

Strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg må være faglig basert

## Problematisk notat

Problemnotatet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skaper problemer. Det er alvorlig når samtlige medlemmer av Nasjonalt råd for fødselsomsorg trekker seg fordi de ikke er blitt rådspurt i prosessen med utarbeiding av ny strategi.

Helse- og omsorgsdepartementet har nylig laget et problemnotat om nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Ifølge høringsbrevet ønsker man å «sammenfatte kunnskap om status, identifisere problemområdene og redegjøre for problemstillingene som er sentrale for å kunne utarbeide en fremtidsrettet strategi». Det foreslås tiltak, men presiseres at notatet er en del av en pågående prosess. Det er beklagelig at flere av tiltakene er utprøvd tidligere uten påvist effekt. Notatet tegner også et feilaktig bilde av en omsorg med betydelige problemer og manglende legitimitet hos de gravide, mens Norge i realiteten er et av verdens tryggeste land å føde i.

Etter et årelangt og grundig arbeid og flere utredninger ble det i 2001 fattet et vedtak i Stortinget som man mente ville gi en god organisering av fødsler i Norge – forankret på et godt faglig grunnlag. I henhold til vedtaket skal fødsler skje på fødestuer, fødeavdelinger eller kvinneklinikker. Inndelingen og medfølgende ressurser og kompetanse bestemmes etter antall fødsler. Flere steder er organiseringen av fødetilbudet fortsatt ikke gjennomført. Tilgjengelighet, kvalitet, antall og lokalisasjon av fødeplasser er temaer som helt naturlig alltid opptar befolkningen. Det må kreves gode faglige prosesser for å endre de vedtak som er gjort. Ellers vil ikke befolkningen kunne ha trygghet for at fødeplassene har god kvalitet.

Det problemnotatet HOD har lagt frem nå er dessverre lite preget av faglig forankring. Det må bred kompetanse inn i det videre arbeidet.

Hva vet vi om folks oppfatning av svangerskaps- og fødselsomsorgen? Forskning har vist at oppslutningen om svangerskapsomsorgen er svært god, gjennomsnittlig antall kontakter i svangerskapsomsorgen er høyt og langt høyere enn det som er anbefalt. Oppslutningen om seksukerskontrollene for barnet på helsestasjonen er meget god. Perinatal dødelighet er lav og på linje med de andre nordiske land. TNS Gallup gjorde i 2003 en nasjonal kartlegging av fødende kvinners erfaringer på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Her finnes også dokumentasjon for at tilfredsheten er god (1).

En omlegging av organiseringen av fødselshjelpen på tvers av tidligere grundige utredninger og stortingsvedtaket fra 2001 vil ikke i seg selv føre til større tillit. Dersom stortingsvedtaket skal endres må endringene være tuftet på nye omfattende utredninger som kan gi befolkningen dokumentasjon og trygghet for at nye valg gir bedre fødselsomsorg enn den man har vedtatt nå.

Problemnotatet inneholder flere dårlig dokumenterte påstander og lite gjennomtenkte løsningsforslag – noe Legeforeningen har kommunisert tydelig i møter og i hørings svar. Samtidig finnes det utfordringer man ikke har tatt tak i. Dette gjelder f.eks. behov for en bedre svangerskapsomsorg for innvandrerkvinner som trenger langt mer enn en utbygd tolketjeneste. Fastlegens rolle som den faktiske kontinuiteten i en kvinnes – og barnets – helsetjenestekontakt må fastslås. Tilrettelegging for bedre samarbeid mellom gynekologer, fastleger og jordmødre må gjennomgås.

Den første kontrollen av gravide må foregå hos fastlegen. Det er den eneste mulighet til å kunne si at hun er en frisk gravid. Dette bør komme klart frem i departementets strateginotat.

Det er ikke underkapasitet på helsetjenester til gravide. Ferske tall fra bl.a. Oslo viser at nær samtlige gravide har første gangs kontroll hos lege, og i gjennomsnitt har hver kvinne ytterligere 4–5 kontroller hos fastlegen. Det må legges til rette for bedre samhandling mellom fastleger og jordmor – ikke spisse konkurransen slik flere parallelle tilbud faktisk kan bidra til på en uheldig måte.

Det vil ha store konsekvenser dersom alle lokalsykehus med fødsler skal ha keisersnittberedskap, altså være fødeavdelinger med full bemanning for å ivareta dette. Forslag om å la kirurger deltar i keisersnittberedskap er historiske løsningsforslag og uforsvarlig å satse på som rutine.

Legeforeningen ser med bekymring på strukturproblemet i gynekologi/obstetikk. Enlegeavdelinger var tidligere mønsteret ved små lokalsykehus. Av faglige grunner må slike ordninger bestemt avvises. De innebærer stor vaktbelastning, isolert arbeidssituasjon, lavt antall fødsler for å opprettholde kompetanse og en så liten arbeidsmengde at utdanningsforholdene blir utilfredsstillende. Det er og har lenge vært vanskelig å rekruttere gynekologer til små gynekologi- og fødeavdelinger. Dette skyldes for en stor del de ovenfor nevnte egenskaper ved avdelingene.

Legeforeningen vil gjerne delta i det videre arbeidet med en faglig god nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Vi ser frem til møte med HOD for å bidra til å legge strategien sammen med jordmødrene.

### Litteratur

1. TNS Gallup 2003. Tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge. Rapport fra brukerundersøkelse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.



Torunn Janbu

Torunn Janbu  
torunn.janbu@legeforeningen.no  
president