

Helse-og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Deres ref:
Vår ref: 07/232-3/HIR
Dato: 14.11.2007

HOD /Helse- og omsorgsdepartementet / Utkast til høringsvar om Problemnotat: nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Generelt om høringsnotatet

HOD ber om innspill på et foreløpig høringsnotat som omhandler en fornyet satsing på nasjonal strategi for omsorg i helsevesenet for kvinner i svangerskap, fødsel og barsel.

HOD tar opp et stort og alvorlig tema og inviterte derfor til en innspillsrunde 16 oktober 2007. Her var notatet grunnlagsdokument. Notatet er slik å betrakte som en start. I innspillsmøtet ble det særlig satt fokus på "uheldige tilfeller". Dette er hendinger der prosessen rundt mor og barn på en eller annen måte går galt – barnet dør; barnet får alvorlige skader; mor dør; mor får alvorlige skader. Undersøkelser i etterkant av slike hendelsesforløp viser ofte at prosedyrer og kommunikasjon, særlig mellom lege og jordmor, mellom lege, jordmor og den gravide/fødende, kan ha et stort forbedringspotensial, men også helsestasjonen står i fokus når det gjelder oppfølging av mor/barn før og etter en fødsel.

I notatet, kap. 4, s. 6 pekes det på at gjennomgangen av dødfødsler i Oslo og Akershus (regionen med størst andel minoritetsbefolkning i Norge) i perioden 1998-2003, viser økt risiko for dødfødsel og svikt i omsorgen både før og etter en fødsel – hvis kvinnen har bakgrunn fra et såkalt ikke-vestlig land. Notatet sier ikke hvor mye høyere risiko og gir heller ingen konkrete tall på hvor mange barn vi snakker om. Vi får ikke vite om det har dødd kvinner i barsel og faktiske tall der kvinner og eventuell barn har hatt problemer i forkant og etterkant av en fødsel eller blitt påført skader under selve fødselen. Notatet sier at man har påvist kommunikasjonsproblemer i 47% av tilfellene der det gikk galt og kan vise til at i kun 29 % av tilfellene med dødfødsler ble det benyttet tolk.

Disse sparsomme opplysningene forteller oss likevel nok om at helsevesenet i for mange saker har et reelt og alvorlig kommunikasjonsproblem særlig når mor har bakgrunn fra et ikke-vestlig land.

Notatet som helhet drøfter først og fremst generelle problemstillinger, dvs. problemstillinger som gjelder "alle" kvinner i svangerskap, fødsel og barsel. Det går tydelig fram av notatet - og ble gjentatt i innspillsmøtet, at både norsk demografi og geografi, byr på særlige utfordringer når det

KIM er et regjeringsoppnevnt rådgivende utvalg bestående av leder og 34 medlemmer fra innvandrersorganisasjoner, forvaltningen og politiske partier. Kontaktutvalgets 17 innvandrerepresentanter utgjør Innvandererforumet. Når Kontaktutvalget avgir høringsuttalelser, er det Innvandererforumet som uttaler seg. Representanter for forvaltningen og politiske partier i Kontaktutvalget deltar i diskusjonen i hørings saker men ikke i realitetsbehandling av hørings svaret

gjelder å kunne yte et godt tilbud i mindre sentrale strøk. I kap. 9, s. 21, nevnes også ”flere innvandrere som risikofaktor knyttet til ”endringer i fødepopulasjon”. Innvandrere listes her sammen med eldre fødende, assistert befruktning og svangerskapsdiabetes i et argument om økt kompetansebehov i forhold til forventet flere ”risikosvangerskap”.

Avslutningsvis

KIMs syn på dokumentet og den første innspillrunden, er at her er godt grunnlag for å kunne få til en mer helhetlig og inkluderende omsorg i forhold til svangerskap, fødsel og barsel – for alle. Samtidig mener vi at notatet er svakt i forhold til både generelle og særlige innvandrerrelaterte spørsmål. Vi mener også at det er uheldig å sidestille ”flere innvandrere” med antatt ”større andel risikosvangerskap” (s. 21). KIM forventer at et inkluderende og integrerende samfunn også tar synlige og effektfulle grep i helsevesenet der tilfredsstillende kunnskap og spesialisering *selvfølgelig* vektlegges. KIM har derfor forventninger om at helsevesenet anstrenger seg for å fremme strategier og prosedyrer der innvandrerkvinner inngår som ”normalt” på lik fot med resten av befolkningen i Norge. En første strukturert punktliste om forhold dette kan omfatte legges ved til sist i KIMs høringssvar.

I KIM er vi takknemlige for at HOD viser utvalget respekt og tillitt ved å gi oss utsatt høringsfrist til den 14. november. Dermed vil en samlet innvandrergruppe i KIMs 4. kvartalsmøte 13.11.07 få anledning til å stille seg bak dette første høringssvaret fra KIM. Vi ser også med glede fram til videre samarbeid om innvandrerrelaterte problemstillinger i det gjenstående arbeidet ved HOD.

Med vennlig hilsen



Rita Kumar
Utvalgsleder

Saksansvarlig:
Hilde Roald
Rådgiver

5 HOVEDPUNKTER MED 23 UNDERPUNKTER

DOKUMENTASJON:

- Dokumentere tallvise forskjeller mellom “vestlige” og ikke-vestlige komplikasjoner (dødfødsel og svikt i fødselsomsorgen)
- Dokumentere hvilke komplikasjoner som er vanligst
- Dokumentere innvandrerandelen i forhold til NPE / Norsk pasientskadeerstatning
- Dokumentere informasjon / kunnskap om NPE

NORSK HELSEPLEIE MÅ SIKRE AT DET TAS HENSYN TIL ANDRE TRADISJONER FOR KUNNSKAPSFORMIDLING / KUNNSKAPSOVERFØRING

- Høyt fokus på betydningen av muntlig kommunikasjon både til kvinner og menn (særlig der den som informeres ikke kan lese og skrive, men også der de som informeres har sterk tradisjon for muntlig overlevering av ”intim” kunnskap)
- Høyt fokus på mange og sidestilte strategier for helseinformasjon som ikke stiller krav til leseferdigheter eller teknisk kunnskap. (ikke alle vil kunne dra nytte av en ”moderne” forståelse av hvordan innhente informasjon (f.eks helsekort i papirutgave eller elektroniske helsekort)
- Høyt fokus på KVINNEGRUPPER/FAMILIEGRUPPER i opplæring av komplikasjoner som kan oppstå i forbindelse med et svangerskap, under og etter en fødsel (Stikkord: gruppe, nettverk, kollektiv forankring av kunnskap, trygghet, tillit)
- Høyt fokus på uforenelige tradisjoner - i forhold til vestlig verdisyn når det gjelder barnets kjønn (feks. at man i Norge ikke tillates å abortere et friskt jentefoster når det ikke er risiko for svangerskapskomplikasjoner for mor); - når det gjelder mor og familiens egenansvar både for den gravide, for fosteret og for den nyfødte; - generelt holdningsskapende arbeid for å overkomme uheldige tradisjoner i forhold til norsk helseforståelse og pleie

OMSORG FØR, UNDER OG ETTER EN FØDSEL

- Høyt fokus på oppsøkende helsepleie.
- Tolketjeneste med høy kvalitet (sertifisert tolk).
- Forsterket beredskap/bemanning ved noen helsestasjoner i bydeler, mindre steder, mindre byer for å kunne møte ikke-vestlige kvinner på en kvalitativt god måte
- Høyt fokus på å ”spille på lag” med den gravide kvinnens/familiens tradisjoner for å skape størst mulig trygghet under graviditet og fødsel og i barsel (f.eks. forklare og skape forståelse for signaler på svangerskapsforgiftning; høyt blodtrykk; ufrivillig abortering – særlig når dette skjer gjentatte ganger; nødvendig abortering (når det er fare for mors liv); ”riktig” ernæring (”norsk” mat er ikke alltid riktig mat); obs-faktorer i forhold til krybbedød; bistand, svangerskapsdepresjon (som en ”normaltilstand”); veiledning og oppfølging når barn fødes med en eller annen ”unormal” tilstand som f.eks. downs syndrom, albinisme, ryggmarksbrokk, beinskjørhet, manglende lem(er) eller uutviklet lem(er), svak eller manglende hørsel, svakt eller intet syn etc.
- Høyt fokus på forsterket veiledning og oppfølging både for mor og familien der dette vurderes som et nødvendig behov.

OPPLÆRING / KVALIFISERING I HELSEVESENET:

- Særlig opplæring (min. bachelornivå) i opplæringen av helsepersonell i å møte kvinner med ikke-vestlig bakgrunn.

- **Høyt fokus** på utdanning av barnepleiere, jordmødre, helsesøstre og gynekologer med ikke-vestlig bakgrunn.
- **Høyt fokus på etterutdanning** av eldre og rutinert helsepersonell i flerkulturelt innsyn og etisk hensyn.
- **Særlig opplæring** som del av den medisinske spesialiseringen innen gynekologi og svangerskaps-/fødsels-/barselmedisin for å sikre høy etikk/kvalitet og høy opplevelse av respekt og verdighet i møtet mellom mor m/familie og lege, jordmor, helsesøster, barnepleier.
- Helse-Norge må hente lærdom fra u-landspraksis.
- Personer som kommer fra tradisjonelle "ikke-vestlige" forhold, trenger særlig opplæring og innføring i å forstå hvordan barseltiden i et moderne samfunn kan arte seg, hvilke krav samfunnet forventer av den enkelte og familien.
- **Høyt fokus** på allmenn "ikke-vestlig" helseforståelse
- Høyt fokus på kontinuerlig faglig oppdatering av strategisk helsepersonell i "ikke-vestlig" helsepleie særlig rettet mot svangerskap, fødsel og barsel
- **Utarbeide stikkordshåndbok** for helsepersonell: OBS-forhold f.eks. når det gjelder
 - Hepatitt (for eksempel kvinner med kronisk hepatitt);
 - HIV / Aids (forventede komplikasjoner og risiko for mor/barn/ev. jordmor og lege)
 - circonsision (vi vet at omskårne kvinner kan ha særlige problemer)
 - sigdcelleanemi (som vi vet kan gjelde for personer som kommer fra malariabefengte områder)
 - malaria (kan i seg selv være en risikofaktor i og etter svangerskap og v/fødsel)
 - tuberkulose
 - diverse typer salmonella (som kan ha særskilte bivirkninger og påvirke den gravide)
 - ulike typer febersykdommer (som kan ha bivirkninger og slå ut i svangerskapet)
 - ulike typer parasitter (som kan slå ut med reaksjoner og bivirkninger)
 - tradisjon for særskilte dietter i et svangerskap og i barsel
 - matallergi (laktoseintoleranse, cøliaki, vegetar etc.)
 - særlige rhesus-komplikasjoner og kvinnens egenforståelse for kunnskap om aktsomhet
 - kunnskaper om / holdninger til brystamming vs. flaskeamming
 - betraktninger om riktig rom for den fødende, pleie av den fødende, lufting, renslighetstradisjoner, renhetstradisjoner, barnestell, barnepleie, soving, ammetradisjoner etc.

ANSVAR, KVALITET, ATTRAKSJON

- **Høyt fokus** på ansvarslinja for kvalitetssikring.
- **Høyt fokus** på forebygging.
- **Høyt fokus** på lederansvaret for at et helsetilbud faktisk fungerer
- **Flere utdanningsstillinger** ved sykehusene
- **Sikre** jordmødre og leger i distriktene **attraktive stillingsforhold** for å sikre rekruttering – dvs. finne gode lokale løsninger