

Helse- og omsorgsdepartementet
Att. Kristin Lossius
Sendes kun pr. e-post

Innspillsrunde - Problemnotat nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg.

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets problemnotat datert 09.2007 vedrørende ovennevnte.

Departementet ber særskilt om innspill på følgende punkter:

1. Er faktabeskrivelsene korrekte?
2. Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?
3. Er det lagt vekt på de mest sentrale problemstillinger/utfordringer?
4. Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene og hva er synspunktene på de forslag som er spilt inn?
5. Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttet?
6. Er det andre forhold som bør omtales (for eksempel om det er tatt tilstrekkelige hensyn til personvern)?

Generelle betraktninger.

Innledningsvis vil vi kommentere noen helhetlige betraktninger om problemnotatet. Helse Nord finner at notatet ikke peker framover på områder som er av de største utfordringene vi har. De foreslåtte tiltakene beskriver gamle løsninger; løsninger som er forsøkt men som ikke har ført oss nærmere en faglig forsvarlig løsning på utfordringene. Notatet belyser heller ikke departementets rolle i utformingen og oppfølgingen av fødselsomsorgen.

De faglige retningslinjene som ble vedtatt av stortinget gjennom Akuttmeldingen i 2000 har ikke latt seg gjennomføre av ulike årsaker. Det har vært vanskelig å effektivere faglig godt forankrede løsninger når pressgrupper har fått gjennomslag politisk og dermed medvirket til å undergrave en differensiert og kvalitativt god løsning for kommuner og distriktene generelt.

Vi er således helt enige i at det er en motsetning mellom brukernes forventninger til rammene rundt svangerskap, fødsel og barseltid som sentrale livshendelser, og helsevesenets plikt til å prioritere ressurser. Det er påtakelig at notatet overhodet ikke nevner prioriteringsforskriften. Vi antar at denne også skal gjelde for fødselsomsorgen. Det er naturlig at hensynet til de alvorligst syke kommer først og at ressursene prioriteres for denne gruppen. Slik sett er dagens nivådeling for den desentraliserte og differensierte fødselsomsorgen svært hensiktsmessig.

Fødestuer med god seleksjon er et kvalitativt og godt, men rimelig tilbud, til de friskeste med lav risiko, mens fullverdige fødeavdelinger og kvinneklinikker er mer kostnadskrevende men kan behandle både lav og høyrisikofødsler. Nivådelingen ble innført for å sikre kvaliteten på fødselsomsorgen ved at leger og jordmødre får tilstrekkelig pasientgrunnlag for sin praksis. Mange små fødeavdelinger i distriktene har i dag fødselstall som ligger lavere enn anbefalt i retningslinjene. Vi mener likevel at praktiseringen av retningslinjene i all hovedsak har vært fornuftig fra RHFenes side og at lokale hensyn som geografi og avstander mv har vært hensyntatt. Retningslinjene har jo lagt opp til at normtallene skulle være veiledende og ikke et absolutt krav.

Jordmorstyrte fødestuer med god seleksjon har vært akseptert og brukt med godt resultat i kommuner som Alta og Lenvik, to av de største fødestuene i landet, i mange år, uten at brukerne har vært misfornøyd med kvaliteten eller oppfølgingen. Det har ikke vært større dødelighet eller alvorlige hendelser ved disse, enn ved de små fødeavdelingene ellers i landsdelen. Studier og kunnskapsoppsummeringer som er gjort for å sammenlikne kvaliteten ved fødestuer og fødeavdelinger, underbygger de faglige retningslinjene ved at de viser at kvaliteten ved jordmorstyrte fødestuer er like god som ved fødeavdelinger. Fødeavdelingene er imidlertid mye mer kostnadskrevende. Sett i lys av prioriteringsforskriften vil altså en differensiering av fødselsomsorgen både gi god faglighet og riktig ressursmessig prioritering.

Helse Nord har også vært svært avhengig av, i alle våre omstillingsprosesser, å kunne innhente råd basert på vurderinger av faglig forsvarlighet. Politikere har en annen rolle og må innhente råd fra mange ulike hold og veie ulike samfunnsinteresser opp mot hverandre, men vurderinger av fødselsomsorgen basert på andre forhold enn hva som er rene faglige vurderinger har medvirket til å skape usikkerhet rundt kvaliteten ved fødestuene. I denne situasjonen har Nasjonalt Råd for fødselsomsorg vært til stor hjelp fordi vi har følt oss trygge på at fagligheten og hensynet til pasientens ve og vel har stått i fokus for vurderingene. Vi er svært bekymret for at fagligheten forsvinner til fordel for standpunkter og råd tuftet på kompromisser, som nødvendigvis vil bli resultatet av å forsøke å finne konsensus mellom ulike aksjonsgrupper, politikere og fagfolk, slik det foreslåtte nye rådet er tenkt.

Avslutningsvis i denne generelle delen vil vi anføre at vi oppfatter at føringene i problemnotatet, legger opp til en forsterkning av ansvaret for ivaretagelse av fødsels – og barselomsorgen i helseforetakene. Dette innebærer større økonomiske konsekvenser for helseforetakene, uten at det er tilstrekkelig utredet eller berørt i notatet.

Endringer innen disse fagområder har samfunnsmessig stor oppmerksomhet, og impliserer sterkt både brukersiden og politisk engasjement. Det er derfor særdeles viktig at det i en endelig rapport også fokuseres på økonomiske forutsetninger for å kunne gjennomføre de endringer som følger av dette arbeidet. Vi forventer derfor at faglige og økonomiske konsekvenser må følges opp i revidert statsbudsjett, slik at gjennomføring av endringene bidrar til et tilbud som skaper både faglig og økonomisk forutsigbarhet i gjennomføringen, for det enkelte helseforetak.

Tilbakemelding på punktene i den rekkefølgen de framkommer over.

1. Er faktabeskrivelsene korrekte?

Helse Nord finner at faktabeskrivelsene på noen områder er korrekt, men vi vil trekke fram noen konkrete og vesentlige punkter der vi finner at beskrivelsen er mangelfull og/eller ikke helt i tråd med våre vurderinger.

Kontinuiteten mellom svangerskaps-, fødsels og barselomsorgen er ikke god nok. Vi finner dette naturlig og i tråd med det meste av det vi forsøker å få til på tvers av forvaltningsnivåene. Når ansvaret er delt og det ikke er tilstrekkelige menneskelige og økonomiske ressurser tilgjengelig i primærhelsetjenesten, vil spørsmål om hvem som skal ha finansieringsansvaret ofte dominere. Det er viktig å iverksette tiltak som fastslår og tydeliggjør ansvar, i stedet for å gjenta ønsket om samarbeidsavtaler. Eksempelvis er dette med følgetjenesten et tilbakevendende problem, fordi man ikke har tydeliggjort ansvaret for følgetjenesten. Dette foreslås heller ikke i denne runden avklart, noe vi er svært overrasket og skuffet over.

2. Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?

Pediatrien og nyfødtsomsorgen har stor betydning for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, men denne er helt utelatt. Barnepleiernes betydning og kompetanse ved fødeinstitusjonene er heller ikke nevnt.

3. Er det lagt vekt på de mest sentrale problemstillinger/utfordringer?

Det er mange sentrale problemstillinger som er nevnt og vektlagt, men for helseforetakene/spesialisthelsetjenesten er det et sentralt område som mangler. Subspesialisering og medisinskteknologisk utvikling har i stor grad utviklet seg på bakgrunn av behovene ved store sykehus/subspesialiserte klinikker. De mindre institusjonene som har behov for breddekompetanse og færre legespesialister er ikke berørt tilstrekkelig. Forslaget om å ”gjennompta debatten med kirurgene” anses å være både urealistisk og dårlig. Verken norsk gynekologisk forening eller spesialitetskomiteen i kirurgi vil kunne slutte seg til dette forslaget. Helse Nord finner dette forslaget særdeles vanskelig å slutte seg til, ettersom vi nå i 4 år har forsøkt å få til denne dialogen uten hell.

4. Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene og hva er synspunktene på de forslag som er spilt inn?

Rekrutteringssituasjonen for gynekologer ved mindre fødeavdelinger er vanskelig. Dette er vi enige i, men at de viktigste årsakene til dette er hyppige vakter og lite fagmiljø, og få utdanningsstillinger ved de små fødeavdelinger er vi svært usikre på. Det er vår erfaring at lavt aktivitetsnivå på grunn av lavt befolkningstall gjør det lite utfordrende, og dermed lite attraktivt, å arbeide et sted hvor det går dager, eller uker, mellom hver gang man deltar i en fødsel eller et operativt inngrep. Nå er det selvsagt mye annet arbeid på de mindre sykehusene for gynekologene både når det gjelder poliklinisk og dagkirurgisk virksomhet. Men mye av kirurgien er sentralisert og i områder med et befolkningstall på under 20000 og rundt 100 fødsler i året er det strengt tatt ikke arbeid nok til en meningsfull, motiverende arbeidshverdag for mange gynekologer. Derfor er det svært vanskelig å rekruttere unge leger i spesialisering til de små fødeavdelingene (fødeavdelinger ved små lokalsykehus) og derfor har nivådelingen en god hensikt. Ressursene som benyttes i dag til å opprettholde beredskapen ved små fødeavdelinger ved hjelp av innleie og/eller 14-dagers kurs i obstetikk for ortopeder og tyske traumatologer (som er dagens virkelighet ved mange små enheter) er dårlig prioritering.

5. Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttet?

Helse Nord mener at det er viktig å lytte til brukere og lokalpolitikere, men vi er skeptiske til at pendelen ser ut til å svinge for langt ut i å ivareta andre hensyn enn de faglige. Faglig forsvarlighet må stå i sentrum for de løsninger som velges og vi frykter den situasjonen som

kan oppstå dersom faglig kvalitet blir definert som nærhet og tilgjengelighet alene, uten at nødvendig medisinskfaglig kompetanse er tilstede for å sikre ”best practice” og at kvalitetsstandarder i form av medisinske retningslinjer kan etterleves.

Vennlig hilsen

Lars Vorland
Administrerende direktør

Oddvar Larsen
kst. fagdirektør