



DEN NORSKE  
JORDMORFORENING

H Helse Midt-Norge RHF

Den norske jordmorforening  
Tollbugata 35, 0157 Oslo

TELEFON 21 02 33 72  
FAKS 21 02 33 77  
E-POST [dnj@jordmorforeningen.no](mailto:dnj@jordmorforeningen.no)  
NETT [www.jordmorforeningen.no](http://www.jordmorforeningen.no)

The Norwegian Association of Midwives  
Tollbugata 35, N-0157 Oslo, Norway

PHONE +47 21 02 33 72  
FAX +47 21 02 33 77  
E-MAIL [dnj@jordmorforeningen.no](mailto:dnj@jordmorforeningen.no)  
WEB [www.jordmorforeningen.no](http://www.jordmorforeningen.no)

Dato: 20. mai 2010 Deres ref.: Vår ref.: EG

## Hørings svar på Strategi 2020

Vi viser til brev av 3. mars samt utkast til strategi for Helse Midt-Norge frem mot 2020, og takker for muligheten til å uttale oss.

Høringsnotatet har vært på intern høring i Den norske jordmorforening (Dnj), da særlig i våre berørte lokalforeninger. Kommentarer og synspunkter fra disse danner grunnlaget for Dnj's høringsuttalelse på Strategi 2020.

På et generelt grunnlag oppfattes det positivt at det settes i gang arbeid med langsiktige strategiplaner. Det er etter vår mening viktig at det ikke settes i gang kortsiktige omstillinger til stadighet, men heller ses på hva som kan gi ønskede resultater på lang sikt. Vi vil imidlertid understreke viktigheten av å involvere medarbeidere som i det daglige driver pasientrettet virksomhet, samt brukere av tjenestene, tidlig i slike omfattende endringsprosesser. Svært mye taler for at endringer da foregår smidigere.

I høringsbrevet bes det om svar på, eller nye forslag til løsninger på, fem spørsmålsstillinger. Siden Dnj i all hovedsak har mest kommentarer knyttet til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, velger vi å ikke kommentere hvert enkelt spørsmål for seg men heller konsentrere våre innspill til det som oppfattes viktigst for vårt fagområde og våre brukergrupper.

Jordmødre arbeider hovedsaklig med en brukergruppe der det store flertallet må betraktes som unge, friske mennesker som befinner seg i en normal, men for mange sårbar fase av livet. Dette gjelder for jordmorarbeid både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Et flertall av befolkningen opplever å bli foreldre en eller flere ganger i livet, og det forventes at tilbudene som finnes har faglig høy standard kombinert med nærhet, tilgjengelighet, forutsigbarhet og kontinuitet. Til tross for at de aller fleste gravide og fødende er friske, ser det ut til at det er en økende forekomst av spesifikke og sammensatte lidelser også hos gravide. Eksempelvis overvekt/fedme, diabetes, fødselsangst og psykososiale og/eller rusrelaterte problemer. Videre finnes

det et økende antall kvinner fra andre land og kulturer også i Helse Midt-Norges nedsalgsfelt. Alle de ovenfor nevnte grupper krever ekstra innsats og tidlig intervensjon, og dette kan være ressurskrevende. Det er viktig å fange opp disse kvinnene/familiene tidlig for å kartlegge behov, forebygge og eventuelt behandle.

Det spesielle med fødselsomsorgen er at den vanskelig kan planlegges.

Fødeinstitusjonene har selvfølgelig oversikt over kvinner tilhørende sin enhet og når disse har termin. Imidlertid så føder som kjent ikke de fleste kvinner på termindatoen. Fødeinstitusjoner må følgelig anses som akuttavdelinger fordi aktiviteten ikke kan planlegges.

I Stortingsmelding nr 47, (2008 – 2009) Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid, legges det opp til en overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette fremstår også som retningsgivende for Strategi 2020. I prinsippet er Dnj enige i tanken om at laveste/beste omsorgsnivå er positivt både for brukere og ansatte. Vi vil imidlertid advare sterkt mot at en overføring av oppgaver ikke må foregå så raskt at kommunehelsetjenesten ikke blir tilstrekkelig rustet opp til å kunne takle flere og mer komplekse oppgaver i tide. Etter vår oppfatning er strategi 2020 ikke tilstrekkelig koordinert med anbefalinger som gis i verken Samhandlingsreformen eller i Stortingsmelding nr 12, (2008 – 2009) En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Vi oppfatter det slik at det i strateginotatet åpenbart er et stort behov for økonomiske innsparinger, men det er ikke tatt høyde for eller beregnet hva som behøves av økte ressurser i kommunene for å kompensere for dette.

### **Konkrete og lokale synspunkter og innspill:**

- Den norske jordmorforening ser med bekymring på forslaget i Strategi 2020 om å redusere antallet fødeavdelinger i Midt-Norge. Vi mener bestemt at det er viktigere å fokusere på kvalitet i tilbudet enn kun på antall fødsler ved fødeavdelingene. Det finnes støtte for dette i det pågående arbeidet med utarbeidelse av kvalitetskrav til fødeinstitusjoner, Helsedirektoratet, 2010: Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav til fødeinstitusjoner, som i disse dager er ute på høring). Dnj forstår og aksepterer at fødeavdelinger ikke kan opprettholdes for enhver

pris, dersom kvaliteten på tilbudet ikke holder en god nok kvalitet. Det som imidlertid påpekes både i Stortingsmelding nr 12, En gledelig begivenhet og i Et trygt fødetilbud, er at det må tas tilstrekkelig hensyn til geografiske forhold og distanse til nærmeste fødeavdeling.

- Det kan se ut som om de langsiktige planene for Helse Midt-Norge RHF ikke er godt koordinert i forhold til naboregionene. Det kan fort bli svært store områder av landet som får et meget dårlig tilbud til fødende og andre pasienter som har behov for akutt hjelp. Det første eksemplet på dette er Namsos sykehus som tar i mot en del fødende fra sørlige deler av Nordland. Dersom akuttberedskapen/fødetilbudet reduseres eller bortfaller her, samtidig som Helse Nord vil ønske å redusere aktiviteten på små sykehus, så vil det bli svært lang vei til sykehus med slik beredskap for befolkningen i dette området. Helt sør i Helse Midt sitt område finner man det samme problemet i forhold til ønske om å legge ned fødetilbudene i Nordfjord og Lærdal (Helse Vest), for å kanalisere disse til Volda i nord og til Voss og Bergen for fødende sør i Sogn og Fjordane. Imidlertid så har jo Helse Midt signalisert at fødeavdelingen i Volda er en av avdelingene man ser for seg kan bli nedlagt. I tillegg til dette kan det se ut som om det også innad i Helse Midt RHF foregår planarbeid som virker noe løsrevet fra planer i Strategi 2020. Vi sikter her til Helse Nordmøre og Romsdal som har ulike forslag til hvordan fødeavdelingene i Molde og Kristiansund kan slås sammen. Dnj etterlyser en mer aktiv samhandling med naboer i nord og sør samt mellom foretakene innad i Helse Midt-Norge!
- Strategi 2020 hevder at transport til fødeavdeling skal tas med i vurderingen. Vi kan ikke se at det er gjort konkrete beregninger verken med tanke på økning av antall transporter av fødende eller kostnader dette vil medføre. Rapporten Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetsindikatorer for fødeinstitusjoner, (Helsedirektoratet 2010) foreslår strenge kriterier for seleksjon av vilke fødende som kan føde på fødeavdeling uten døgnbasert akuttberedskap. Ved en omlegging til fødestue vil anslagsvis 40 – 60% av de fødende måtte transporteres til avdeling med høyere beredskap. I Helse Midt vil det i praksis si til Ålesund eller Trondheim, hvor det etter vår erfaring ikke finnes kapasitet til å ta i mot det økte antallet fødende.
- Spesielt om følgetjeneste og transportfødsler: Strategi 2020 understreker at man ”aktivt må sette inn tiltak som hindrer transportfødsler”. Vi kan imidlertid ikke se at det finnes konkrete tiltak i forhold til dette bortsett fra at ”tett

oppfølging og gode sikkerhetsmarginer vil bidra til dette”. Vi kan ikke helt se hvordan dette skal være konkret nok til å hindre fødsler underveis, da det uansett hvor god oppfølging som gis, ikke kan forutses når fødsel vil starte eller hvor lang tid den vil ta hos den enkelte. Med tanke på den økonomiske siden av dette, etterlyser vi tall/beregninger på hvor mange (risiko-)gravide som vil måtte reise til fødestedet i god tid før fødsel og bo på (pasient-)hotell i påvente av fødsel; vil man øke antall inngrep som for eksempel igangsetting av fødsler for å korte ned på ventetiden, med dertil følgende produksjon av komplikasjoner; hvor er kostnadsestimatet på økte transportutgifter for fødende? Her må tas med kostnader til jordmorberedskap for følgetjeneste i kommuner med lang vei til fødeavdeling, som det vil bli flere av, samt kostnaden ved selve ambulansetransporten (med bil, fly eller helikopter). For jordmødre i kommunene med beredskapsvakt for følgetjeneste vil en større andel av stillingen gå med til å følge fødende inn til fødeinstitusjon. Det vil bety redusert service til gravide i kommunen med mindre man ruster kommunejordmortjenesten svært kraftig opp. Vi vil i denne anledning minne om følgende veiledende anbefaling fra Stortingsmelding nr 12 (2008 – 2009), En gledelig begivenhet, at fødende med reisevei som overstiger halvannen time skal ha krav på kvalifisert følge underveis. Den andre siden av saken er den menneskelige; betydelig lengre reisevei vil bety økt risiko for transportfødsel. Videre er det både en fysisk og en psykisk belastning for en fødende kvinne å ligge (fastspent) på en smal bære, med økende rier, i flere timer i ambulanse på til dels dårlige veier i håp om å nå fram i tide. Å måle antall transportfødsler er enkelt, men det finnes ikke pålitelige tall på hvor mange kvinner som bare akkurat rakk fram, og hvordan ambulanseturen i forkant opplevdes!

- Forslaget om å opprette femdagersposter stiller Dnj seg skeptiske til. Det vil etter vår oppfatning ikke fremme bærekraftige og robuste fagmiljøer, som er et mål i Strategi 2020, og det vil heller ikke fremme trygghet og forutsigbarhet blant befolkningen – verken for fødende eller pasienter generelt. Femdagersposter vil nødvendigvis også generere økte transportkostnader. Vi stiller videre spørsmål ved hvilke konsekvenser en slik omlegging vil ha for utdanning av ulike typer helsepersonell.
- Fødselsfaget kan ikke sees isolert fra gynekologifaget, som utgjør et ikke ubetydelig volum og som er et viktig helsetilbud til kvinner i regionen. Polikliniske tilbud basert på innleie av vikarleger eller kjøp av tjenester fra private avtalespesialister vil etter vår oppfatning ikke være en god løsning.

Dette vil mest sannsynlig "sentralisere" seg til de større byene, og dermed gi et dårligere gyn-tilbud til kvinner i distriktene. Dette kan vi ikke se er i tråd med overordnede føringer om at man skal ha lik tilgjengelighet til nødvendige helsetilbud uavhengig av hvor man bor. Det er allerede en skjev fordeling av gyn-tilbud, med mange spesialister i de større byene, og dette vil bare forsterkes.

### **Oppsummering og anbefalinger for det videre arbeidet:**

- Dnj etterlyser en større grad av koordinering av tjenestene i forhold til svangerskap, fødsel, barsel og gynekologi. Med dette menes både innad i eget RHF, naboer i nord og sør samt kommunehelsetjenesten i Helse Midt.
- Dnj etterlyser langt grundigere analyser/beregninger av kostnader knyttet til kraftig økt sentralisering av fødeinstitusjoner. Det menes her både volumøkning i antallet transporter, økonomiske kostnader og sist men ikke minst menneskelige kostnader i form av økt utrygghet og mindre forutsigbarhet for kvinner (og familiene deres) som skal føde barn.
- Dnj etterlyser en grundigere tankegang og beskrivelse av hva som anses å være robuste og sterke fagmiljøer, samt hvordan slike kan etableres. Herunder savnes mer konkrete tiltak i forhold til rekruttering og utdanning. Dette er spesielt viktig sett i lys av at strateginotatet har som et av sine mål at kunnskapsbasert praksis skal styrkes.
- Dnj anbefaler at aktuelle dokumenter og rapporter, som nevnt tidligere i høringssvaret, leses og anvendes i det videre arbeidet med Strategi 2020 med tanke på sentralisering av fødetilbudet i regionen. I tillegg til de ovenfor nevnte dokumenter anbefales det at den ferske rapporten Utviklingsstrategi for jordmortjenesten (Helsedirektoratet 2010) inkluderes som grunnlagsmateriale for videre arbeid.
- Dnj ønsker ikke å fremme konkrete forslag i forhold til om, eventuelt hvor mange eller hvilke fødeinstitusjoner som kan eller bør avvikles eller omgjøres til fødestuer. Vi vil videre fraråde på det sterkeste at hvert enkelt foretak skal ta beslutninger om hvilke fødeinstitusjoner som ønskes avviklet. Dette mener vi bør gjøres på RHF-nivå, i samarbeid med nærliggende RHF, for å sikre en best mulig geografisk dekning i forhold til fødeinstitusjoner med akuttberedskap.

Den norske jordmorforening takker med dette for muligheten til å komme med innspill til strateginotatet, og vil ønske Helse Midt-Norge lykke til i det videre arbeidet med dokumentet.

Høringssvaret sendes også pr post i signert utgave.

Med vennlig hilsen

Den norske jordmorforening

Marit Heiberg (sign)

Leder

Elisabeth Grimsrud (sign)

Fagkonsulent