



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology

Remiss från Hälso- och sjukvårdens förvaltning, Diarienummer HSN 0804-0605:
Auktorisation av förlossningsvård inom Stockholms län

Synpunkter från Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG).

Stockholms läns landsting har beslutat att införa fri etablering av förlossningskliniker genom auktorisation. Baserat på underlaget för detta beslut önskar SFOG framföra följande synpunkter:

SFOG vänder sig mot konceptet att skapa separata förlossningsenheter utan koppling till övrig gynekologisk verksamhet.

SFOG vill understryka vikten av en sammanhållen specialitet i Obstetrik och Gynekologi. Kvinnosjukvården idag i Sverige förutsätter en integrerad verksamhet av graviditet och förlossningar (obstetrik) och kvinnosjukdomar (gynekologi). Främsta skälet till en sammanhållen specialitet/verksamhet är att det behövs en samlad kompetens för att kunna upprätthålla en hög patientsäkerhet. För att upprätthålla en medicinskt säker förlossningsvård krävs specialistläkare i tjänst dygnet runt, veckans alla dagar. För att leva upp till detta krav, behövs en stor volym specialistläkare. Dessutom krävs ibland inom förlossningsvården specialkompetens i avancerad gynekologisk kirurgi, vilket saknas bland många förlossningsläkare. Vi ser redan idag att flertalet läkare under specialistutbildning, och även unga färdiga specialistläkare, föredrar den mindre joutunga delen gynekologi. Detta är en oroväckande trend som ses över hela världen. SFOG vänder sig, mot denna bakgrund, emot förslaget om separata förlossningsenheter utan koppling till övrig gynekologisk verksamhet i Stockholm.

SFOG anser att man bör undvika att dela upp förlossningsvården i lätta/komplicerade förlossningar till geografiskt skilda enheter vid nyetablering i befolkningstäta områden.

All tillgänglig kunskap talar för att det är svårt att förutse allvarliga komplikationer i samband med en förlossning. Den s.k. ABC-kliniken vid Södersjukhuset stängdes sedan det visade sig att vårdformen innebar en ökad risk för att barnet skulle dö. Den sannolikt viktigaste faktorn här var överflyttning av mamman till den ordinarie förlossningsavdelningen under pågående förlossning. Därefter skapades en ny enhet inom kvinnokliniken Södersjukhuset (Södra BB), med inriktning på lågriskgraviditeter, men med samma medicinska riktlinjer som för övrigt inom kliniken och direkt tillgång till medicinsk övervakning och intervention. Vid denna enhet sker som regel ingen överflyttning av födande kvinnor. Kontinuitetsbrottet i vården, dvs beslutsprocessen om överflyttning, transporter mellan olika enheter/sjukhus och tidsfördröjning innebär alltid ett risktagande och bör undvikas. För att slippa onödiga transporter, krävs omedelbar närhet till såväl specialistläkarkompetens (gyn, barn, anestesi) som neonatal- och intensivvårdsresurser.

SFOG anser att ett minimikrav på 1000 förlossningar/år är för lågt räknat i ett medicinskt säkerhetsperspektiv, när det handlar om nyetablering i ett storstadsområde med 27 000 förlossningar/år. En eventuell selektion, lågrisk/högrisk, inom förlossningsvården bör ske inom samma enhet för att kunna uppfylla patientsäkerhetskraven.

SFOG är positiv till en sammanhållen vårdkedja mödrahälsovård-förlossning- eftervård.

En sammanhållen vårdkedja ger möjlighet till både utbyte av kunskap och tjänster mellan förlossningsenhet och mödrahälsovård och gemensam policy för omvårdnad och medicinsk behandling. Denna kontinuitet gynnar patienten och medverkar till att onödiga extrabesök undviks. Förslaget att patienten väljer MVC, som i sin tur är "kopplad" mot en bestämd förlossningsenhet, ser SFOG som positivt. Vi tror dock att man förlorar syftet med vårdkedjan om varje MVC har avtal med för många förlossningsenheter. Antalet förlossningsenheter bör därför vara begränsat. För att respektive förlossningsenhet ska kunna leva upp till kravet om att alltid kunna ta emot den födande kvinnan, med vilken man avtalat födelseplats, förutsätts mer resurser till förlossningsvården (en viss överkapacitet behövs).

Specifika kommentarer

5.6.3 "Barnmorskan ansvarar i sin profession för att utföra eftervård". SFOG vill understryka att detta gäller för den helt okomplicerade eftervården. Denna är dock allt mindre vanlig idag i takt med ett ökande antal komplicerade förlossningar med kejsarsnitt och instrumentella förlossningar, stigande ålder hos modern, ökande andel feta osv. Dessa faktorer bidrar till ett ökat behov av medicinsk kompetens även inom eftervården. Det handlar inte bara om "tillgång till" obstetriker/gynekologer respektive barnläkare, utan **faktiskt om ett behov** av denna kompetens dygnet runt.

7.4 "Kvinnor med särskilda behov pga sociala eller andra skäl". Här nämns kvinnor med psykisk sjukdom och behovet av samverkan mellan olika vård- och samhällsinstanser för denna grupp. SFOG vill framhålla betydelsen av samma typ av möjlighet till omhändertagande för andra utsatta gravida som t ex invandrarkvinnor. Det är idag känt att dessa kvinnor löper en ökad risk att få en suboptimal vård med ibland katastrofala konsekvenser. Här behövs både ökad medicinsk kunskap och mer resurser till mödrahälsovården.

Beskrivning av eftervården

Sid 1, Sista stycket. Förslag på tillägg: "Hemgångssamtal med barnmorska *samt läkare vid behov...*"

Sid 2, Under rubrik "Vård på BB-avdelning..." Se ovan vad gäller läkares medverkan.

Sid 3, Under rubrik "Medicinsk och allmän omvårdnad" "Läkemedelshandling" Det är inte barnmorskan som ordinerar dessa läkemedel. Hon delar ut dem på ordination av läkare. Samma gäller för infusioner och blodprovstagningar. Detta gäller för både mamman och barnet och bör tydligt framgå i texten.

Sid 4, "Samverkan" SFOG vill här betona att obstetriker/gynekolog är den medicinskt ansvarige även vid eftervården. Detta bör framgå.

Stockholm den 30 maj 2008

För SFOGs styrelse

Charlotta Grunewald
Ordförande