



Innst. 197 S

(2015–2016)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:2 S (2015–2016)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag frå stortingsrepresentantane Anne Tingelstad Wøien, Geir Pollestad og Kjersti Toppe om å sikre kvaliteten i fødselsomsorga og rammefinansiere fødeavdelingar og kvinneklinikkar

Til Stortinget

Sammendrag

I dokumentet fremmes følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringa fremme sak om å rammefinansiere fødselsomsorga slik at kvalitet blir prioritert og at ein sikrar forsvarleg bemanning som eit akuttilbod.
2. Stortinget ber regjeringa pålegge helseføretaka i løpet av 2016 å sikre at kvalitetskrava til fødeinstitusjonar frå 2010 blir implementerte, både når det gjeld organisering og resultat.
3. Stortinget ber regjeringa pålegge helseføretaka å etterkomme den faglege anbefalinga om at alle fødande skal sikrast jordmor til stades i aktiv fase av fødselen.»

Ei god svangerskapsomsorg, eit trygt fødetilbod og nær oppfølging i barseltida er avgjerande for å sikre god helse hos mor og barn, mestring og trivsel. Svangerskaps- og fødselsomsorga i Noreg held høg kvalitet i internasjonal samanheng. Men forslagsstillarane meiner at mykje tyder på at denne delen av helsetenesta kan forbeistrast på viktige område.

Ifølgje Helsedirektoratet sin rapport «Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner» føder majoriteten av kvinner i dag på dei

største kvinneklinikkane eller fødeavdelingane omkring dei største byane eller tettbygde strøk. Under 10 prosent av fødslane i Noreg går føre på dei små fødeinstitusjonane med mindre enn 500 fødslar. Forslagsstillarane peiker på at nye seleksjonskrav til fødestover og fødeavdelingar kan medføre enda sterkare press på dei store kvinneklinikkane. Då er det avgjerande at kvalitetskrava til kvinneklinikkar blir implementerte. I tillegg meiner forslagsstillarane at det kan vere riktig å styrkje fødeavdelingane på dei mindre sjukehusa i nærleiken til pressområde, slik at dei kan bidra til å avlaste kvinneklinikkane ved normalfødslar. Tilbakemeldingar frå pasientar og fagfolk tyder på at kvalitetskrava til fødselsomsorga frå 2010 enda ikkje er tilstrekkelig implementerte.

I ein landsomfattande undersøking av spedbarn sitt kosthold som Statistisk sentralbyrå (SSB) utførte for Helsedirektoratet hausten 2013, viser det seg at det har vore ein nedgang i talet på barn som blir amma i andre levehalvår. Forslagsstillarane er bekymra for at utviklinga med kortare liggetid på sjukehus kombinert med manglande oppfølging av barselkvinner i kommunane, kan bidra negativt til denne utviklinga.

Forslagsstillarane peikar på at spesialisthelsetenesta med regjeringa Solberg er 50 prosent aktivitetsfinansiert, og at fødselsomsorga er ein del av denne «innsatsstyrte» finansieringa. Helseføretaka kan velje å rammefinansiere sine sjukehus og sjukehusavdelingar, men vel å vidareføre denne aktivitetsbaserte finansieringa heilt ned på avdelingsnivå. Det betyr at fødeavdelingar og kvinneklinikkar tener pengar på komplikasjonar hos dei fødande, medan dei ikkje tener pengar på å følgje opp kvalitetskrava, til dømes kravet om ei jordmor hos den fødande i aktiv fase av fødselen. Forslagsstillarane meiner at i dette finansieringssystemet står trygg fødselshjelp fram som underfinansiert.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen og Freddy de Ruiten, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, lederen Kari Kjønnaas Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Tøppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til representantforslaget om å sikre kvaliteten i fødselsomsorgen og rammefinansiere fødeavdelinger og kvinneklinikker. Komiteen er glad for at vi har gode resultater i fødselsomsorgen i Norge. Barne- og mødredødeligheten er blant de laveste i verden. Komiteen viser likevel til at det er bred, politisk enighet om at det må jobbes videre med å sikre at de fødende og deres familier får en god og trygg fødselsopplevelse.

Komiteen er opptatt av en trygg og sikker svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Norge. De viktigste politiske føringer på dette området ligger i St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet, jf. Innst. S. nr. 240 (2008–2009), som ble behandlet av Stortinget i 2009. Den gang var hovedkonklusjonen at tilbudet til gravide, fødende og barselkvinner skulle styrkes betydelig. Komiteen var den gang opptatt av at fødetilbudet ved norske sykehus ikke skulle svekkes av økonomiske årsaker, og ba helse- og omsorgsministeren stille krav til de regionale helseforetakene om at det ikke skal foretas økonomisk motiverte omstillinger som fører til et dårligere fødetilbud. Videre ba Stortinget regjeringen om å utarbeide nasjonale retningslinjer som sikrer at kvinner i aktiv fødsel har en kvalifisert fødselshjelper til stede dersom hun ønsker det, for å ivareta kvinnens trygghet og redusere farene for komplikasjoner.

Komiteen viser i den forbindelse til at Helsedirektoratet utarbeidet veilederen «Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner» i 2010. Det var et samlet storting som var opptatt av å få på plass kvalitetskrav i fødselsomsorgene, og kravene i veilederen erstattet i 2010 bemanningsnormer som daterte seg helt tilbake fra 1997.

Komiteen mener det er viktig at norske fødeavdelinger følger opp de skjerpede kravene, og at dette også omfatter kravet om å følge opp kvinnen i aktiv fase av fødselen. Komiteen viser til brev fra helse- og omsorgsministeren datert 11. november 2015, hvor han opplyser at han i august 2015 innhentet opplysninger fra de regionale helseforetakene om hvorvidt kravene blir etterfulgt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at helse- og omsorgsministeren følger opp helseforetakene på dette, og at helseforetakene opplyser at anbefalingen er godt kjent og at det arbeides aktivt for å nå målet. Flertallet er fornøyd med at mange sykehus sier at de har styrket jordmorbemanningen de siste årene for å sikre dette.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet har merket seg flere saker den siste tiden, senest i NRK 16. februar 2016, der jordmødre er bekymret for tilstanden ved landets fødeklionikker. Bekymringene knytter seg til pasientbehandling, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø ved de store fødeavdelingene på grunn av for lav grunnbemanning. Flere kvinner har opplevd å bli sendt hjem, selv etter at fødselen er i gang. Dette strider mot Helsedirektoratets kvalitetskrav til fødselsomsorgen, og prinsippene for kvalitet som ble nedfelt i St.meld. nr. 12 (2008–2009). Det kan fremstå som om økonomiske hensyn veier tyngre enn den medisinske indikasjonen. Sykehusene har de siste årene fått flere skjulte effektiviseringskrav, og sammen med svak sykehusøkonomi fra regjeringen kan dette vise seg å være kritisk for både mor og barn. Disse medlemmer er opptatt av at kvinner i fødsel skal oppleve trygghet på sykehusene. Helseministeren uttaler at helseregionene rapporterer om at situasjonen er kvalitetsmessig god. Dette avviker fra rapporter fra både Jordmorforbundet og Jordmorforeningen.

På denne bakgrunn har disse medlemmer bedt helseministeren redegjøre for den økonomiske, bemanningsmessige og kvalitetsmessige situasjonen ved fødeavdelinger ved sykehusene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, vil understreke at kvinner i fødsel skal oppleve trygghet og kvalitet ved norske sykehus. Flertallet viser til at alle de regionale helseforetakene har vedtatt planer for fødselsomsorgen med bakgrunn i Helsedirektoratets krav, og at dette har ført til at mange av helseforetakene har økt bemanningen på kvinneklinikkene og fødeavdelingene. Flertallet er opptatt av at helseforetakene løpende utvikler sine systemer for bemanningsplanlegging og følger Helsedirektoratets tydelige veiledning om at kvinner skal ha en jordmor hos seg i aktiv fase av fødsel og til fødselen er over. Flertallet minner om at vi har gode resultater i fødselsomsorgen i Norge, og vil trekke frem fødeavdelinger og kvinneklinikker som Namsos, Oslo universitetssykehus Ullevål, Stord og Ringerike som har et lavt antall alvorlige fødselsrifter i henhold til Nasjonal kvalitetsindikatorssystem. Videre utmerker Stord og Haugesund i Helse Fonna seg med en lav

andel keisersnitt, og det er også lavt antall keisersnitt på Haukeland, Stavanger, Volda og Sandnessjøen. Hva angår gode resultater på nasjonale pasienterfæringsundersøkelser, utmerker fødestua i Alta seg på topp, mens fødeavdelingene på Gjøvik og i Sandnessjøen også har svært gode resultater.

Hva angår sykehusøkonomi, vil flertallet understreke at Høyre- og Fremskrittsparti-regjeringen, sammen med Kristelig Folkeparti og Venstre, har lagt til rette for en høyere vekst i pasientbehandlingen i våre tre budsjetter, sammenliknet med hva den rød-grønne regjeringen fikk vedtatt gjennom sine åtte.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener kvalitetskravene fra 2010 forlenget burde vært implementert ved fødetilbudene, og at det derfor ikke er tilfredsstillende at statsråden innhenter opplysninger om hvorvidt kravene blir etterfulgt og for foretakene «å arbeide aktivt for å nå målet». Dette medlem mener denne oppfatningen styrkes når viljeserklæringene fra statsråd og foretak sjekkes ut mot praksisen i foretakene. Dette medlem viser til Haukeland universitetssykehus der fødestuer har måttet stenge i helgene og jordmødre har advart om et ikke tilfredsstillende jordmorfaglig tilbud til de fødende. Fagmiljøet på Haukeland har også bidratt til å sette søkelys på hvordan den innsatsstyrte finansieringen ikke stimulerer til å sikre god bemanning, men gir merinntekt ved komplikasjoner under fødsel. Kartlegging som Det norske jordmorforbundet har gjort i 2015, viser også betydelige utfordringer i oppfølging av kvalitetskravene. Dette medlem mener slike undersøkelser og varsler må tas alvorlig og som en indikasjon på at det for mange steder er for langt igjen til implementering av kvalitetskravene og for lav bemanning.

Dette medlem viser også til at mye tyder på at det er uakseptable sesongvariasjoner i fødetilbudene, særlig ved de store kvinneklinikkene, og at sommeren har vist seg å være en sårbar periode, med mange fødende og ferieavvikling som ikke dekkes opp. Ifølge tall fra Den norske jordmorforening ble 53 fødende kvinner avvist fra Ullevål i 2013. I 2014 var antall fødende som ble avvist 141. De 4 første månedene i 2015 ble 43 fødende kvinner avvist fra Ullevål.

Komiteen viser til den usikkerheten som alltid er til stede knyttet til antall fødsler, og at flere sykehus peker på at det ikke kan planlegges hvor mange fødsler de har hvert døgn. Dette gjenspeiler seg i erfaringer fra store fødeavdelinger med 5 000 fødsler der det i snitt er 13–15 fødsler i døgnet, men med en variasjon mellom 5 og 28 fødsler. Komiteen viser til at helse- og omsorgsministeren har uttalt at det er

en viktig oppgave for helseforetakene å utvikle systemer for bemanningsplanlegging som gjør det mulig å håndtere slike variasjoner i aktivitet og pasientbelegg.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at å sikre at fødeavdelingene og kvinneklinikkene er i stand til å møte variasjonene i bemanningsbehovet på en god måte, er et hovedmål med dette representantforslaget. Det er nettopp denne variasjonen i behovene som gjør at fødeavdelingene bør oppgraderes til finansiering som akuttposter. Det vil sikre en grunnbemanning som står i forhold til avdelingenes oppgaver, forutsigbarhet og stabilitet i bemanningen. I dag finansieres fødeavdelingene som sengeposter, og dette gjør dem sårbare for variasjoner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at det ikke er etablert nasjonale normer for bemanning av kvinneklinikker eller fødeavdelinger. Disse enhetene er forskjellige både når det gjelder antall fødsler og andelen risikofødsler. Bemanningen må tilpasses slik at hver enkelt avdeling kan gi et fødetilbud med god kvalitet og pasientsikkerhet.

Hva angår transportfødsler, viser flertallet til at det ifølge informasjon fra de regionale helseforetakene ikke er noen økning i ikke-planlagte fødsler utenfor sykehus, og at disse har ligget ganske stabilt på ca. 400 fødsler per år fra og med 2010 til og med 2014. Antallet transportfødsler har vært synkende de siste årene. Flertallet mener dette er et uttrykk for en bedre utbygget følgetjeneste. Flertallet viser til at sykehusene og kommunene må ha et tett samarbeid for at tilbudet skal oppleves som helhetlig og sammenhengende. Flertallet viser til at omfanget av ikke-planlagte fødsler i Norge tilsvarer 0,7 prosent av alle fødsler per år.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener at selv om antallet transportfødsler er relativt lavt totalt sett, må det alltid være et mål å redusere denne type fødsler. Ser man utviklingen i transportfødsler over et lengre tidsperspektiv, har dette økt betraktelig i Norge, med en fordobling over om lag 30 år (studie 1999–2013, Gunnarsson, m.fl. 2013). Antall fødesteder har i samme periode blitt betydelig redusert, mens overnatting på hotell eller andre typer tilbud i nærhet til fødestedet har blitt vanligere. Transportfødsle skjer også som følge av store avstander, men de senere årene har man også sett at de store byene har fått en større andel av transportfødsle, noe som blant annet forklares med at de fødende venter for lenge hjemme når klinikkene er fulle. Disse med-

le m mer mener disse transportfødsle ne burde vært unngått. Dødeligheten for barn født utenfor sykehus er over dobbelt så høy som for dem som fødes på sykehus. I sykehusene er tallene for dødelighet under fødsel forbedret over år, mens tallene for dødelighet under fødsler utenfor sykehus ikke har hatt en slik forbedring (Gunnarsson, m.fl. 2013).

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener en slik forbedring må omhandle rammene rundt fødetilbudene som legges gjennom sykehusstruktur, organisering og finansieringsløsninger. Den må også omhandle bemanningssituasjonen ved de store fødeklinikkene. Dette medlem viser i den forbindelse til Den norske jordmorforenings hørings svar, der foreningen etterlyser en grundigere omtale av fødetilbudene i Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 (2015–2016)).

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet vil understreke at fødetilbudene er en like viktig del av sykehusenes virksomhet som andre funksjoner, og at konsekvenser for fødetilbudene ved omlegginger i sykehusstilbudet må utredes, og at det er beklagelig at fødetilbudene ikke er viet større plass i Nasjonal helse- og sykehusplan. Disse medlemmer vil påpeke at det er sterkt uheldig dersom det foretas endringer som vil gjøre det vanskeligere å oppfylle kvalitetskravene til fødselsomsorgen, fastlagt av Helsedirektoratet i veilederen «Et trygt fødetilbud» i 2010. Disse medlemmer viser også til at Stortinget i forbindelse med behandling av St.meld. nr. 12 (2008–2009) påla de regionale helseforetakene å utarbeide en flerårig, helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen. Planen skulle også omfatte svangerskaps- og barselomsorgen. De regionale helseforetakene fikk samtidig ansvaret for følgetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at det er ettertrykkelig slått fast i Nasjonal helse- og sykehusplan at kravene til trygge fødetilbud, som både er nedfelt i de nasjonale kvalitetskravene i stortingsmeldingen «En gledelig begivenhet» (2008–2009) og i Helsedirektoratets veileder «Et trygt fødetilbud» fra 2011, ligger fast. Dette innebærer at helseforetakene må sikre at fødeavdelingens behov for støttefunksjoner er dekket. Det må være anestesilege og anestesiteam tilgjengelig på døgnbasis, samt operasjonspersonell for akutte hendelser og keisersnitt.

Kvalitetskrav til fødeavdelinger og kvinneklinikker

Komiteen viser til at svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge er i kontinuerlig utvikling, og har endret seg mye de siste tiårene. St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet, og arbeidet med meldingen i Stortinget, la grunnlaget for viktige politiske føringer for svangerskaps- og barselomsorgen i Norge. Komiteen viser til at i oppfølgingen av St.meld. nr. 12 (2008–2009) har det vært gjennomført et viktig arbeid for å utvikle tjenestene. I 2010 kom Helsedirektoratet med veilederen «Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner». Veilederen fulgte opp intensjonene i St.meld. nr. 12 (2008–2009) om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg med hensyn til en ønsket utvikling av sammenhengende tjenester. De beskrevne kvalitetskrav til fødeinstitusjoner skulle heretter erstatte de tidligere tallgrenser. Gjennomgående i veilederen var en forståelse av kvalitet som omfatter både krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse, system for oppfølging av kravene og krav til informasjon og kommunikasjon.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at det i kvalitetskravene er slått fast at bemanningen må være tilstrekkelig til å ivareta forsvarlig overvåking og behandling. Kvinneklinikkene skal også etterkomme den faglige anbefalingen om at alle fødende kvinner skal ha jordmor hos seg under aktiv fase av fødselen. Disse medlemmer viser til at i en kartlegging Jordmorforbundet har gjort blant medlemmene sine, omtalt i Aftenposten 17. juli 2015, oppgir halvparten av jordmødrene at de ikke får overvåket den fødende kvinnen tilstrekkelig under fødsel. Én av fire sier at de må avvise kvinner som er i aktiv fødsel fra fødeavdelingen og at det sjelden er nok jordmødre til å følge opp barselkvinnene individuelt. Planlagte hjemmefødsler og transportfødsler har økt. Den norske jordmorforening har ved flere anledninger uttrykt bekymring for at mange fødeinstitusjoner ser ut til å ha problemer med å oppfylle kvalitetskravene, og at det særlig er kvinneklinikkene med mange fødsler som har vanskeligheter.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener at dette må endres, fordi det foreligger god faglig dokumentasjon, jf. Helsedirektoratets anbefalinger, på at fødende bør følges opp av en person som er til stede under den aktive delen av fødselen.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen pålegge helseforetakene å etterkomme den faglige anbefalingen om at alle fødende skal sikres jordmor til stede i aktiv fase av fødselen.»

Disse medlemmer mener press på fødeklinikkene og store fødeavdelinger også utfordrer kvaliteten i barselomsorgen. En landsomfattende undersøkelse av spedbarns kosthold som Statistisk sentralbyrå (SSB) utførte for Helsedirektoratet høsten 2013, viser at det har vært en nedgang i tallet på barn som blir ammet i andre levehalvår. Kortere liggetid etter fødsel og mangelfull oppfølging kan være årsaker til dette. Disse medlemmer viser også til representantforslag fra Kjersti Toppe og Jenny Klinge (Dokument 8:112 S (2014–2015)) om å styrke jordmortjenesten i norske kommuner. Barselomsorgen starter på fødestedet og fortsetter etter hjemkomst i kommunen.

Disse medlemmer viser til at majoriteten av fødekvinne føder på de største kvinneklinikkene eller fødeavdelingene omkring de største byene eller tettbebygde strøk. Tall fra Helsedirektoratet viser at under 10 prosent av fødslene i Norge skjer på de små fødeinstitusjonene med mindre enn 500 fødsler. Nye seleksjonskrav kan føre til ytterligere press på de store kvinneklinikkene, og disse medlemmer mener at dette både må resultere i en styrking av fødeavdelingene som kan avlaste kvinneklinikkene og at kvalitetskravene til kvinneklinikkene blir implementert, og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen pålegge helseforetakene i løpet av 2016 å sikre at kvalitetskravene til fødeinstitusjoner fra 2010 blir implementert, både når det gjelder organisering og resultat.»

Kvalitet i barselomsorgen

Komiteen viser til at St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen slo fast at lokal jordmortjeneste fortsatt skulle være et kommunalt ansvar i kombinasjon med at kommuner og helseforetak inngår avtaler om jordmortjenesten som sikrer felles utnyttelse av ressursene. Komiteen merker seg at den rød-grønne regjeringen den gang understreket at fortsatt kommunal forankring vil underbygge det kommunale ansvar for en helhetlig oppfølging av mor og barn, hvor også jordmortjenesten inngår. Kommunene bør legge til rette for at lokal jordmor kan ha en sentral rolle i svangerskaps- og barselomsorgen i samarbeid med helseforetak, helsestasjon og fastlege. Komiteen viser videre til at i 2014 kom den første nasjonale faglige retningslinjen for barselomsorgen – «Nytt liv og trygg barseltid for familien». Frem til dette hadde det kun eksistert faglige

nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Komiteen har merket seg at tidlig hjemreise og behov for oppfølging i kommunene er en ønsket videreutvikling av barselomsorgen, og er derfor glad for at det nå finnes gode retningslinjer også for barselomsorgen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser også til at Høyre- og Fremskrittsparti-regjeringen fulgte opp føringene for den kommunale, helhetlige oppfølgingen av gravide og barselkvinner gjennom Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste. Blant annet viser flertallet til at det nå er vedtatt i Stortinget å be regjeringen lovfeste kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven, slik at både jordmor- og helse-søsterkompetanse skal være av de helsepersonellgrupper kommunene må ha på plass.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Venstre, viser til at det i St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet, ble drøftet hvor den lokale jordmortjenesten skulle forankres. Dette flertallet viser til Innst. S. nr. 240 (2008–2009) hvor den rød-grønne regjeringens syn på dette fremkommer:

«Det framholdes at kommunal forankring vil underbygge det kommunale ansvar for en helhetlig oppfølging av mor og barn hvor også jordmortjenesten inngår.»

Og videre:

«Et kommunalt ansvar for den lokale jordmortjenesten og svangerskapsomsorgen vil legge bedre til rette for kontinuitet i oppfølgingen gjennom tiden før og under svangerskap, barseltid, spedbarnstid og barnets oppvekst. Og videre at en videreføring av det kommunale ansvaret for jordmortjenesten legger også til rette for et tverrfaglig samarbeid mellom jordmortjenesten og andre kommunale tjenester gjennom svangerskapet.»

Og videre:

«En kommunal forankring underbygger det kommunale ansvar for en helhetlig oppfølging av mor og barn hvor også jordmortjenesten inngår, og oppfordrer kommunene til å legge til rette for at lokal jordmor kan ha en sentral rolle i svangerskaps- og barselomsorg i samarbeid med helsestasjon og fastlege.»

Dette flertallet viser også til at dette veivalget ble støttet av et flertall i den forrige helsekomiteen, og også stadfestet av den rød-grønne regjeringen i St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen.

Et tredje flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at regjeringspartiene, i samarbeid med Kristelig Folkeparti og Venstre, gjennom statsbudsjettene for årene 2014–2016 har styrket de forebyggende tjenestene i kommunene med til sammen 767,7 mill. kroner, begrunnet med behovet for et styrket tilbud til barn, unge og deres foreldre, inkludert både svangerskaps- og barseloppfølging. Dette flertallet viser til at å styrke jordmorkompetansen er et av regjeringens mange tiltak for å forbedre den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste, foreslo regjeringen å lovfeste kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven. Det fikk tilslutning fra et flertall på Stortinget, fordi regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre anser en del kompetanse som så grunnleggende viktig for den kommunale helse- og omsorgstjenesten at de bør fremgå av lov. I lovfesting inngår for eksempel både jordmor- og helsesøsterkompetanse. Gjennom de samlede midler som regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre har stilt til rådighet i budsjettene, gis godt grunnlag for blant annet å styrke jordmor- og helsesøsterkompetansen, og derigjennom svangerskaps- og barselomsorgen i kommunene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at det å styrke det forebyggende arbeidet blant barn og unge er en av de viktigste helseinvesteringer vi som samfunn kan gjøre. Tidligere erfaringer har vist at det ikke er nok å øke midlene til kommunene om vi skal lykkes med en helt nødvendig opprustning av de forebyggende tjenestene. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet derfor går inn for å øremerke midler til opptrapping av helsestasjonstilbudet og skolehelsetjenesten. Midlene regjeringspartiene viser til, skal brukes til en styrking av hele tilbudet. Disse medlemmer merker seg at dette skal skje innenfor rammen av en allerede anstrengt kommuneøkonomi.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at i behandling av Meld. St. 26 (2014–2015) Primærhelsemeldingen, jf. Innst. 40 S (2014–2015), kom det også frem at jordmordekningen i kommunene er for lav til å følge opp Stortingets forventninger til den kommunale jordmortjenesten, som de senere år har blitt tilført en rekke nye oppgaver. Disse medlemmer mener det må sikres tilstrekkelige ressurser gjennom prioritering i de årlige budsjettene, finansieringsordningen må endres slik at det blir mer attraktivt for kommuner å ansette jordmødre, det må føres en bevisst politikk for heltidsstil-

linger og samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og utdanningskapasiteten må sikres.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til behandling av Meld. St. 26 (2014–2015) Primærhelsemeldingen, jf. Innst. 40 S (2014–2015), og at disse medlemmer der uttrykte skepsis mot å lovfeste bestemte profesjoner, fordi det vil medføre at annen kompetanse som ikke er lovfestet vil kunne bli nedprioritert, og at lovfesting dermed vil være et hinder for at pasientene får tilbud om den mest relevante behandlingen. Disse medlemmer mener at profesjonsnøytralitet regulerer kommunens plikter på en mer dynamisk og bedre egnet måte for å oppnå god helsefaglig utvikling. En profesjonsnøytral lov vil etter disse medlemmers mening gi bedre mulighet for lokale tilpasninger, større handlefrihet og en organisering av tjenestene som tar utgangspunkt i lokale ønsker og behov. Dette vil igjen gi kommunene større frihet til å sette sammen nødvendig fagkompetanse for å oppfylle kommunens forpliktelser overfor befolkningen. Disse medlemmer vil peke på at mange pasienter og brukere vil ha behov for helse- og omsorgstjenester som krever ulike bidrag fra flere fagprofesjoner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, merker seg at Arbeiderpartiet og Senterpartiet fortsatt argumenterer imot å lovfeste krav til at kommunene skal ha jordmødre som en del av sin kjernekompetanse. Flertallet mener dette, sammen med en historisk styrking av kommunenes rammer til forebyggende helsetjenester for barn og unge, er et svært viktig bidrag til å styrke jordmortjenestene i kommunene i årene fremover. De fleste jordmødre i kommunene er ansatt ved helsestasjonene. De siste kjente tall for årsverksvekst er fra 2014, hvor antall ansatte i helsestasjonene økte med 112 fra 2013 til 2014. Flertallet er fornøyd med at det nå er en positiv utvikling i antall årsverk i helsestasjonstjenesten sett under ett, men viser til at antall jordmorårsverk i samme periode kun økte med 9. Flertallet vil følge nøye med på om kommunene nå bruker de økte rammene og møter lovkravet om jordmor i kommunene, slik at vi ser en reell styrking av svangerskaps- og barselomsorgen med økt antall jordmorårsverk.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at Kommunal Rapport (2015) har kartlagt at nærmere 200 kommuner står helt uten et tilbud om kommunejordmor. Det er rundt 60 000 gra-

vide årlig i Norge, og det er færre enn 300 jordmorsårsverk i kommunene.

Statistisk sentralbyrå (SSB) la 15. juni 2015 frem årsverkstall for 2014 gjennom KOSTRA. Det er registrert kun 9 flere jordmorsårsverk i 2014 sammenlignet med 2013. Gjennomsnittlig stillingsbrøk for jordmoryrket i kommunene ligger på 60 prosent ifølge KS. Disse medlemmer viser til representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Jenny Klinge om å styrke jordmortjenesten i norske kommuner, Dokument 8:112 S (2014–2015), jf. Innst. 39 S (2015–2016), der disse tallene ble påpekt. Det fremgikk også at jordmortjenesten har fått økte oppgaver som følge av de nasjonale faglige retningslinjene for barselomsorgen (Helsedirektoratet 2014) og de reviderte retningslinjer for svangerskapsomsorgen når det gjelder å avdekke vold og overgrep mot gravide for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner. Dagens retningslinjer tilsier blant annet at alle gravide skal kunne velge mellom oppfølging hos jordmor og hos lege gjennom svangerskapet. I tillegg er det stor enighet om at tidlig livsstilssamtale – der det å kartlegge hjemmesituasjon, avdekke vold, bruk av alkohol, røyk/snus og andre rusmidler, medisinbruk, kosthold, helse og fysisk aktivitet er aktuelle temaer – er et godt forebyggende og helsefremmende tiltak for mor og barn både på kort og lang sikt. Det er også innført utvidet rekvisisjonsrett for jordmødre. Disse medlemmer viser til merknad fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti i Innst. 39 S (2015–2016) der det heter at:

«Disse medlemmer mener summen av de nye oppgavene og utviklingen som i flere år har gått i retning av kortere sykehusopphold for fødende, må tilsi en langt større satsing på den kommunale jordmortjenesten.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at de samme partiene, unntatt Kristelig Folkeparti, i en annen merknad sier følgende:

«Disse medlemmer mener derfor det er viktig å få fortgang i arbeidet med å endre finansieringsordningen for jordmortjenesten.»

Dette medlem viser også til følgende merknad:

«Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener finansieringsordningen for jordmortjenesten på bakgrunn av en evaluering av takstordningen for jordmødre må endres slik at det blir mer attraktivt for kommuner å ansette jordmødre.»

Dette medlem viser til at et bredt flertall av Stortingets partier over tid, inklusive dagens regje-

ringspartier i den forrige regjeringsperioden, har sett behovet for å endre finansieringsordningen for den kommunale jordmortjenesten, men at dette likevel ikke gjøres.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste, der regjeringen viser til at det kan være en løsning å finansiere forebyggende tjenester på samme måte som konsultasjoner og behandlinger, for å oppnå en økt innsats på forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenesten. Flertallet deler forslagsstillernes ønske om at det ses på behovet for å endre finansieringsordningene for de kommunale tjenestene, inkludert jordmortjenesten, og viser til at regjeringen allerede har varslet at den tar sikte på å endre folketrygdloven for å legge til rette for primærhelseteam, forebygging og ny arbeidsdeling. Endringer må imidlertid utredes før det tas endelig stilling til en eventuell omlegging og omfanget av denne.

Finansiering av fødselsomsorgen

Komiteen viser til at fødselsomsorgen, på lik linje med annen somatisk behandling, finansieres gjennom basisbevilgningen og innsatsstyrt finansiering, og at dette har vært et prinsipp uavhengig av regjeringer. Komiteen viser til at DRG-systemet på mange områder skiller mellom behandling av kompliserte og mindre kompliserte tilfeller, og har merket seg at dette gjøres for å ta høyde for forskjellene i kostnadsnivå mellom ulike undergrupper av pasienter. Slik er det også innen fødselsområdet. Hvilke egenskaper ved pasientene som skal til for å avgjøre hva som skal regnes som kompliserende eller ikke, er gjenstand for vurdering og endring over tid.

Komiteen viser til svar fra statsråden datert 11. november 2015, hvor han påpeker at finansieringsordningene er ett av flere virkemidler i helsepolitikken. Videre at det er de medisinskfaglige vurderingene som skal være førende for den helsehjelpen den enkelte pasient tilbys, og for hvordan helsehjelpen blir dokumentert. Komiteen viser videre til at helseministeren i sitt brev understreker at helseforetakene og tjenesten kan melde inn forslag til endring i eller justering av den innsatsstyrte finansieringen gjennom de etablerte samarbeidskanaler som eksisterer mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at fødselsomsorgen finansieres som annen somatisk spesialisthelsetjeneste gjennom basisbevilgningen og innsatsstyrt finansiering (ISF). Disse medlemmer viser til statsrådets svar til komiteen i brev av 11. november

2015, hvor han stadfester at dette er et prinsipp regjeringen ikke ønsker å endre. I brevet kommer det også frem at statsråden ber helseforetakene og tjenestene melde inn forslag til endring i eller justering av den innsatsstyrte finansieringen gjennom de etablerte samarbeidskanaler mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet på finansieringsområdet.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at den høye graden av innsatsstyrt finansiering (ISF) i sykehusene (50 prosent) fører til en konkurransesituasjon mellom sykehus og også mellom avdelinger om pasienter og behandlinger som kan gi økonomisk mergevinst. Det er grunn til å frykte at DRG-systemet kan påvirke prioriteringsbeslutninger i sykehusene. I fødselsomsorgen får også ISF andre uheldige utslag, som forsterkes ved at foretakene lar systemet virke helt ned på avdelingsnivå. Det er for eksempel slik at blødning ved fødsel gir utbetaling, mens ekstra jordmorressurser som kan forhindre komplikasjoner som blødning, ikke gir utbetaling. Stabil og god bemanning er nødvendig for å oppfylle kvalitetskravene, blant annet å ha en jordmor til stede under aktiv fødsel, men dette gir altså sykehuset utgifter som ikke kompenseres via den innsatsstyrte finansieringen. Komplikasjoner derimot, kompenseres. Dette medlem synes det er beklagelig at statsråden og regjeringspartiene ikke ser at dette utgjør en stor og uakseptabel systemfeil. Dette medlem mener at systemfeilen viser at fødetilbudene er særlig uegnede for innsatsstyrt finansiering og at fødeavdelinger og kvinneklinikker derfor må rammefinansieres.

Dette medlem viser til Den norske jordmorforenings høringsuttalelse som gir en beskrivelse av hvorfor finansieringssystemet må endres:

«Jordmødre er bekymret for pasientbehandling, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø ved de store fødeavdelingene på grunn av for lav grunnbemanning. I Oslo (185 i 2014 Ullevål) blir mange kvinner avvist fordi det er fullt i avdelingen. På Haukeland, Bergen, stenges fødestuer fordi det ikke er penger til å bemanne. En budsjettkrise er skapt fordi avdelingen taper penger på nedgang i kompliserte fødsler. I Norge har vi et finansieringssystem som premierer

komplikasjoner. Det skal lønne seg å bevare den normale fødsel. Når gode faglige vurderinger skaper budsjettkrise må finansieringssystemet i fødselsomsorgen revurderes ...»

Dette medlem viser til at fødeavdelingene i dag bemannes som sengeposter, men at dette harmonerer dårlig med fødsler som ikke kan planlegges. Dette medlem er enig med Den norske jordmorforening som mener at å oppgradere fødeavdelinger til akuttposter, vil kunne bidra til å løse bemanningsutfordringene.

Dette medlem mener trygg fødselshjelp underfinansieres i dagens system og at dette ikke kan fortsette, og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme sak om å rammefinansiere fødselsomsorgen slik at kvalitet blir premiert og at en sikrer forsvarlig bemanning som et akutttilbud.»

Forslag fra mindretall

Forslag fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen pålegge helseforetakene å etterkomme den faglige anbefalingen om at alle fødende skal sikres jordmor til stede i aktiv fase av fødselen.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen pålegge helseforetakene i løpet av 2016 å sikre at kvalitetskravene til fødeinstitusjoner fra 2010 blir implementert, både når det gjelder organisering og resultat.

Forslag fra Senterpartiet:

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen fremme sak om å rammefinansiere fødselsomsorgen slik at kvalitet blir premiert og at en sikrer forsvarlig bemanning som et akutttilbud.

Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og rår Stortinget til å gjøre slikt

v e d t a k :

Dokument 8:2 S (2015–2016) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Anne Tingelstad Wøien, Geir Pollestad og Kjersti Toppe om å sikre kvaliteten i fødselsomsorga og rammefinansiere fødeavdelingar og kvinneklinikkar – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 8. mars 2016

Kari Kjønås Kjos

leder

Tone Wilhelmsen Trøen

ordfører

Vedlegg

Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 11. november 2015

Dokument 8:2 S (2015-2016) Representantforslag om å sikre kvaliteten i fødselsomsorgen og rammefinansiere fødeavdelinger og kvinneklinikker - Stortingsrepresentantene Anne Tingelstad Wøien, Geir Pollestad og Kjersti Toppe

Det vises til brev datert 22. oktober d.å. fra helse- og omsorgskomiteen der man ber om min uttalelse vedrørende ovennevnte representantforslag. Forslagene er som følger:

Forslag 1: Stortinget ber regjeringa fremme sak om å rammefinansiere fødselsomsorga slik at kvalitet blir premiert og at ein sikrar forsvarleg bemanning som eit akutttilbod.

Forslag 2: Stortinget ber regjeringa pålegge helseføretaka i løpet av 2016 å sikre at kvalitetskrava til fødeinstitusjonar frå 2010 blir implementerte, både når det gjeld organisering og resultat.

Forslag 3: Stortinget ber regjeringa pålegge helseføretaka å etterkomme den faglege anbefalinga om at alle fødande skal sikrast jordmor til stades i aktiv fase av fødselen.

Regjeringen har som mål at fødselsomsorgen skal ha god kvalitet og pasientsikkerhet. De nasjonale kvalitetskravene til fødselsomsorgen er nedfelt i St. meld. nr. 12 "En gledelig begivenhet" (2008-2009) og i Helsedirektoratets veileder "Et trygt fødetilbud" fra 2011.

Vi har gode resultater i fødselsomsorgen i Norge. Barne- og mødredødeligheten er blant de laveste i verden, og antallet transportfødsler har vært synkende de siste årene. Men det må arbeides videre med å sikre at de fødende og deres familier får en god og trygg fødselsopplevelse.

Finansieringsordningene er ett av flere virkemidler i helsepolitikken. Det er de medisinskfaglige vurderingene som skal være førende både for den helsehjelpen den enkelte pasient tilbys, og for hvordan helsehjelpen dokumenteres. Dette legges til grunn for den løpende utviklingen av medisinske kodeverk, arbeidet med finansieringsordningene, i kommunikasjon med sektoren og i kontrollarbeidet. Fødselsomsorgen finansieres som annen somatisk spesialisthelsetjeneste gjennom basisbevilgningen og innsatsstyrt finansiering (ISF). Dette prinsippet ønsker jeg ikke å endre. Helseforetakene og tjenesten kan melde inn forslag til endring i eller justering av den innsats-

styrte finansieringen gjennom etablerte samarbeidskanaler mellom regionale helseforetak og Helsedirektoratet på finansieringsområdet.

Ved behandlingen av St. meld. nr. 12 (2008-2009) sluttet Stortinget seg til regjeringens forslag om at de regionale helseforetakene skulle utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen sammen med kommunene. Dette kravet ble formidlet til de regionale helseforetakene i tilleggsdokumentet til oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet i juli 2009. Alle de regionale helseforetakene har vedtatt planer for fødselsomsorgen med bakgrunn i Helsedirektoratets kvalitetskrav. Implementering av de regionale planene har ført til at mange helseforetak har økt bemanningen på kvinneklinikkene og fødeavdelingene. Antallet fødsler varierer fra dag til dag og gjennom året og kan i liten grad planlegges. Helseforetakene må derfor utvikle systemer for bemanningsplanlegging som gjør det mulig å håndtere områder med store svingninger i aktivitet og pasientbelegg, slik som fødselsomsorgen. Dette er arbeid som pågår i de fleste sykehusene i dag.

Helsedirektoratets veileder anbefaler at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over. I august i år innhentet jeg informasjon fra de regionale helseforetakene om hvorvidt denne anbefalingen blir fulgt opp. Helseforetakene meldte tilbake at anbefalingen er godt kjent, og at det arbeides aktivt for å nå målet. Men flere sykehus peker på at det er utfordrende å nå målet med så store svingninger i fødselstallet. På en stor fødeavdeling med 5 000 fødsler er det i snitt 13-15 fødsler i døgnet, med en variasjon mellom 5 og 28 fødsler. Det fødes flest barn i sommerperioden, og det er samtidig ferieavvikling denne tiden. Ellers i året vil det også være enkelte vakter med uvanlig mange fødsler. Noen sykehus sier at det på enkelte vakter, med mange parallelle fødsler, kan være vanskelig å gjennomføre en-til-en omsorg i hele den aktive fasen av fødselen.

Det er ikke etablert nasjonale normer for bemanning av kvinneklinikker eller fødeavdelinger. Disse enhetene er forskjellige både når det gjelder antall fødsler og andelen risikofødsler. Bemanningen må tilpasses slik at hver enkelt avdeling kan gi et fødetilbud med god kvalitet og pasientsikkerhet.

Helsedirektoratet følger opp kvaliteten i fødselsomsorgen blant annet gjennom de nasjonale kvalitetsindikatorene. Jeg vil fortsatt følge opp kvalitet

og pasientsikkerhet i fødselsomsorgen i styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

