmøta til NGF og ved pubisering i tidsskrift. Dette arbeidet må oppmuntrast og vidareførast. Perinatalkomiteane har og arbeidd med kvalitetsforbetring og læring av uheldige hendingar og nestenuehell , m.a. gjennom såkalla ”audit”. Ansvarer for perinatalkomiteane er no lagt til dei enkelte RHF. Her i Helse Vest har me framleis ein godt fungerande perinatalkomite, men me har inntrykk av at dette varierer elles i landet. HOD bør oppmoda til at ein opprettheld

perinataalkomiteane. T.d. var det perinataalkomiteane som fyrst såg og slo alarm om at ikkje-vestlege kvinner hadde auka risiko for dødfødsel og svikt i svangerskapsomsorg. Dette var noko MFR ikkje greidde å fanga opp av di det ikkje er lov å føra på etnisitet i melding om fødsel (missforstått angst for diskriminering ?)

Oppsummering.

Problemnotatet er prega av at HOD viser liten vilje og evne til nytenking, eller til å nytta seg av dei mange gode erfaringar ein har frå velukka omstillingsprosessar og gode samhandlingsprosjekt mellom priærhelseteneste og spesialisthelseteneste.

Problemnotatet viser at HOD ikkje har lytta til dei råd me veit fagfolk har spelt inn før dette vart utarbeidd.

Det synest og å vera liten vilje til å ta viktige helsepolitiske valg og å gjennomføra Stortinget sine vedtak om ” Faglege krav til fødeinstitusjonar ” og krav om ”Differensiert og desentralisert fødselsomsorg.”

I det heile ber notatet preg av å i langt større grad ynskja å tilfredstill politiske behov, framfor å koma fram til faglege gode løysingar og god utnytting av menneskelege og økonomiske ressurssar til beste for den gravide og den nyfødde.

Med helsing

Torunn Eikeland
Seksjonsoverlege føde-barselavdelinga,
Haugesund sjukehus
og systemansvarleg for Odda fødestove.
Medlem av perinataalkomiteen i Helse-Vest.

Sidsel Petrine Vetaas
Seksjonsjordmor Kvinneklubben
Haugesund sjukehus