

Problemnotat: Nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Høringsuttalelse

Problemnotatet åpner med å slå fast at Norge er et av verdens tryggeste land å føde i. Dette er et udiskutabelt faktum. Mødredødeligheten er av størrelsesorden 1/ 100 000 fødsler, perinatalt døde (etter 28 svangerskapsuker) er 5 / 1000. En innsats rettet mot å få disse tallene enda lavere, vi sannsynligvis være uhyre krevende og bare kunne gi marginale gevinster. De utfordringene svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge står overfor, er i første rekke ulikheter som skyldes Norges geografi, spredte bosetning og vanskelige transportforhold. Voksende grupper med en annen kultur og dårlige norsk-kunnskaper er også en utfordring. En tredje utfordring er å finne en balanse mellom brukernes – og det betyr i dette tilfelle nesten hele befolkningens – forventninger til helsetjenesten og de tjenester som kan tilbys ut fra de økonomiske ressurser. En økende bruk av keisersnitt, mange av dem medisinsk sett unødvendige, er en realitet i Norge og på verdensbasis. Norge ligger foreløpig lavt sammenlignet med de land det er naturlig å sammenligne seg med. Det er lite trolig at tendensen til økende bruk av keisersnitt lar seg stoppe eller snu ved hjelp av administrative tiltak.

Departementet har særskilt bedt om tilbakemelding på følgende punkter:

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

Er faktabeskrivelsene korrekte?

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

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

Faktabeskrivelsene, slik de fremstår på s. 3 og 4 i problemnotatet, er i alt vesentlig korrekte. Det kan selvsagt alltid problematiseres hva som er presisjonsnivået i betegnelser som ”god nok”, ”kan forbedres” eller ”i for liten grad”. Slike betegnelser kan brukes om det meste – alt kan forbedres. Imidlertid pekes det på de områdene som oppfattes som ikke optimale, både av publikum og fagmiljøene. Disse områdene er:

- Kontinuitet i omsorgen gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Her er det involvert flere forvaltningsnivåer (kommunene gjennom primærhelsetjenesten og staten gjennom helseforetakene) og flere yrkesgrupper (jordmødre, fastleger, helsestasjonsleger, praktiserende gynekologer, sykehusleger). For den gravide kvinnen betyr det en rekke forskjellige personer å forholde seg til og problemer med å finne ut hvor hun best skal henvende seg.

- Ansvar for oppfølging av kvinner som reiser hjem etter et kort barselopphold i institusjon.
- Kvinner som det av språklige grunner er vanskelig å kommunisere med, får en dårligere helsetjeneste. Tolketjenesten er ofte mangelfull. Det mangler tilgjengelighet av kompetent tolk på et øyeblikks varsel og til alle døgnets tider. Tolketjenesten er kostbar og skal betales over helsevesenets budsjett, noe som fører til tilbakeholdenhet med å rekvirere slik tjeneste.
- Ansvaret for transport til en fødeavdeling er uklart: ambulansetjenesten er helseforetakenes ansvar, men de har ikke ansvar for jordmorfølge. Den jordmoren som eventuelt skal følge, er kommunalt ansatt. Jordmorberedskap rundt denne tjenesten er ikke klart definert.
- For distrikts-Norge er balansen mellom nærhet til fødeinstitusjon og beredskapsnivået til institusjonen vanskelig. Nærhet gir trygghet, ikke bare på grunn av transportproblemer, men også fordi det som er kjent, fremstår som trygt. Fødestuer kan gi tilbud om nærhet til det mindretall av de fødende som har minimal risiko for fødselskomplikasjoner og som er innstilt på å føde uten moderne smertelindring. Selv med en svært god seleksjon på risikofaktorer, vil alvorlige komplikasjoner en sjelden gang inntreffe. For de fødende som ikke bør eller vil føde på en fødestue, gjenstår problemet med transport til nærmeste fødeavdeling.
- Små fødeavdelinger har problemer med rekruttering og med å opprettholde ferdighetsnivået hos de ansatte når det gjelder å håndtere sjeldne tilstander.
- Forståelse av at fritt sykehusvalg også gjelder fødsler, skaper problemer, særlig i Oslo. Selv om den totale fødekapasiteten er stor nok, kan enkelte sykehus ha for stor pågang. Uforutsigbarheten i når en fødsel inntreffer, gjør at det alltid vil oppstå situasjoner der en avdeling er full og kvinner må henvises til et annet sykehus enn det hun primært ønsker.

Vi setter et spørsmålstegn ved punktet om at tjenestene i for liten grad tar i bruk tilsynsrapporter i forbedringsarbeidet. Vår erfaring er at tjenestene tar tilsynsrapporter svært alvorlig, kfr. oppslag i VG 10.11.07 om perinealrupturer med kommentar fra Fylkeslegen i Østfold.

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

Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttet?

Er det andre forhold som bør omtales (for eksempel om det er tatt tilstrekkelige hensyn til personvern)?

- Kontinuitet i oppfølgingen av den gravide kan best ivaretas gjennom et nært samarbeid mellom jordmortjenesten i fødeinstitusjonene og primærhelsetjenesten. Dette kunne kanskje vært lettere ivaretatt hvis det bare var ett forvaltningsnivå, dvs. at jordmødrene som arbeider i primærhelsetjenesten var ansatt i helseforetakene. Det er ikke mulig å sørge for at den gravide møter samme jordmor gjennom hele forløpet svangerskap – fødsel – barsel, men hvis

jordmødrene som står for oppfølging i svangerskap og barsel etter utskrivning fra fødeinstitusjon, inngikk i en rotasjonsordning med institusjonen, ville det oppstå en kontinuitet i kjennskap til rutiner og tenkemåte.

Selv om kvinnen skal beholde valget om hun vil gå til helsestasjon, fastlege eller praktiserende gynekolog gjennom svangerskapet, bør tilbudet ved helsestasjonen gjøres så godt at de fleste velger dette. Mengdetrening og fokus på svangerskapsomsorg gjør helsepersonellet bedre skikket både til å ivareta den friske gravide og til å ta hånd om komplikasjoner.

Om det er hensiktsmessig at første svangerskapskontroll skjer hos fastlege eller hos lege knyttet til helsestasjon, vil variere med lokale forhold, og bør derfor tilrettelegges lokalt.

For at jordmødrene ved helsestasjonene skal være i stand til å følge opp kvinnen og det nyfødte barnet på en god måte de første ukene etter tidlig hjemreise, må jordmortjensten i distriktene styrkes betydelig.

- Tolketjenesten bør styrkes. For at det skal være mulig for helsetjenesten å benytte seg av denne i større utstrekning enn i dag, må også budsjettene styrkes.
- Følgetjeneste ved transport av fødende bør lovfestes. Det bør innføres en nasjonal standard for hva som er adekvat beredskap. Andre faggrupper enn jordmødre bør ikke få ansvaret for denne følgetjenesten. Det lille andre faggrupper kan lære ved kompetansehevende tiltak, er ikke i noe fall nok til å mestre komplikasjoner. En transportfødsel er i utgangspunktet ikke noe medisinsk problem, så lenge barnet faktisk fødes på normal måte. Det eneste følgepersonen trenger å ha lært, er å holde barnet varmt (på mors bryst). Oppstår det problemer, trengs det en jordmors kompetanse og erfaring.
- Omgjøring av små fødeavdelinger til fødestuer er ikke uten videre uproblematisk. Selv om en fødestue ivaretar behovet for nærhet for de kvinnene som kan og vil føde der, får de andre kvinnene desto lengre vei til det stedet de skal føde. Selv med den beste seleksjon vil det av og til oppstå komplikasjoner som kunne fått en bedre utgang ved en fødeavdeling enn ved en fødestue.

For de små fødeavdelingene er problemet bemanning og kompetanse. Vi støtter forslaget i problemnotatet om at små fødeavdelinger kan inngå i et nettverk med en sentral fødeavdeling med stort volum og høy kompetanse, der personalet deltar i en rotasjonsordning. Det er viktig at både det medisinske og det administrative ansvar for en slik liten fødeavdeling ligger i den store avdelingen, slik at det blir samsvar i medisinske rutiner og i administrasjon.

Vi støtter ikke forslaget om at det igjen skal kunne opprettes en ordning med at kirurger er ansvarlige for keisersnitt på små lokalsykehus. Selve det operative inngrepet er relativt enkelt og kan lett læres av en kirurg. Det er å stille indikasjonen for inngrepet som krever spesialkunnskaper, og det må være et krav om at vedkommende som gjøre det, er spesialist i fødselshjelp og

kvinner sykdommer. Det kan diskuteres om et godt utbygget system for telemedisin kan gjøre det mulig å konferere med en fødselslege et annet sted, før selve inngrepet eventuelt utføres av en kirurg.

Et system med en ”stafett” av innleide leger er ikke tilfredsstillende.

Et slikt rotasjonssystem, der de små avdelingene må sees på som satellitter av en større avdeling, vil også kunne løse de små avdelingenes bemanningsproblem.

- Det er tvilsomt om differensiering av fødsler ved ulike lokalisasjon innenfor en avdeling fører til noen forbedring. En undersøkelse av lavrisikofødsler ved Aker universitetssykehus i den tiden det var en lavrisikoavdeling sammenlignet med lavrisikofødsler ved Ullevål universitetssykehus i samme periode, viser at det ikke var noen forskjell i bruken av akutte keisersnitt mellom avdelingene. Et forsøk med innføring av ”røde” og ”grønne” fødsler ved den ene av Ullevål universitetssykehus’ fødeavdelinger og ikke ved den andre, viste at det ikke var noen forskjell i bruk av akutte keisersnitt, elektronisk fødselsovervåking eller bruk av ristimulerende midler mellom avdelingene.
- Et nasjonalt system med elektronisk helsekort for gravide støttes. Et slikt elektronisk helsekort inngår som en integrert del i det fødejournalssystemet som nå innføres i forhenværende Helse Øst, i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Det er viktig å sørge for at slike elektroniske systemer holdes stadig oppdatert i følge med utviklingen av medisinsk kunnskap.
- Det er viktig og nyttig å sørge for brukermedvirkning i alle prosesser i helsevesenet. Når det gjelder svangerskap og fødsel, har det hittil vært slik at de brukerne som har hatt mest innflytelse, har vært kvinner som har vært opptatt av en mest mulig avmedikalisert fødsel. Helsevesenets hverdag er derimot møtet med de kvinnene som ønsker en mest mulig smertefri fødsel, en fødsel der det er nærhet til nyfødtafdeling og dermed trygghet for barnet, og mange ønsker et primært keisersnitt. Disse kommer lite til orde i den offentlige debatt. Hvis det skal opprettes nye råd med større brukermedvirkning, er det nødvendig å sørge for at alle syn er representert, ikke bare de mest ressurssterke og de med høyest stemme.
- Perinatalkomiteene er lagt til de regionale helseforetakene. Mandat for disse komiteene varierer. Ikke alle har audit av uheldige hendelser som en del av sitt mandat. I internasjonale undersøkelser er det vist at hvis audit skal ha en læringsfunksjon, må den foregå i det miljøet der læringen skal skje. Gjennomgang av uheldige utfall bør derfor legges til den avdelingen der det skjedde. Det kan diskuteres om det skal gjøres helt i regi av avdelingen selv, eller om det bør komme inn én eller to personer utenfra i slike møter.

Mandatet til de regionale perinatalkomiteene bør diskuteres og samordnes på nasjonal basis. Gitt at Norge er et lite land, bør det også diskuteres om det heller bør opprettes én nasjonal perinatalkomité.