

Hur prioriterar vi livets början? Har vi råd med BB-vården?

Mot bakgrund av vad en graviditet liksom ett barns uppväxt kostar samhället totalt kan det ifrågasättas om vi inte har råd att satsa mera på BB-vården i samband med förlossningen. Måste de nyblivna mammorna konkurrera om resurserna med de sjuka inom gynekologin?

En sensommarmorgon 1971 satt jag som yngste underläkarvikarie och väntade på att röntgenronden skulle börja. Det var på ett litet välfungerande akut-sjukhus centralt beläget i Stockholm, men nu sedan ett flertal år nedlagt.

Så kom klinikchefen in, arg och upprörd. Han hade tvingats stänga en av sina kirurgavdelningar inför sommaren och nyligen fått veta att det inte fanns några pengar för att öppna den igen, så som han hade blivit lovad före sommaren.

Denna morgon hade han i bilen på väg till arbetet hört på nyheter att AMS tillskjutit 25 miljoner kronor för att bygga ett nytt apus på Skansen. Kort sagt – han var upprörd över prioriteringen.

Skönt att inte vara politiker

Hur göra avvägningen mellan ett apus och en kirurgavdelning? Låt mig tillstå att jag är lycklig över att inte vara politiker och behöva göra så omöjliga prioriteringar.

Idag är det förstås lätt att ropa efter mer pengar till sjukvården. Men det är inte heller svårt att argumentera för mer resurser till äldrevården, skolan, polisen, tullen etc. Samhället behöver också en välutbyggd infrastruktur med bra vägnät och allmänna kommunikationer. Dessutom lever människan inte av bröd allenast, utan även kulturen måste få sin

del liksom möjligheten till skönhetsupplevelser i vardagen och även nöjen för den delen.

Regering, riksdag, landsting och kommuner fördelar var och en på sin nivå tillgängliga skattemedel till samhällets olika sektorer. Ingen seriös debattör borde kunna göra annat än att tillstå att detta i en tid av avstannad tillväxt och knappa resurser måste vara en mycket svår uppgift. Självklart är det också omöjligt att göra alla företrädare för de olika samhällsintressena nöjda.

Hårdbantad BB-vård

Mot denna bakgrund skulle jag vilja diskutera de kraftiga nedskärningarna i BB-vården under de senaste åren. Min kritik gäller inte vården av kvinnor med komplicerad graviditet eller förlossning. De får förhoppningsvis alltid en medicinskt kompetent och adekvat vård.

Vad jag nedan ifrågasätter är målsättningen med och synen på BB-vistelsen för majoriteten av kvinnorna, dvs de friska kvinnor som genomgått en normal graviditet och förlossning.

Sedan många år har i Sverige, inte minst tack vare våra barnmorskor, synen radikalt förändrats på omhändertagandet i samband med graviditet, förlossning och BB-vård. Från att tidigare ha vårdat alla nyförlösta kvinnor och deras barn som sjuka patienter under 5 till 7 dygn tar vi numera tillvara den friska kvinnans egna resurser.

Genom att stödja dessa har vi kunnat reducera antalet dygn på BB väsentligt. Ett flertal faktorer har bidragit till att göra detta möjligt. På mödravårdscentralerna ges mycket information och stöd inför förlossningen. Kvinnan tar själv hand om sitt nyförlösta barn från det första andetaget till hemgången från sjukhuset.

Barnmorskorna på BB finns som en kunskapsresurs för stöd och uppmuntran, och inte som förr för att ta över mammarollen. Till detta kommer att barnafäder har rätt till lediga dagar i samband med barns födelse, och att man vid många kvinnokliniker idag kan erbjuda barnafadern att stanna på BB tillsammans med mor och barn.

Tryggheten vid hemkomsten från

”Ändå kan jag inte helt frigöra mig från misstanken att de som håller i ekonomin, vanligtvis män i karriären, kanske ibland underkattar den nyförlösta kvinnans oro och problem samt behov av en aldrig så kort viloperiod efter genomgången graviditet och förlossning.”

BB ökar förstås när båda föräldrarna kan ta ansvar för den nyfödde. Nyblivna föräldrar som känner sig trygga uppskattar att komma till sin hemmiljö så snart möjligt är.

Vårdtid räknas i timmar!

Så långt är allting lyckligt och väl. Men! Utvecklingen mot dagens BB-vård hade aldrig gått så snabbt som den gjort om inte såväl politiker som verksamhetschefer hade sett de stora besparingsmöjligheter som låg i att skära ned antalet vård dagar. Detta har medfört att på många ställen är BB-vården så hårt bantad att vårdtiden räknas i timmar och inte i dagar.

Det finns förvisso friska nyförlösta kvinnor med stabil familjesituation som känner sig trygga att åka hem redan 6 till 12 timmar efter förlossningen. Det är bra att den möjligheten då finns för dem. Men med de hårt bantade resurserna tvingas vi ofta skicka hem kvinnor tidigare än de är mogna för.

Stress och otrygghet

Det finns ännu inte data för att påstå att mycket tidig hemgång skulle ha lett till allvarliga medicinska komplikationer där mammors eller barns liv stått på spel. Däremot framkommer det vid efterbesöken i mödravården att allt fler kvinnor upplever BB-tiden som för kort och stressad.

De känner en otrygghet vid hemkomsten i ansvaret för sitt endast någon dag gamla barn. Dessutom får många redan från första dagen de kommer hem ta över ansvaret både för matlagning

Författare

JAN WAGER

docent, mödrhälsovårdsöverläkare, Huddinge sjukhus.

DEBATT DEBATT DEBATT

och eventuella tidigare barn, oavsett om mannen är hemma eller ej. Den gruppen av kvinnor, i vilken återfinns många med en socialt besvärlig situation liksom de invandrarkvinnor som saknar kontaktnät, hörs och syns inte i debatten.

Vore det inte även i ett prestationssamhälle som vårt rimligt att de nyblivna mammor som så önskar efter en graviditet och förlossning får ett par dygn på sig att i lugn och ro knyta an till det nya barnet – utan bekymmer för hushållssysslor och med tillgång till stöd och uppmuntran av barnmorska i amningsstarten eller vid oro för svårtolkade signaler från den nya lille familjemedlemmen.

Vi borde ha råd

Det är synd, tycker jag, att vi i ett rikt land som Sverige (förhållandevis rikt i alla fall) inte anser oss ha råd att erbjuda en optimal start under ett barns första dagar inför den livslånga föräldra-barnrelationen. Hur kan det ha blivit så?

För att förklara det får vi återgå till svårigheten att prioritera. Kostnaderna för förlossnings- och BB-vård ingår i kvinnoklinikernas budget. Den budgeten skiljer sig inte från de flesta andra budgetar, dvs den är mindre än vad som behövs för att sköta verksamheten på det sätt man skulle önska. Alltså måste man prioritera.

Inom kvinnosjukvården ryms cancerkirurgi, framfalloperationer, komplicerad förlossningsvård, akutsjukvård, behandling av barnlöshet etc. Det faller sig då kanske naturligt att den verksamhetsansvarige chefen prioriterar omhändertagandet av de sjuka framför friska nyförlösta kvinnor.

Ändå kan jag inte helt frigöra mig från misstanken att de som håller i ekonomin, vanligtvis män i karriären, kanske ibland underskattar den nyförlösta kvinnans oro och problem samt behov av en aldrig så kort viloperiod efter genomgången graviditet och förlossning.

I prioriteringsdebatten diskuteras ofta satsningarna på s k provrörsbefruktning vid barnlöshet och kostnaderna för dessa. Att kunna få barn upplevs av de flesta människor som något av det mest väsentliga i livet.

Prioriteringsmässigt kan man därför mycket väl argumentera för att de som är lyckliga att kunna få barn kan bidra till kostnaden för hjälp till de barnlösa genom en förkortad vårdtid – om man nu skall ställa de två grupperna kvinnor

emot varandra, vilket enligt min uppfattning inte vore etiskt snyggt.

Ett tankeexperiment

Om vi leker med tanken att kostnaden för BB-vården inte tillhörde sjukvården (kvinno-klinikens) budget utan att den i stället ingick i en föräldraförsäkringsbudget, skulle dagens nedskärningar i BB-vården plötsligt te sig orimliga.

Enligt en utredning av Riksförsäkringsverket 1995 är en gravid kvinna sjukskriven i genomsnitt en månad under sin graviditet. 25 000 till 30 000 kvinnor per år beviljas havandeskapspenning. Till detta kommer 360 dagars betald föräldraledighet och barnafaderns rätt att vara hemma i samband med barnafödandet. Genomsnittliga kostnaden är drygt 300 kronor per dag enligt samma utredning. Sammantaget kostar dessa sociala förmåner utslaget per graviditet 120 000–150 000 kronor.

Lägg till detta kostnaderna för mödrahälsovård och förlossning så blir kostnaderna 150 000–200 000 kronor per graviditet. Om kostnaden för BB-dygnen belastade en sådan budget skulle säkerligen de dygnen prioriteras på ett helt annat sätt än de gör idag.

Rimlig konkurrens?

Sammanfattningsvis har jag förståelse för svårigheten att fördela de begränsade tillgångarna på alla de behov av ytterst varierande art som finns i ett samhälle. Meningen med mitt inlägg är att få beslutsfattare att fundera över om det är rimligt att resurserna för vård och stöd av nyförlösta kvinnor skall konkurrera med resurserna för de sjuka kvinnorna.

Om man i stället ser till vår totala samhällskostnad för en graviditet och för ett barns uppväxt och utveckling ter det sig absurt att vi inte har råd att satsa mer på familjen under det nya livets första dagar. •



MEDICINENS SPRÅK

Särtryck ur Läkartidningen 1990–93

Läkartidningens språkspalt innehåller både stort och smått, både dagsländor och "eviga" sanningar – om nu sådana över huvud taget finns i språket och medicinen.

Ett urval mer översiktliga artiklar från fyra år har samlats i detta 32-sidiga särtryck, som togs fram i anslutning till arbetet med "Förslag till skrivregler för medicinska termer".

Pris 48 kr. Vid 11-50 ex 43 kr, vid högre upplagor 40 kr/ex.

Beställ här

..... ex Medicinens språk

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Sändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet "Medicinens språk".

Beställning per fax:
08-20 76 19