



Dokument 8:168 S (2017–2018) – representantforslag om å sikre trygg fødselsomsorg. Dokument 8:154 S (2017-2018) – representantforslag om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel

Legeforeningen takker for muligheten til å kommentere representantforslagene om en trygg fødselsomsorg. Vi vil kommentere på disse to representantforslagene samlet i høringen. Innledningsvis bemerkes det at begge representantforslagene synes å fokusere hovedsakelig på barselkvinnen og mindre på det nyfødte barnets behov. I behandlingen av forslagene bør begge behov legges til grunn i vurderingen av tiltak. Videre vil vi påpeke at barselomsorgen til kvinner som har gjennomgått kompliserte og/eller kirurgiske fødsler, også må hensyntas. Dessuten må begrepet "tidlig hjemreise" problematiseres. Begrepet er ikke klart definert i Norge. Metaanalysen som den nasjonale veilederen lener seg på når den omtaler "tidlig hjemreise" som "trygt", referer til studier hvor man ser på hjemreise før hhv 48/60/72t. Dette er strengt tatt dagens praksis, som fagmiljøene er enige om fungerer godt, og har bidratt til å gi oss de lave mortalitetsratene vi tross alt har. Bekymringen går på at enkelte helseforetak har tallfestet at en prosentandel av barselkvinnene skal reise hjem enda tidligere (etter 6-8-24t): Dette omtales også som "tidlig hjemreise" og skaper ikke bare en forvirring om begrepet "tidlig hjemreise", men også om hva som skal defineres som "trygt". "Tidlig hjemreise" definert som "etter 6/8/24 t" er kun halvparten av den observasjonstiden *metaanalysen* omtaler som "trygg" (48/60/72 t) – og som fagmiljøene forholder seg til.

Legeforeningens utgangspunkt og vurderinger av barselomsorgen

Norge har lav perinatal (spedbarns-) og mødredødelighet¹. Nedgangen i perinatal dødelighet, det vil si andelen dødfødte og barn som dør innen første leveuke, har fortsatt å synke for hvert år i Norge. I 2016 døde 2,2 barn per 1 000 levendefødte (SSB). Dette er den laveste andelen som noensinne er registrert i Norge. Årsaken er i de fleste tilfeller medfødt sykdom. Norge har også svært lavt antall mødre-dødsfall. Det er 0-5 mødre-dødsfall årlig på ca 60.000 fødsler pr år i Norge².

- For et par tiår siden reiste de fleste hjem etter 3-4 dager på sykehus, nå skrives fødende flest ut etter to dager. For mødre med god erfaring og friske barn er dette trygt, og friske mødre ønsker ofte å komme hjem til familien.
- Barseltiden på sykehus er ikke et hotellopphold, men en tid der fagfolk kan fange opp sykdom og komplikasjoner tidlig. Vurdering av nyfødte barn krever erfaring og tid. Uklare tegn kan være harmløse - eller første signal om livstruende sykdom.
- Mor skal etablere amming, og barnelegeundersøkelse og nyfødt-screeningprøver gjennomføres først etter 24 timer. Tidlig utskrivning før 24 timer vil dermed kunne gi flere polikliniske konsultasjoner og antall reinnleggelser pga for kort observasjonstid.
- Barsedødeligheten har gått ned i Norge takket være fødsel og barseltid på sykehus. Vi er i ferd med å glemme hvor viktig observasjonstid er nettopp for å beholde den lave barsedødeligheten.
- Alvorlig gulsott/kjerneikterus er ikke utryddet: Danmark, med sine tidlige hjemreiser, ser et tilfelle i året. I Norge nå er det rapportert 3 tilfeller de siste årene, etter at det i både i Danmark og Norge har vært fraværende i 20-30 år. Gulsott ses vanligvis tidligst 2. levedøgn, og kan enkelt behandles hvis det oppdages i tide. Vi har ikke råd til å få barn med hjerneskode forårsaket av alvorlig gulsott som enkelt kunne vært forhindret.
- Retningslinjer for barselomsorgen (2014) tilrår et hjemmebesøk av jordmor 1-2 dager etter utskrivelse. Vi vet imidlertid at mottaksapparatet i kommunene ikke fungerer etter intensjonene. Bl.a. er jordmordekningen i kommunene svært variabel.

- Kommunehelsetjenestens tilbud om svangerskaps- og barselomsorg er fragmentert. Det foreligger et betydelig potensial for forbedring av kvalitet, effektivitet og brukeropplevelse hvis rammebetingelsene for samarbeid mellom fødeavdelinger, nyfødtafdelinger, barneleger, helsesøstre, jordmødre og fastleger bedres.
- Dette er et av flere symptomer på at kommunenes medisinske tilbud i de fleste kommuner er underledet og ikke koordinert, og at det ikke foregår et godt nok samarbeid mellom kommuner og helseforetak om oppfølging av barselskvinner.
- Det er i lov om helse- og omsorgstjenester §3.2 tydeliggjort at kommunene skal tilby bl.a. svangerskaps- og barselomsorgstjenester. Samme lovs § 6.2 pålegger RHF og kommunene å lage avtale om samarbeid om jordmørtjenester. Det er etter vårt syn usikkert om denne lovreguleringen har endret realitetene ute i kommunene.
- Tidligere utskrivning av barselskvinner og deres barn vil kreve en helt annen koordinering enn det vi synes å se vilje til i dag, og det er ikke dokumentert at tidligere utskrivning er et trygt alternativ.
- Vi kan uansett ikke begynne med å kutte i liggetid før oppfølging i kommunene er ordentlig etablert.

Oppfølging etter kompliserte fødsler

Legeforeningen vil understreke at det i den videre behandlingen av forslagene må skilles mellom barselavdelinger for friske kvinner som har fått friske barn etter normale fødsler (ofte barselhotell) og barselavdelinger for kvinner som ikke er friske eller har hatt kompliserte og/eller kirurgiske fødsler (keisersnitt/tang/vakum/fastsittende skuldre/setefødsler mv.). Disse kvinnene kan sammenlignes med kirurgiske, postoperative pasienter og kan ha opphold på barselavdelingen av 1-2 ukers varighet, ofte med kompliserte forløp. Det er viktig at alle barselenhetene som skal følge opp kvinner etter kompliserte fødsler, er optimalt organisert, utstyrt og bemannet med personell som har riktig og tilstrekkelig kompetanse. Det krever ressurser, og det er fortsatt en del å hente på å oppgradere disse enhetene. Denne delen av barselomsorgen bør få mer oppmerksomhet.

Vakt og beredskap i kommunene

Hjemreise før to døgn krever at tilbudet om hjemmebesøk er kontinuerlig - dette inkluderer helger, høytider og ferier. Gevinst på reduserte kostnader i sykehusdøgn kan raskt spises opp av krevende vakt/beredskapsordninger i kommunene for å være et trygt tilbud. Her synes det riktig å påpeke at helsetjenestene i nyfødte- og barselperioden må ses i et helhetsperspektiv.

Gråsonepasienter og kvinnes medbestemmelsesrett

Hvis endring i praksis gir færre barselsenger vil jordmor/lege i praksis settes i en tvangssituasjon hvor flere "gråsonepasienter" sendes hjem enten hun vil eller ei. Kvinnes medbestemmelsesrett vil vannes kraftig ut. Antall polikliniske konsultasjoner vil gå kraftig opp, ikke bare pga komplikasjoner, men fordi mor/barn må tilbake for barnelegeundersøkelse/screening etter 1 døgn. Dette kan gi opp mot 24 000 konsultasjoner på landsbasis om Haukelands eksempel følges opp på landsbasis. Syke barn og mødre vil ikke bli fanget opp pga kortere observasjonstid.

Legeforeningens standpunkt til de konkrete forslagene fra SV og Senterpartiet

På bakgrunn av ovennevnte argumenter støtter Legeforeningen SVs forslag 3 og 4. Når det gjelder deres forslag 4 er retningslinjene for barselomsorgen heller ikke utarbeidet for å si noe om dimensjonering av sykehus. Dersom kvinner og nyfødte i større grad i fremtiden reiser hjem etter 6-8 timer, vil det kreve revisjon av retningslinjene. Legeforeningen støtter videre Senterpartiets forslag 3 som er godt begrunnet i deres fremlegg.

¹ <https://www.fhi.no/hn/dod/perinatal-dodelighet---faktaark-med/>

² <https://tidsskriftet.no/2014/04/originalartikkel/modredodsfall-i-norge-2005-09#reference-3>