



Til

Helse og omsorgsdepartementet

Dato 15.12.2014

Høringssvar – Utvidet rett for helsesøstre og jordmødre til å rekvirer alle typer prevensjonsmidler – Forslag til endring av forskrift 27.april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 2-5

Helse og omsorgsdepartementet har lagt frem forslag om at retten helsesøstre og jordmødre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har til å rekvirere korttidsvirkende hormonelle prevensjonsmidler til kvinner i alderen 16-19 år, utvides til å gjelde alle kvinner fra 16 år, uavhengig av tjenestested og for alle typer prevensjonsmidler. I samband med denne endringen må helsesøstre og jordmødre også kunne rekvirere andre legemidler som er nødvendig i praksis (lokalbedøvelse og adrenalin)

Den norske jordmorforening(Dnj) innstilling kan oppsummeres med følgende hovedpunkter:

- Vi støtter høringens intensjon om utvidet rett for jordmødre til å rekvirere alle typer prevensjon til alle kvinner over 16 år uavhengig av jordmors tjenestested.
- Vi mener at utvidet rett for jordmødre til å rekvirere prevensjon til kvinner *under 16 år* bør vurderes
- Vi støtter at utvidet rekvireringsrett omfatter p-stav og spiral (LARC) under forutsetning av at det gjennomføres tilstrekkelig teoretisk og praktisk opplæring i metodene
- Vi understreker at samarbeid med og henvisning til fastlege spesialist, må være i tråd med faglig forsvarlig yrkesutøvelse slik det er fastsatt i helsepersonelloven § 4.

I utdanningen for jordmødre legges det vekt på kvinnehelse, seksuell og reproduktiv helse, familiedannelse, oppvekst, kommunikasjon og veiledning i tillegg til relevante medisinske fag. Jordmødre jobber spesielt med kvinner i hele deres reproduktive alder, og skulle dermed være godt egnet til å utføre prevensjonsveiledning til alle kvinner forutsatt tilstrekkelig og adekvat opplæring. Begrensningene i gjeldende rett

har ingen kunnskapsbasert begrunnelse, og det er rimelig at den tas bort slik denne høringen foreslår.

Særlig om punkt 5.1 Kvinnegrupper som vil få særlig nytte av den nye ordningen

Å sikre kvinners rett til et trygt seksualliv uten risiko for uønsket graviditet, samt rett til å planlegge ønskede svangerskap blir fremhevet som et viktig velferdspolitisk prinsipp i høringsnotatet. Det er vist god effekt på aborttallene av utvidet rekvireringsrett for aldersgruppen 16-19 år. I tillegg har unge jenter fått prevensjon gratis med «drop-inn» avtaler.

En annen aldersgruppe som har høye aborttall og som kan ha behov for et lavterskeltilbud, er studenter og unge par i etableringsfasen. Disse er ofte på flyttefot, og vil i lange perioder være langt unna sin fastlege. Der vil jordmødre i helsestasjons- og studenthelsetjenesten være lettere tilgjengelig for mange.

Jordmødre er spesialutdannet til å følge opp friske kvinner i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid, og har omfattende kunnskap om kvinnehelse. Retningslinjene for svangerskapsomsorgen legger opp til at kvinnen skal kunne velge hvor hun vil gå til svangerskapsomsorg (jordmor eller lege, eller en kombinasjon). Denne valgfriheten gjelder fra første svangerskapskonsultasjon og til og med etterkontroll etter fødsel, men er ikke tilstrekkelig kommunisert ut til målgruppen. Kommunene tar i ulik grad hensyn til dette i måten de organiserer tjenestene på. For kvinnene fører dette til en fragmentert tjeneste med lite kontinuitet. Med dagens ordning kan jordmor tilby etterkontroll / postpartumsamtale inkludert ammeveiledning, vurdering av kvinnens fysiske og psykiske tilstand i barseltiden, gynekologisk undersøkelse etter behov, prevensjonsveiledning og familieplanlegging, men har ikke lov til å foreskrive prevensjon eller ta celleprøve. Dette er lite hensiktsmessig, både av hensyn til kvinnen, og ikke minst ut fra et ressurs hensyn.

I utdanningen er det også satt spesielt fokus på kulturelle forskjeller og innvandrerkvinnens behov. Dette er en uensartet gruppe, som krever tid og oppmerksomhet. Det tar tid å bygge et tillitsforhold, som igjen kan legge grunnlaget for at disse kvinnene kan diskutere familieplanlegging og ikke minst bruke prevensjon. Det at kvinnene kan få dette tilbudet på sine egne helsearenaer, hvor de lettere kan møte uten partner og kunne bli møtt fortrinnsvis av kvinner, gjør at oppslutningen om tilbudet blir bedre. Jordmødre i helsestasjonstjenesten har en særskilt god mulighet til å komme i kontakt med disse kvinnene, både individuelt og i gruppesammenheng.

Vi legger merke til at jenter under 16 år ikke er omfattet av høringen. Vi mener dette bør vurderes nøye, da vi har erfaring med at seksuelt aktive jenter har et prevensjonsbehov uansett alder. For jenter under 16 år kan det være spesielt viktig med et lavterskeltilbud. Det kan oppleves vanskelig for dem å oppsøke fastlegen, da denne også i de fleste tilfeller er foreldrenes fastlege. Skolehelsetjenesten representerer for disse et lavterskeltilbud som er kjent, og det bør derfor vurderes om det er hensiktsmessig å ta bort aldersgrensen på 16 år.

Dnj anser det nye forslaget til å være et svært viktig ledd i en satsing på kvinnehelse i et livsperspektiv. Med en slik utvidelse vil det være mulig for jordmødre å gi et helhetlig omsorgstilbud til alle kvinner som ønsker det, uavhengig av alder, sosial status og kulturell / etnisk bakgrunn.

Særlig om punkt 7.1. Krav til kompetanse ved utvidet rekvireringsrett og punkt 7.2 Justeringer i prevensjonsutdanningen og krav til dokumentasjon.

Det legges til grunn at dagens utdanning jordmødre dekker kompetansebehovet når det gjelder prevensjonsveiledning og foreskrivning av optimale prevensjonsmidler til friske kvinner under 35 år. Med en utvidet rett vil utdanningene måtte sørge for at jordmødre får en særlig kompetanse i rådgivning, anamneseopptak og risikoavveining for aldersgruppen fra 35 år og frem til menopause. Det skisseres videre hvilke justeringer som må til for å oppnå dette. Dnj støtter det foreliggende forslaget, men savner følgende punkter på listen over temaer som skal vektlegges:

- Kunnskap om kvinnens reproduksjonsorganer
- Erfaring med å vurdere det kvinnelige bekken / underliv og utføre gynekologiske undersøkelser
- Kunnskap om hvilken innvirkning svangerskap, fødsel, amming og renselse har på valgmulighet / effekten / etterlevelsen av ulike prevensjonsmidler.

Dette er vesentlig teoretisk og praktisk kompetanse når det gjelder å kunne sette inn / fjerne spiral og ta cytologisk prøve fra livmorhalsen, og å kunne gi tilpasset veiledning til kvinner som nettopp har født. Jordmorutdanningen vektlegger dette spesielt, og studentene får mye trening / erfaring med dette gjennom praksisperiodene.

Vi ser ellers frem til den dagen elektronisk kjernejournal og e-resept kan gjøre det mulig å utveksle viktig informasjon mellom involverte personellgrupper. Dette er vesentlig for å kunne gi trygg og helhetlig omsorg, ikke bare når det gjelder

medikamenter og prevensjonsmidler, men ellers i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Særlig om punkt 9 Økonomiske og administrative konsekvenser

Vi støtter hovedintensjonen om å kunne tilby helhetlige og likeverdige tjenester på laveste effektive omsorgsnivå. Vi finner imidlertid grunn til å presisere at dagens jordmordekning allerede er altfor lav i forhold til behovet. Dette er dokumentert og presisert i ulike offentlige dokumenter i løpet av de siste 10 årene. Det er vedtatt i 2014 at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal styrkes med 200 millioner fra 185 til 385 millioner, men ingen av disse er øremerket til å bedre jordmordekningen. Så langt har ikke politiske lovnader om at jordmortjenesten skal styrkes ført til noe konkret. Det er på høy tid at dette tallfestes i form av bemanningsnormer og øremerkede friske penger til kommunene. Dette er vesentlig, ikke bare for å kunne tilby helhetlige tjenester til kvinner med prevensjonsbehov, men også til å kunne gi reell valgfrihet til gravide i svangerskapsomsorgen, og for å etterkomme anbefalingene i de nye barselretningslinjene.

I forbindelse med utvidelsen av rekvisisjonsretten, ser vi også behovet for en grundig gjennomgang av refusjonstakster. Dagens takstsystem omfatter jordmortjeneste i helsestasjon, og gir mulighet for å heve takst for individuell prevensjonsveiledning uavhengig av svangerskap, i forbindelse med svangerskap og for en konsultasjon etter fødsel. Det kan også heves takst for innsending av prøver til laboratorium, men kun i forbindelse med svangerskapskonsultasjon. Etter vårt syn bør takstene gjennomgås både med tanke på omfang (hvilke tjenester det kan heves takst for), kombinasjonsmuligheter, størrelse (i prinsippet bør like tjenester ha samme takst uavhengig av hvilken yrkesgruppe som utfører den), og prinsipper for takstendring. Det bør også være mulig for jordmødre i privatpraksis å heve takster for disse tjenestene, på lik linje med at de kan heve takster for jordmorhjelp i forbindelse med fødsel.

Med vennlig hilsen

Kirsten Jørgensen

Leder i Den norske jordmorforening