

**MI 1/2015 rd**

**Medborgarinitiativets titel**

Ändring av jourförordningens bestämmelser om förlossningar

**Datering av initiativet**

10.4.2014

**Initiativets form**

Lagförslag

**Justitieministeriets ärendenummer**

OM 47/52/2014

**Innehållet i initiativet**

Till 50 § i hälso- och sjukvårdslagen fogas ett nytt 3 mom. som följer:

Kommunen eller samkommunen får utifrån avståndet mellan jourenheterna eller befolkningens behov av service bestämma om nivån på läkarjouren vid ett sjukhus som sköter förlossningar, om inte vården av föderskor som hör till en riskgrupp har koncentrerats till sjukhuset. Läkare och specialister som är väl förtrogna med förlossningsvård, anesthesiologi och återupplivning och hjärt-lungräddning av nyfödda eller vårdpersonal som utbildats för uppgiften ska snabbt kunna kallas in till jourenheten, om inte de finns omedelbart tillgängliga.

Samtidigt ska 14 § 1 mom. 3 och 4 punkten i social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för brådskande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (29.8.2013/652) ändras så att de överensstämmer med den föreslagna bestämmelsen.

Syftet med initiativet är att inga av de nuvarande förlossningsenheterna ska behöva läggas ned. Detta medför inga risker för patientsäkerheten.

***Motivering***

Förordningen, som undertecknades i Helsingfors den 29 augusti 2013, träder i kraft den 1 januari 2017 för förlossningarnas del. Enligt förordningen ska det vid ett sjukhus som sköter förlossningar finnas beredskap för akuta kejsarsnitt dygnet runt, och det ska finnas snabb tillgång till en specialist i pediatrik eller en läkare som är väl förtrogen med behandling av barnsjukdomar och som har möjlighet att konsultera en specialist i pediatrik. En specialist i pediatrik ska vid behov snabbt kunna komma till jourenheten.

En förlossning är en naturlig händelse. Den är förknippad med centrala värderingar som säkerheten för det barn som ska födas, modern och familjen och deras rätt till hälsa, välmående och en likvärdig förlossning. För att vården ska vara likvärdig bör man även beakta regionala särdrag, exempelvis geografiska faktorer, särskilt som det inte finns någon orsak att inte göra det för att trygga kvaliteten på tjänsterna.

Förordningen ändrar i sig förlossningskulturen i vårt land. På ett sjukhus som sköter förlossningar ska det finnas beredskap för att utföra akuta kejsarsnitt dygnet runt och en gynekolog, anestesiläkare och det

övriga operationsteamet ska finnas på plats på sjukhuset eller kunna kallas in snabbt. Den inledande vården av ett spädbarn som är i dåligt skick vid födseln är däremot inte enbart beroende av att det finns en pediatriker på plats, utan det behövs ett sakkunnigt vårdteam.

Om förordningen träder i kraft som sådan, kommer förlossningarna att upphöra på lågriskförlossningssjukhus som har hand om kanske t.o.m. fler än 1000 förlossningar per år. Födorskorna ställs inför en ny och skrämmande situation när resan till följande förlossningssjukhus kan ta mer än bara några timmar. Förordningen ökar risken för att en föderska inte hinner till det förlossningssjukhus som har jour, vilket ökar antalet förlossningar som sker på väg till sjukhuset.

Hotet om nedläggning gäller små förlossningssjukhus runt om i Finland. Genom att hänvisa till förordningen vill man koncentrera förlossningarna enbart till de stora förlossningsenheterna i de fall när det inte finns pediatrikerjour dygnet runt på sjukhuset eller möjlighet att snabbt kalla in en pediatriker.

Kommunerna och sjukvårdsdistriken har fått tid till utgången av 2016 att ordna sina förlossningstjänster så att de motsvarar förordningen. På grund av förordningen planerar kommunerna också att lägga ned förlossningsavdelningar av inbesparingsskäl, vilket minskar patientsäkerheten. Alla sjukhus har inte möjlighet att ordna sådan pediatrikerjour dygnet runt som förordningen kräver, antingen för att de saknar finansiering eller för att det finns ett allmänt mål att göra inbesparingar genom att lägga ned förlossningssjukhus.

Enligt statistiken behöver en nyfödd på ettusen (1/1000) omedelbar vård varje år. Den naturligaste händelsen i livet, födelsen, görs till en invecklad sak. Den kommande förordningen försätter särskilt föderskorna i landsbygdskommunerna i en sämre ställning än andra. Att föda barn är inte en sjukdom utan en mänsklig händelse i en kvinnas liv. Tjänsten ska finnas att få där den behövs. Syftet med hälso- och sjukvårdslagen är bl.a. att sörja för lika tillgång, kvalitet och patientsäkerhet när det gäller den service som befolkningen behöver. Kommunen eller sjukvårdsdistriktet ska ordna sin hälso- och sjukvård nära invånarna, om det inte är motiverat att koncentrera servicen geografiskt för att säkerställa kvaliteten på tjänsterna.

De föderskor som hör till en riskgrupp hänvisades tidigare och hänvisas fortfarande genom vårdprioriteringar till de större förlossningssjukhusen för att föda, eftersom det vid dem alltid finns en pediatriker att tillgå.

I vårt land bör alla föderskor ha möjlighet att själva välja var de vill föda. En undersökning visar att man inte på hälsomässiga grunder kan motivera att förlossningarna koncentreras till färre sjukhus. Förlossningssystemet i Finland fungerar bra i dag. (Institutet för hälsa och välfärd, Hemminki m.fl. 2011). Kvaliteten på förlossningarna och vården av nyfödda är på toppnivå i världen. Enligt internationella mätkriterier som gäller t.ex. den perinatale dödligheten är moderskapsvården och förlossningsverksamheten på en mycket hög nivå i Finland. Man kan alltså inte motivera ändringen av jourförordningen med patientsäkerheten.

När man stiftade förordningen utgick man från att en förlossning endast är det som sker på förlossningssjukhuset. Enligt förordningen ska en pediatriker finnas på plats, men detta behövs först efter att barnet har fötts. Om förordningen förblir i kraft som sådan och man tvingas lägga ned förlossningsavdelningar runt om i landet, kommer detta för många föderskors del att leda till att en del av förlossningen, t.ex. öppnings- och krystningsskedet, sker i ambulansen. Hur ska man kunna ge stöd till föderskan och ordna med smärtlindring om det inte finns en barnmorska/läkare på plats i öppningsskedet? Hur ska man kunna lyssna på fostrets hjärtljud under resan till sjukhuset? En begynnande eller fortsatt syrebrist hos fostret syns inte utanpå, och skadorna kan visa sig först flera år efter födseln. Vid ymniga blödningar (t.ex. om moderkakan lossnar) är redan en resa på en timme för mycket. Rädslan för att tvingas föda i ambulansen kommer också att öka moderns förlossningsskräck, och detta ökar samtidigt fostrets stressnivå. Förlossningsskräcken försvårar överlag den tidiga interaktionen mellan modern och

den nyfödda och deras möjligheter att knyta an till varandra.

Antalet förlossningar som sker på väg till sjukhuset har fördubblats på tio år och uppgår nu till 70 per år i vårt land. För närvarande föder var femte mor sitt barn på väg till sjukhuset. I denna siffra ingår inte de mödrar som föder i hemmet, innan resan till sjukhuset ens har hunnit börja. Om man lägger ned förlossningsavdelningar kommer antalet förlossningar som sker på väg till sjukhuset, i ambulansen eller, i sämsta fall, i familjens egen bil eller i en taxi att öka. Om förlossningen sker i en bil uppfylls inte de kvalitetskriterier som krävs vid en förlossning. Varken ambulanspersonalen eller fadern har tillräcklig utbildning för att kunna sköta förlossningen på ett tryggt sätt. När man jämför en barnmorskas och en ambulansförarens studier kan man konstatera att ambulanspersonalen inte har tillräcklig kompetens för att sköta förlossningar. Också utrymmena i ambulansen är otillräckliga för en förlossning. Om det sker komplikationer är möjligheterna att hjälpa barnet eller modern dåliga.

Vem bär ansvaret när förlossningarna allt oftare sker på vägarna?

Hur klarar man av den inledande vården av ett litet nyfött barn på vägen? Det finns ingen pediatriker i ambulansen. Enligt en undersökning (Hemminki E. m.fl. 2011) löper ett spädbarn en sexfaldig risk för att dö om det föds på väg till sjukhuset. Detta gäller i synnerhet barn som föds för tidigt. Redan i dag händer det att prematurer föds på ett sjukhus för lågriskförlossningar, eftersom föderskan inte hinner till ett sjukhus för högriskförlossningar för att föda. Ett nyfött barn får dock utan tvekan bättre inledande vård på ett lågriskförlossningssjukhus än vad det får i en ambulans/bil innan det får komma till ett centralsjukhus där det finns en barnavdelning. Också på ett mindre sjukhus är vården sålunda av en bättre kvalitet än på vägarna.

På de små förlossningsenheterna har barnmorskorna, gynekologerna och anestesiläkarna också fått utbildning i den inledande vården och eventuell hjärt-lungräddning av nyfödda som är i dåligt skick vid födseln. Alla får utbildning varje år och enligt behov. På sjukhusen finns det beredskap dygnet runt för akuta kejsarsnitt. Möjligheten till återupplivning, hjärt-lungräddning och inledande vård av ett barn som fötts i dåligt skick är inte enbart beroende av att det finns en pediatriker på plats utan av ett sakkunnigt vårdteam. Det är orimligt att motivera behovet av en pediatriker, om statistiken visar något annat.

Om alternativet är igångsättning av förlossningar för att förhindra att barn föds på vägen till sjukhuset, har då föderskorna i vårt land möjlighet att vara borta hemifrån, på sjukhus, i flera dagar på grund att detta? Föderskan kan tvingas vänta i flera veckor. Vem bekostar de gravida kvinnornas vistelse i närheten av ett större förlossningssjukhus? Igångsättningen av förlossningen är i sig en risk för såväl föderskan som fostret. Igångsättningen kan ta flera dygn och orsaka kostnader för föderskan och hennes hemkommun. Förlossningen blir då inte längre en naturlig händelse i en kvinnas liv utan en serie medicinska åtgärder, vilka ökar kostnaderna för förlossningen och risken för att barnet är i dåligt skick när det föds. Enligt WHO:s princip om perinatal vård (Chalmers m.fl. 2001) ska man undvika medikalisering vid normala graviditeter och förlossningar. Det betyder att man ska använda ett minimum av interventioner och så litet teknologi som möjligt i samband med vården.

Det är också motstridigt att man inte rekommenderar hemförlossningar om resan mellan hemmet och förlossningssjukhuset är längre än 30 minuter men inte anser det vara en säkerhetsrisk att antalet förlossningssjukhus drastiskt skärs ned och förlossningsresorna blir längre.

När förlossningarna flyttas till stora enheter kan man befara att de blir ett rutinarbete som görs på löpande band, eftersom antalet förlossningar kommer att öka rejält. Samtidigt ökar arbetstakten för barnmorskorna och läkarna. Även LYSY-födslarna (tidig hemgång efter förlossning, utskrivning 24–48 timmar efter förlossningen) kommer att öka. Har rådgivningsbyråerna tillräckliga resurser för att handleda modern så snart efter förlossningen och observera barnet, om utskrivningen från sjukhuset sker alltför tidigt? Hur går det med amningsstatistiken, när mödrarna skrivs ut innan mjölken har runnit till, om amningen inte kommer igång ordentligt hemma? I Finland är vi fortsättningsvis sämst i Norden på att amma. Institutet för hälsa och välfärd lanserade av den anledningen 2009 ett nationellt handlingsprogram om amning för att stödja och främja amning.

Enligt statistiken är det förmånligare att föda på ett litet sjukhus än t.ex. på ett universitetssjukhus. Hur påverkar det kommunernas ekonomi när omfödorskor i framtiden tar ambulans då de ska föda och samtidigt fruktar för att tvingas föda på vägen? Hur går det med en kommuninvånare som samtidigt får en sjukdomsattack i hemmet, när kommunens enda ambulans på vårdnivå är på väg till en stor förlossningsenhet långt borta med föderskan och det kommer en ambulans på basnivå till platsen som saknar behövlig utrustning och utbildad personal. Det kan noteras att det för närvarande inte ens finns ambulanser på vårdnivå i alla kommuner. Ibland måste en omfödorska också besöka förlossningssjukhuset många gånger efter att värkarna börjat men åka hem igen, om förlossningen inte sätter i gång på allvar.

Förlossningsavdelningen är hjärtat i ett litet sjukhus. När man flyttar bort förlossningarna minskar sjukhusets verksamhet, och det finns risk för att hela sjukhuset måste läggas ned. De kommuner i vilka sjukhuset finns tappar en stor del av sin livskraft, och det finns risk för att även de övriga tjänsterna minskar. Arbetslösheten ökar när de gynekologer, anestesiläkare, barnmorskor, sjukskötare och barnskötare som arbetar på förlossningsavdelningarna blir utan arbete.

Den förordning som nu träder i kraft syftar till att förbättra patientsäkerheten. Samtidigt får man dock det intrycket att det inte finns någon grund för att förlossningarna koncentreras till större enheter. Genom förordningen förbättrar man i själva verket inte säkerheten vid förlossningarna. Man får också det intrycket att utgångspunkterna för förordningen är administrativa och ekonomiska. Det är också tveksamt om man kan uppnå kostnadseffektivitet.

Den förordning som nu har undertecknats behandlar föderskorna i vårt land ojämlikt. Koncentrationen av förlossningstjänsterna till de stora städerna minskar livskraften i de små landsbygdskommunerna.

Vi önskar att beslutsfattarna har viljan att lindra förordningen.

### **Ekonomiskt bidrag för initiativet**

Inget

### **Insamlingskanaler för stödförklaringar**

- Medborgarinitiativ.fi
- Övriga webbtjänster
- Blanketter

### **Sammanlagt antal stödförklaringar som hittills har samlats in genom andra kanaler**

Insamlarens uppskattning: 43 690 st.

### **Länkar till övriga webbsidor**

- [Synnytyssairaalat säilytettävä](#)
- [Taistelu pienten synnytyksiköiden puolesta](#)

## **Ansvarspersoner**

### **Initiativtagare**

Sari Inkeri Behm

**Föreläsare**

Sari Inkeri Behm

Katja Saara Tuulikki Orimo

**Ersättare**

Mirja Marita Hämäläinen