

Notat fra Liv laga til Helse- og omsorgskomiteen

1 Innledning

Vi vil først og fremst takke representantene for å ta opp denne saken og for mulighet til å få komme med våre innspill, i dette notatet og muntlig på torsdag. Vi ønsker all oppmerksomhet på saken velkommen, og håper at press fra flere kanter vil drive fram best mulig tjenester.

Statsråd Brustad varslet 22. april i år en ny stortingsmelding om en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Vi har håp om at denne skal løse mange av utfordringene som tas opp i Dokument 8 av 30. april. Likevel. ”fine ord” i dokumenter er ikke nok og vi håper at komiteen gjennom arbeidet når og senere følger opp saken slik at tiltakene faktisk blir gjennomført.

I innstillingen til Akuttmeldingen¹ står det:

K o m i t e e n viser til Ot.prp. nr. 60 (1993-1994) hvor det ble fremholdt at fødende med reisevei over 1 time bør ha kvalifisert ledsagelse til fødestedet.

K o m i t e e n vil understreke behovet for å etablere en omsorg som ivaretar kontinuiteten og fremmer samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten.

Det har gått syv år og vi mener alt for lite er skjedd i disse sakene. Kontinuitet er fortsatt en ønske-drøm mange steder, og for få prosjekter og tiltak er satt i verk for å fremme samarbeid og kontinuitet. Vi håper at arbeidet som pågår nå vil sette fart på reformarbeidet.

Vi mener at all svangerskapsomsorg utenom fastlegene bør være underlagt fødeenhetene, dvs. at alle jordmødre er ansatt ved en fødeenhet, men at kontrollene foregår ved de lokale helsestasjonene eller ved fødeenheten, alt ettersom hva som er mest hensiktsmessig. Denne løsningen vil ha, hvis visse forutsetninger er oppfylt, flere fordeler. Vi ettersender gjerne mer informasjon om dette.

2 Gode forslag

Vi kjenner oss igjen i en rekke av beskrivelsene i dokumentet og støtter de fleste av forslagene. En fødsel er en sjelsettende livsopplevelse som vil sette djupe spor hos foreldrene – enten gode eller dårlige. I en slik situasjon, og månedene før og etter, er det essensielt å bli møtt med **respekt** og føle seg **trygg** på at man får den hjelpen man trenger. Tjenestene skal ikke bare yte ren medisinsk hjelp, men vel så viktig er det å gi **omsorg**.

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen skiller seg fra alle andre helsetjenester ved at brukerne ikke har en sykdom eller skade som skal leges eller lindres. Tjenestene skal være en investering som sikrer brukerne god fysisk og psykisk helse. Tjenestene må legge tilrette for en god start på familielivet og forebygge relasjonsproblemer, og dermed øke sjansen for at folk ønsker flere å bringe flere barn til verden. Det er et paradoks at offentlige budsjetter pøser ut milliarder for å stimulere befolkningsveksten (foreldrepenger, barnehagesubsidier, kontantstøtte, trygd), men ikke vil bruke nødvendige ressurser på de mest kritiske månedene og timene.

2.1 Svangerskapsomsorgen

Lov og forskrifter bør utformes slik at kommunene ikke har oppfylt kravene før de har en god nok dekningsgrad: at det er antallet brukere og jordmorsens evt. oppgaver utover svangerskapskontroll (følgetjeneste, barselomsorg, arbeidsplassvurdering, celleprøver etc) som skal avgjøre antallet og størrelsen på stillingene. Også i kommuner med lavt folketall må brukerne ha et sted å henvende seg for spørsmål som ikke kan vente til jordmors kontortid, som kanskje bare er annenhver uke. Kapasiteten må være god nok til at alle som ønsker det kan gå til jordmor, enten alene eller i kombinasjon med lege(r). Tjenesten må være fleksibel og robust slik at kommunen ikke blir stående uten jordmor ved sykdom og permisjoner.

2.2 Fødselsomsorgen

Forslagstillerne mener at statsråden ”må stille klare krav til de regionale helseforetakene om at det ikke skal foretas økonomisk motiverte omstillinger som fører til et dårligere fødetilbud for pasien-

¹ St.meld. nr. 43 (1999-2000) og Innst. S. nr. 300 (2000-2001)

tene". Dette er vi helt enige i. Dette gjelder både ved de store avdelinger der det synes at kostnads-effektivitet går foran kvalitet og omsorg, ved de mindre avdelingene som stenges i ferier og ved fødestuer som legges ned eller trues av nedleggelse på helårsbasis.

Helseforetakene må begynne ferieplanleggingen tidlig nok til at det er mulig å finne vikarer internt og eksternt. Er stenging unngåelig er det helt nødvendig med gode substitutt som følgetjeneste og hjemmekontroller, samt god og tidlig informasjon til brukerne.

Det burde være en selvfølge at RHF i samarbeid med sine HF og kommunene sørget for at kapasiteten sto i stil med behovet. I dag øker fødselstallet uten at fødeplasser, barselsenger og helsestasjonsressurser holder tritt. Vi er derfor svært glade for at forslagstillerne løfter denne saken fram. Det burde også være selvsagt at Norge etterlever WHO's retningslinjer. Kapasiteten må være god nok til at kvinner i aktiv fødsel får hjelp og støtte av en kvalifisert fødselshjelper.

Sikkerhets- og kvalitetsikringsarbeidet er dessverre ikke godt nok. Vi mener at helsevesenet har mye å lære av andre bransjer og hilser forslaget om nye kvalitetsindikatorer velkomment!

2.3 Følgetjenesten

Følgetjeneste er viktig både rent medisinsk (sikkerhet ved transportfødsel) og ikke minst for brukernes opplevelse av trygghet. Skal vi få nok personell til følgetjenesten må vaksatsene og -belastningen være bedre enn i dag.

2.4 Barselomsorg

Vi mistenker at en del av de barselkvinner som ønsker tidlig hjemreise gjør det pga. lav kvalitet ved sykehuset/hotellet. Selv på pasienthotellet har brukerne rett til individuell informasjon og oppfølging, men tilbudet er dels mangelfullt. Hvis de ikke får omsorg, veiledning og avlastning kan de like gjerne reise hjem, der er det i hvert fall mat tilgjengelig når de er sultne. Slik kan sykehusene spare mye penger: lav kvalitet → flere vil hjem tidlig → færre liggedøgn.

For de fleste er det dog ikke eget ønske eller hva som er medisinsk riktig, men sykehusets behov for å frigjøre senger som styrer tidlig hjemreise og utskriving til pasienthotell. Kanskje er praksisene medisinsk forsvarlig, men hvis ikke familien føler seg klare og trygge – hvordan kan man da trygge dem? Medbestemmelse, samt å bygge opp et godt hjemmetilbud er viktige momenter. I dag skrives familiene tidlig ut uten at de får "kompensasjonsoppfølging" fra verken sykehuset eller helsestasjonen. Innsparinger ett sted fører til økt behov et annet sted.

Tidlig hjemreise (og dårlig kapasitet/kvalitet på barsel) betyr også at helsepersonellet ikke reker å gjøre viktige observasjoner, f.eks. om rusmisbruk hos mor, manglende tilknytning, amme-problemer og etterkomplikasjoner hos mor og barn.

2.5 Forslagene

Vi støtter fullt ut forslag 1-10 og 12-13, og har følgende bemerkninger:

2. Valgfriheten er ikke det essensielle, men at kapasiteten er god nok til at kvaliteten ved alle avdelingene er høy.
6. Jordmor eller annet kvalifisert personell, eks. gynekolog
7. Hva ligger i uttrykket "som har behov for slik tjeneste"? Hvem definerer behovet?
8. Regjeringen bør legge til rette for og oppfordre til samarbeidsavtaler.
10. Samt følgetjenestebelastning.
12. Materiellet må finnes på alle de store språkene i Norge og gis på flere måter enn skriftlig. F.eks. er en del brukere (funksjonelle) analfabeter.

3 Stridstema

Stortinget vedtok fra 2001 om å be "Regjeringen gjøre Statens helsetilsyns nivåinndeling for fødselsomsorgen gjeldende for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen" har skapt mye debatt og strid. Vi er enige i prinsippet om desentralisering og differensiering, i Akuttmeldingen var jo alternativet skissert som en ytterligere sentralisering. En sentral og ensrettet fødselsomsorg, der alle må føde på store avdelinger med mulighet for epidural og keisersnitt, men med lite omsorg vil etter vår mening være en katastrofe. Vi er enige med DNJ om at fødestue er bedre enn intet tilbud.

Selv om både meldingen og innstillingen påpeker at ikke tallkravene skal være absolutte og dette nok heller aldri var intensjonen til Helsetilsynet, er det i praksis blitt tallene som har skapt strid

og frykt for nedleggelse. Tallene skulle sikre kvaliteten, men kan i stedet ha hatt motsatt virkning. Tør helsepersonellet selektere så strengt som de skal når de frykter at noen få færre fødsler betyr nedleggelse av fødeavdelingen?

Vi vil ha mest mulig desentraliserte og differensierte tjenester, dvs at så mange som mulig har så kort vei som mulig til differensierte tjenester, fra fødestuenivå uten kjemisk smertelindring til mulighet for operativ forløsning og nyfødtnedisin. Så lange det er faglig forsvarlig (i fht andre krav enn antall fødsler), praktisk mulig (rekrutteringsmessig og oppgaver på dagtid) og ikke uforholdsmessig dyrt (dyre viktjenester som ”stjeler” ressurser fra andre deler av fødselsomsorgen) bør ikke flere avdelinger og stuer legges ned eller omgjøres. Ved en vurdering må man ikke bare se på antall brukere av fødselsomsorgen ved den enkelte enhet, men også på antall brukere av svangerskaps- og barselomsorg ved enheten, samt en endrings betydning for følgetjenesten m.m.

Antall fødsler er alene et dårlig måleredskap og gir ingen garantier for faglig kvalitet eller trygghet. Kontinuitet, faglig nivå m.v. er langt viktigere indikatorer. Vi er enige i at fødselsomsorgen skal nivåinndeles ifht tilbudet som kan gis – men definisjonskriteriene må tilpasses og evalueres ut fra de erfaringer man har gjort seg frem til nå basert på dagens ordning!

Vi vil også påpeke at vi synes det er underlig at det forrige rådet for fødselsomsorg fryktet kvaliteten ved de små avdelingene, og ikke ved det store. Vi mener at de store står ovenfor vel stå store kvalitetsutfordringer og at problemene rammer mange flere der enn ved de små.

Vi er derfor ikke enige i forslag 11, hvis det med dette menes at flere fødeavdelinger bør gjøres om til stuer, og flere fødestuer bør legges ned. Ytterligere nedskjæringer i tilbudet må være basert på en større helhetsvurdering og andre kvalitetsindikatorer enn antallet fødsler.

4 Mangler

Et Dokument 8 kan naturlig nok ikke dekke alt, men vi vel likevel nevne to punkter vi mener er spesielt viktig og som vi savner.

4.1 Brukermedvirkning

Vi er svært glade for at da Regjeringen oppnevnte et nytt Nasjonalt råd for fødselsomsorg inkluderte de brukerrepresentanter. Dette var et godt første steg! Men det er viktig med brukermedvirkning nedover i systemet også, fra RHF, HF, de enkelte enheter og til den enkelte bruker i hennes møte med helsevesenet. Det må finnes gode samarbeidsarenaer der brukere i vid definisjon kan møte de ansvarlige ledere. Og pasientrettighetsloven om informasjons- og medbestemmelsesrett må oppfylles.

4.2 Innvandrere og andre etnisiteter

Mange brukere av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen har ikke norsk som morsmål og/eller har en annen etnistet. Dette skaper spesielle utfordringer både mht til språk og kultur, og helseprofilen kan være annerledes for andre etniske grupper enn vestlige slik at helsepersonellet må være obs på andre faresignaler. Men disse innvandrergrupper utgjør også en ressurs fordi de bringer mer seg verdifulle tradisjoner og gir nye perspektiv på gamle ”sannheter”.

Vi mener at det er viktig å ta var på innvandreneres ressurser og gi dem et best mulig tilbud. Forskning viser at innvandrere får dårligere helsetjenester, og har større risiko for komplikasjoner hos både mor og barn. Kommunikasjonsvansker regnes som en av hovedårsakene til dette.. Ett av mange tiltak vil være en doulaordning. En doula (fødselshjelper) kan fungere som støttespiller, kulturell og språklig tolk, før, under og etter fødselen. En flerkulturell doula er en kvinne med minoritetskulturell bakgrunn som har gode norskkunnskaper (språk, kultur og helsevesen) og har utvidede kunnskaper om kvinnehelse, svangerskap, fødsel og barsel – uten nødvendigvis å være helsearbeider.

En slik ordning vil både bety kontinuitet for kvinnene og deres familier (om helsepersonellet stadig skifter så er det i hvert fall én person de kjenner og stoler på) og det vil forhåpentligvis øke sjansen for at livsviktig informasjon ikke går tapt. F.eks. vil nok mange vegre seg for fortelle lege eller jordmor om intime, men viktige ting, når alt skal gå gjennom en unge, fremmed, mannlig tolk.

Liv laga jobber for å få til et prosjekt med Doula-kurs for minoritetskvinner som ønsker en slik rolle.