



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.meld. nr. 12

(2008–2009)

En gledelig begivenhet

Om en sammenhengende svangerskaps-,
fødsels- og barselomsorg



Innhold

| | | | | | |
|----------|---|----|----------|--|----|
| 1 | Regjeringens mål | 7 | 4.4.2 | Særskilt om jordmortjenesten | 26 |
| 1.1 | Innsatsområder for å nå målet | 7 | 4.4.3 | Fastlegens rolle i | |
| 1.2 | Bakgrunn for meldingen | 7 | | svangerskapsomsorgen | 27 |
| 1.3 | Samhandlingsreformen | 8 | 4.5 | Vurdering og konklusjon..... | 27 |
| 1.4 | Sammendrag | 8 | 4.5.1 | Avtaler mellom kommuner og | |
| 1.5 | Avgrensning | 10 | | helseforetak om jordmortjenesten | 28 |
| 1.6 | Tidligere sentrale dokumenter av | | 4.5.2 | Forankring av den kommunale | |
| | betydning for denne meldingen..... | 10 | | jordmortjenesten i helseforetak..... | 29 |
| 1.6.1 | Redegjørelse i St. prp. nr 1 | | 4.6 | Prioritering av grupper med | |
| | (2007-2008) mv..... | 10 | | særlige behov | 31 |
| 1.6.2 | Stp. prp. nr. 59 (2007-2008) | | 4.6.1 | Vurdering og konklusjon..... | 32 |
| | Akuttmedisinske tilbud ved | | 4.7 | Svangerskapsomsorg til kvinner | |
| | lokalsykehus | 11 | | med innvandrerbakgrunn | 32 |
| 1.6.3 | St. prp. nr 1 (2006-2007) | | 4.7.1 | Vurdering og konklusjon..... | 33 |
| | Nasjonalt helseplan..... | 11 | 4.8 | Fødsels- og foreldreforbereidende | |
| 1.6.4 | Nasjonalt rammeavtale | | | kurs/temakvelder | 33 |
| | for samhandling | 11 | 4.8.1 | Vurdering og konklusjon..... | 33 |
| 1.7 | Nasjonalt råd for fødselsomsorg | 11 | 4.9 | Helsekort for gravide | 34 |
| | | | 4.10 | Nasjonale retningslinjer for | |
| 2 | Fakta om fruktbarhet og fødsler .. | 13 | | svangerskapsomsorgen mv..... | 34 |
| 2.1 | Fruktbarhet hos norske kvinner | 13 | 4.10.1 | Brukerundersøkelse om | |
| 2.2 | Mødredødelighet og perinatal | | | svangerskapsomsorgen | 35 |
| | dødelighet..... | 14 | 4.10.2 | Vurdering og konklusjon..... | 35 |
| 2.3 | For tidlig fødte og for sent fødte barn ... | 14 | | | |
| 2.4 | Sosiale forskjeller i helse | 15 | 5 | Følgetjeneste til fødested | |
| 2.5 | Endringer i befolkningsutvikling | | | for gravide | 37 |
| | og bosettingsmønster | 16 | 5.1 | Vurdering og konklusjon..... | 37 |
| 3 | Gravidens og fødendes særlige | | 6 | Et trygt fødetilbud | 41 |
| | pasientrettigheter | 19 | 6.1 | Innledning | 41 |
| 3.1 | Rett til fritt sykehusvalg i forbindelse | | 6.2 | Dagens fødselsomsorg | 41 |
| | med fødsel..... | 19 | 6.3 | Antall fødsler i Norge i 2007 | 43 |
| 3.2 | Spørsmål om keisersnitt | 19 | 6.3.1 | Fødestuer | 45 |
| 3.2.1 | Innledning | 19 | 6.3.2 | Forsterkede fødestuer | 45 |
| 3.2.2 | Kvinnens adgang til å be om planlagt | | 6.3.3 | Fødeavdelinger | 45 |
| | keisersnitt..... | 19 | 6.3.4 | Kvinneklinikker | 46 |
| 3.2.3 | Keisersnitt hvor kvinnen motsetter | | 6.3.5 | Hjemmefødsler | 47 |
| | seg det | 20 | 6.4 | Omstillingsprosesser innen | |
| 3.3 | Oppsummering | 20 | | fødselsomsorgen | 47 |
| 4 | En helhetlig | | 6.5 | Rekruttering av fagpersonell..... | 47 |
| | svangerskapsomsorg | 23 | 6.5.1 | Gynekologer | 47 |
| 4.1 | Innledning | 23 | 6.5.2 | Jordmødre | 48 |
| 4.2 | Utviklingstrekk med konsekvenser | | 6.5.3 | Barnepleiere | 48 |
| | for svangerskapsomsorgen | 23 | 6.6 | Vurdering av fødetilbud i en | |
| 4.3 | Organisatorisk utvikling av | | | sammenhengende tjeneste | 49 |
| | svangerskapsomsorgen | 23 | 6.7 | Sommer- og feriestengning av | |
| 4.4 | Dagens organisering av | | | fødeinstitusjoner | 49 |
| | svangerskapsomsorgen | 25 | 6.7.1 | Vurdering | 49 |
| 4.4.1 | Kommunens og spesialisthelse- | | 6.8 | Plan for fødetilbudet i regionen – | |
| | tjenestens ansvar og oppgaver | 25 | | vurdering og konklusjon | 49 |

| | | | | | |
|----------|---|----|------------------------------|---|----|
| 6.9 | Nivåinndeling av fødeinstitusjoner | 49 | 9 | Et bredt brukerperspektiv | 63 |
| 6.9.1 | Vurdering og konklusjon | 50 | 9.1 | Innledning | 63 |
| 6.10 | Faglige nettverk mellom fødeinstitusjoner | 50 | 9.2 | Brukererfaringsundersøkelser | 63 |
| 6.11 | Nasjonale retningslinjer for fødselsomsorgen | 50 | 9.3 | Informasjon om graviditet, fødsels- og barselomsorg fra helsemyndighetene | 64 |
| 7 | En familievennlig barselomsorg.... | 53 | 10 | Administrative og økonomiske konsekvenser | 67 |
| 7.1 | Innledning | 53 | 10.1 | Administrative konsekvenser | 67 |
| 7.2 | Utviklingstrekk i barselomsorgen | 53 | 10.1.1 | Nasjonalt råd for fødselsomsorg..... | 67 |
| 7.3 | Ansvar for barselomsorgen | 54 | 10.2 | Økonomiske konsekvenser..... | 67 |
| 7.4 | Et familievennlig barseltilbud i en sammenhengende modell | 54 | Litteraturliste | 68 | |
| 7.5 | Melding om fødsel til kommunehelsetjenesten..... | 55 | Vedlegg | | |
| 8 | Kvalitet i alle ledd | 57 | 1 | Oppsummering av tilsynserfaringer 2004-2008 fra Statens helsetilsyn | 72 |
| 8.1 | Innledning | 57 | 2 | Oppsummering av virksomheten i Nasjonalt råd for fødselsomsorg 2002-2007..... | 74 |
| 8.1.1 | Kvalitetsindikatorer | 57 | 3 | Organisering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Danmark, Sverige og Finland | 75 |
| 8.1.2 | Nasjonale faglige retningslinjer | 57 | | | |
| 8.1.3 | Medisinsk fødselsregister | 58 | | | |
| 8.1.4 | Nasjonal enhet for pasientsikkerhet .. | 58 | | | |
| 8.1.5 | Annet kvalitetsarbeid | 58 | | | |
| 8.1.6 | Vurdering | 60 | | | |



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.meld. nr. 12

(2008–2009)

En gledelig begivenhet

Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 13. februar 2009,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*



Figur 1.1 En gledelig begivenhet!

Foto: Glenn Karlsrud

1 Regjeringens mål

Norske kvinner føder gjennomsnittlig 1,9 barn i løpet av livet. I 2007 ble det født ca 28 500 jenter og ca 30 000 gutter i Norge. Fruktbarheten blant norske kvinner er stabil og blant den høyeste i Europa.

For de aller fleste er fødsel av et nytt barn et av livets absolutte høydepunkter. Gode og likeverdige helsetjenester til gravide og fødende er derfor av stor betydning. De opplevelsene den gravide/fødende og hennes nærmeste har i svangerskapet og i tiden rundt fødselen, vil kunne ha stor betydning for familiens trivsel og mestringsevne. Norge er et av verdens tryggeste land å føde barn i. Vi er blant de land som har de aller laveste tallene når det gjelder alvorlig skade eller dødsfall hos mor og barn i forbindelse med fødsel. Men uansett hvor høy kvaliteten på svangerskaps- og fødselsomsorgen er, vil det ikke være mulig å unngå alvorlig skade eller dødsfall som skyldes sykdom hos mor, eller at barnet har en medfødt skade eller tilstand som er uforenlig med liv.

Målet er at gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg som en gledelig begivenhet.

Regjeringen legger vekt på en sterk brukermedvirkning ved utvikling av helsetjenesten. For å nå målet legger regjeringen fram en melding med forslag til framtidig organisering og struktur for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i primær- og spesialisthelsetjenesten, og følgetjeneste for gravide med lang reisevei til fødested. Regjeringen ønsker bedre organisering av tjenesten og bedre utnyttelse av ressurser og personell for å gi en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Hele tjenesten skal sees i sammenheng slik at det skapes helhetlige pasientforløp.

Regjeringens generelle mål for helsepolitikken er å prioritere de gruppene som trenger det mest både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Det legges særlig vekt på at en god svangerskapsomsorg kan medvirke til å redusere sosiale ulikheter i helse. Regjeringen ønsker å bygge videre på dagens svangerskapsomsorg som et samlet forebyggende og behandlende helsetjenestetilbud gjennom svangerskapet.

Grupper med særlige behov, herunder kvinner med innvandrerbakgrunn, skal prioriteres. Ved utvikling av en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal det legges vekt på nødvendig forståelse for samisk språk og kultur.

Målet innebærer at de som er ansvarlige for tjenesten, regionale helseforetak og kommuner, har ansvar for helheten. Dette omfatter både et helsetilbud av høy faglig kvalitet, en helhetlig og trygg svangerskaps- og fødselsopplevelse og en familievennlig barselomsorg. Helhetlig ansvar og organisering skal ivareta kapasitet, kvalitet, kontinuitet, trygghet og samlet ressursutnyttelse. Gode samhandlingstiltak skal bidra til dette.

Kvinnens partner vil i de aller fleste tilfeller være barnets far, men kan også være en annen omsorgsperson. I meldingen brukes begrepet partner som i tillegg også omfatter andre omsorgspersoner, for eksempel medmor.

1.1 Innsatsområder for å nå målet

Regjeringen legger vekt på følgende fem innsatsområder for å nå målet om at et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen skal oppleves som en gledelig begivenhet både av gravide og fødende og hennes familie:

- En helhetlig svangerskapsomsorg
- Et trygt fødetilbud
- Et familievennlig barseltilbud
- Kvalitet i alle ledd
- Et bredt brukerperspektiv

De fem innsatsområdene blir presentert i de neste kapitlene.

1.2 Bakgrunn for meldingen

Svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge holder svært høy kvalitet i internasjonal sammenheng. Det er likevel flere forhold som taler for at svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen kan

forbedres på en del viktige områder, og at det ikke har lyktes å skape den nødvendige tilliten i befolkningen til at tilbudet er trygt nok, tilgjengelig og av høy faglig kvalitet. Fra gravide og fødende har det vært hevdet at tjenesten fremstår som fragmentert og lite sammenhengende.

Endringer i kommunikasjoner og bosettingsmønster, faglig utvikling og rekrutteringssituasjonen for fagpersonell tilsier behov for å vurdere framtidig struktur i fødselsomsorgen. Synkende fødselstall har ført til bekymring og uro rundt fødetilbudet i distriktene. Det har vært reist spørsmål om kvaliteten i fødetilbudet, spesielt ved mindre fødeenheter. Samtidig etterspør brukere forutsigbarhet, helhet og kontinuitet i tjenesten. Regjeringen ønsker derfor å legge fram en melding for Stortinget om framtidig organisering og struktur for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i primær- og spesialisthelsetjenesten, herunder følgetjenesten.

Intensjonen i denne stortingsmeldingen er å oppnå bedre helhet i tjenesten. Med dette som utgangspunkt er det lagt vekt på å finne hensiktsmessige ansvarsstrukturer og virkemidler som må tilpasses områdets egenart.

1.3 Samhandlingsreformen

Regjeringen har startet arbeidet med en samhandlingsreform for å kunne gi pasienter/brukere et bedre og mer helhetlig helse- og omsorgstilbud, jf St. prp. nr 1 (2008-2009). Et mål med reformen er at systemene skal bidra til effektiv samhandling mellom tjenester og tjenestenivåer i stedet for å legge hindringer i veien for slikt samarbeid. Regjeringen vil ta stilling til framtidig organisering av lokale jordmortjenester i forbindelse med samhandlingsreformen.

1.4 Sammendrag

Kapittel 1 Regjeringens mål

Kapittel 1 presenterer regjeringens mål. Målet er at gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg som en gledelig begivenhet. Regjeringen legger vekt på en sterk brukermedvirkning ved utvikling av helsetjenesten. For å nå målet legger regjeringen fram en melding med forslag til framtidig organisering og struktur for en sammenhengende svangerskaps-

fødsels- og barselomsorg i primær- og spesialisthelsetjenesten, og kvalifisert følgetjeneste for gravide med lang reisevei til fødested. Regjeringen ønsker bedre organisering av tjenesten og bedre utnyttelse av ressurser og personell for å gi en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Det legges vekt på at hele tjenesten sees i sammenheng slik at det kan skapes helhetlige pasientforløp.

Regjeringen arbeider med en samhandlingsreform, jf. St.prp. nr 1 (2008-2009). Regjeringen vil ta stilling til framtidig organisering av lokale jordmortjenester i forbindelse med samhandlingsreformen.

Kapittel 2 Fakta om fruktbarhet og fødsler

Dette kapittel er et faktakapitel om fruktbarhet og fødsler både i Norge og i andre land.

I 2007 ble det født 58 459 levende fødte barn i Norge, av disse var 30 004 gutter og 28 455 jenter. 241 barn var dødfødte. Norske kvinner fødte gjennomsnittlig 1,9 barn i løpet av livet. Fødselstallet i 2007 var det høyeste tallet siden 1991. Fruktbarheten er i toppskiktet i Europa. Det er bare albanske, tyrkiske, islandske, franske og irske kvinner som føder flere barn enn de norske.

Helsemessige og samfunnsmessige forhold påvirker hvor mange barn kvinner føder, og når i livet de føder. At fruktbarheten i Norge er høyere enn i mange andre europeiske land, antas blant annet å henge sammen med levekår, trygdeytelser, permisjonsordninger og mulighetene for å kombinere barn og yrkesdeltakelse. Den samlede fruktbarheten hos ikke-vestlige innvandrerkvinner er høyere enn landsgjennomsnittet, men faller med økende botid i Norge. I 2020 er det forventet en økning i antall fødte på i overkant av 8000 i forhold til 2008.

Kapittel 3 Gravides og fødendes særlige pasientrettigheter

Dette kapittel gir oversikt over gravides og fødendes særlige rettigheter i helselovgivningen når det gjelder rett til fritt sykehusvalg i forbindelse med fødsel, kvinnens adgang til å be om planlagt keisersnitt, og bruk av keisersnitt hvor kvinnen motsetter seg det. Rett til fritt sykehusvalg gjelder også for fødende. Dersom en kvinne ønsker å føde ved et bestemt sykehus, gjelder retten bare så langt sykehuset har kapasitet. Kvinner kan som utgangspunkt ikke kreve keisersnitt som forløsningsmetode. Helsepersonell har rett til å foreta

keisersnitt mot kvinnens vilje dersom vilkårene for nødrett er oppfylt.

Kap 4 En helhetlig svangerskapsomsorg

Målet for et sammenhengende tjenestetilbud er ansvarsstruktur og systemer som gir en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Hensiktsmessige ansvarsstrukturer og virkemidler må tilpasses områdets egenart. Svangerskap og fødsel er i utgangspunktet normale begivenheter. Kvinner bor i kommunene, og skal tilbake dit etter et kort opphold på fødeinstitusjon. Med unntak av et lite antall hjemmefødsler, finner alle fødsler sted på fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker som er en del av spesialisthelsetjenesten. Til tross for tiltakene som har vært gjennomført for å stimulere kommunene til å styrke den lokale jordmørtjenesten, er ikke dagens jordmorkapasitet i svangerskapsomsorgen tilstrekkelig.

Regjeringen ønsker derfor å bedre tilgjengeligheten til jordmørtjenesten i tråd med brukernes ønsker. For å sikre god ressursutnyttelse og en sammenhengende tjeneste, må jordmødre kunne gi et tilbud som utnytter deres samlede kompetanse og understøtter helhetlige pasientforløp. Meldingen presenterer følgende to alternativer for styrking av en desentralisert jordmørtjeneste:

- Kommuner og helseforetak inngår avtaler om jordmørtjenesten som sikrer felles utnyttelse
- Den kommunale jordmørtjenesten forankres i helseforetak

Regjeringen vil ta stilling til framtidig organisering av lokale jordmørtjenester i forbindelse med samhandlingsreformen.

Kapittel 5 Følgetjeneste til sykehus for gravide

Regjeringen ønsker å skape et mer enhetlig system for finansiering og tydelig ansvarsplassering for følgetjeneste til sykehus for gravide. I kapittel 5 foreslås det at ansvaret for følgetjenesten legges til regionale helseforetak i tråd med ansvar for annen syketransport inklusiv ambulansetjeneste. Hvis lokal jordmørtjeneste fortsatt skal være et kommunalt ansvar, må det inngås avtaler mellom helseforetak om kommuner om jordmørtjenesten som sikrer felles utnyttelse.

Kapittel 6 Et trygt fødetilbud

Regionale helseforetak har et sørge-for ansvar for et trygt og sammenhengende fødetilbud til kvin-

ner i regionen. I kapittel 6 foreslår regjeringen at regionale helseforetak pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen sammen med berørte kommuner. Planen skal også omfatte svangerskaps- og barselomsorg. Den skal sikre kapasitet i forhold til fødselstall og være i samsvar med utvikling av akutttilbud ved lokalsykehus. Planen skal sikre de fødende i regionen et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Den skal omfatte planer for rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for gynekologer. Hensynet til antall fødende i opptaksområdet, til geografi, kommunikasjonsmuligheter, struktur for lokale jordmørtjenester og følgetjeneste skal vektlegges. Kultur- og språkforskjeller i regionen skal ivaretas.

Inndelingen i tre nivåer av fødeinstitusjoner (kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue) opprettholdes. Nåværende tallgrenser oppheves og erstattes av kvalitetskrav til fødeinstitusjoner.

Kapittel 7 Et familievennlig barseltilbud

Det må legges til rette for at lokal jordmørtjeneste kan ha en sentral rolle i oppfølging av mor og barn hjemme de første dager etter fødselen i samarbeid med helsestasjon og fastlege. Dersom lokal jordmørtjeneste fortsatt skal være et kommunalt ansvar, må helseforetak og kommuner inngå avtaler som sikrer felles utnyttelse i barselomsorgen. Nødvendig oppfølging av mor og barn de første dagene må skje i samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Ved en modell hvor den lokale jordmørtjenesten forankres i helseforetakene, vil det være naturlig at de regionale helseforetak får hovedansvar for nødvendig oppfølging av mor og barn de første dager etter fødselen uansett om mor og barn oppholder seg på sykehus eller ikke.

Ved tidlig hjemreise må det bygges opp kompetanse ved helsestasjonene for å utføre nødvendige medisinske undersøkelser av nyfødte som hørselsscreening og nyfødtscreening i form av blodprøve fra alle nyfødte for å oppdage sjeldne, men alvorlige medfødte sykdommer. Det må sikres nødvendig kompetanse og kapasitet for å følge utvikling av gulsott hos nyfødte, samt at ammingen kommer i gang og at vektøkningen har startet.

Helsestasjonene skal kunne motta elektronisk melding om fødsel raskt etter at barnet er født.

Kap 8 Kvalitet i alle ledd

Kvalitetsmessige utfordringer må sees i sammenheng med at svangerskap og fødsel er en normal livshendelse og ikke en sykdom. Samtidig er det en svært sentral livshendelse hvor det i enkelte situasjoner kan stå om liv og død, både for mor og barn. Kapittel 8 omtaler pågående kvalitetsarbeid innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. For å videreutvikle og forbedre tjenestene bør forskrift om medisinsk fødselsregister endres for å tydeliggjøre kvalitetsforbedring som formål for registeret. Datasettet bør utvides til å inkludere flere opplysninger om svangerskapet. Regionale helseforetak får i oppdrag å videreutvikle perinatalkomiteenes rolle som ledd i å styrke kvalitetsarbeidet i svangerskaps- og fødselsomsorgen.

Kap 9 Et bredt brukerperspektiv

Regjeringen legger vekt på sterk brukermedvirkning ved utvikling av tjenesten. Kapittel 9 drøfter brukerperspektivet innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen hvor det ikke finnes klar definisjon av hvem som er bruker. I snever forstand er brukeren den gravide/fødende og hennes barn. På dette området vil imidlertid også partner, familien og befolkningen for øvrig, herunder lokalsamfunnet, ha sterke interesser. Skillet mellom bruker- og borgerbegrepet blir på mange måter utfordret da så å si hele befolkningen vil innta brukerståstedet gjennom faser i livet. Organisert brukermedvirkning innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg har kort tradisjon i Norge. Representanter for to brukerorganisasjoner ble oppnevnt som medlemmer av Nasjonalt råd for fødselsomsorg i 2008.

Det vil bli foretatt en nasjonal temaundersøkelse for å innhente brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels og barselomsorg.

Det finnes i dag en rekke private norske nettsider som gir informasjon om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens legemiddelverk og NAKMI er blant offentlige instanser som har mye relevant informasjon både for gravide/fødende og for helsepersonell, men det finnes ikke noe eget nettsted med samlet informasjon. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å samle all offentlig helseinformasjon i en nettbasert helseportal rettet mot gravide og fødende.

Kap 10 Administrative og økonomiske konsekvenser

I kapittel 10 blir det foreslått at Nasjonalt råd for fødselsomsorg får en rådgivende funksjon overfor Helsedirektoratet når det gjelder faglige spørsmål knyttet til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Det skal også bistå Helsedirektoratet i informasjonsarbeid rettet mot befolkningen og fagmiljøene. Rådet skal være tverrfaglig sammensatt av representanter for brukere, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Beslutninger som tas av rådet skal være offentlige med mindre annet følger av lovpålagt taushetsplikt. Rådets medlemmer oppnevnes av Helsedirektoratet.

1.5 Avgrensning

Meldingen omhandler framtidig organisering og struktur på svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, tiltak for å heve kvaliteten på omsorgen og pasientrettigheter for gravide og fødende. Temaer som for eksempel innføring av nye undersøkelser av fosteret, spørsmål av medisinsk-faglig karakter som for eksempel indikasjon for ultralydkontroller, forløsning med keisersnitt, håndtering av overtidige svangerskap, problemstillinger knyttet til svangerskapsavbrudd og regelverket for svangerskapspermisjon, faller utenfor rammen av meldingen.

1.6 Tidligere sentrale dokumenter av betydning for denne meldingen

I det følgende omtales noen sentrale dokumenter i forbindelse med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

1.6.1 Redegjørelse i St. prp. nr 1 (2007-2008) mv

I St.prp. nr. 1 (2007-2008) ble det gitt en omfattende redegjørelse om behovet for å styrke jordmor-tjenesten og for omstillinger innen fødselsomsorgen. Det ble videre gitt omtale av arbeidet med en plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg med bred involvering av brukere, fagmiljøer og tillitsvalgte og med Helsedirektoratet og Nasjonalt råd for fødselsomsorgen som faglige rådgivere. Det fremgikk av St.prp. nr. 1 at planen ville bli framlagt for Stortinget på egnet måte. Framleggelse av en stortingsmelding om svanger-

skaps-, fødsels- og barselomsorg ble varslet i St. prp. nr 59 (2007-2008).

En nasjonal konferanse om «Svangerskap, fødsel og barsel – kvalitet i omsorgen» ble arrangert våren 2008.

1.6.2 Stp. prp. nr. 59 (2007-2008) **Akuttmedisinske tilbud ved lokalsykehus**

I St. prp. nr. 59 (2007-2008) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2008 (revidert nasjonalbudsjett)* ble det lagt fram en ramme for utvikling av lokalsykehusene innen den helhetlige behandlingsskjeden, med særlig fokus på akutfunksjonene. Akuttmedisinske tilbud ved lokalsykehus skal tilpasses lokale forhold. Regjeringen foreslo tilpassede standarder for akutfunksjonene for å sikre helhet og kvalitet i akutt-tjenestene. Akutfunksjonene må som et minimum være indremedisinsk akuttberedskap og anestesileger i døgnberedskap, samt tilgjengelige røntgen og laboratorietjenester. Disse sykehusene bør kunne tilby elektive kirurgiske tjenester innrettet mot store pasientgrupper organisert enten som dagkirurgi eller med mulighet for innleggelse i sengepost. I tillegg bør sykehusene ha kompetanse i akuttkirurgiske prosedyrer på døgnbasis for enklere tilstander, samt prosedyrer for å stabilisere dårlige pasienter.

1.6.3 St. prp. nr 1 (2006-2007) Nasjonal helseplan

Nasjonal helseplan 2007-2010, som ble lagt fram som del av St.prp. nr 1 (2006-2007), pekte på at kvaliteten på fødetilbudet er sentralt for tryggheten kvinnene opplever i en av livets mest sårbare situasjoner, og den er avgjørende for å gi barna en god start i livet. Det skal sikres nærhet til fødetilbudene. Fødetilbud for lavrisikofødsler/fødestuer bør være tilgjengelige, desentralisert ved de fleste lokalsykehus og som del av lokalsykehusfunksjonen ved de store sykehusene. I tillegg bør det være fødestuer lokalisert utenfor sykehus der avstandene er store. Ifølge Nasjonal helseplan er kontinuitet og trygghet for kvinnene karakteristisk for en svangerskaps- og fødselsomsorg av høy kvalitet. Det må derfor legges vekt på at det skal være en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barseltjeneste. En viktig del av en framtidig utvikling av et godt fødetilbud vil derfor være

å utvikle denne helheten i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

1.6.4 Nasjonal rammeavtale for samhandling

Som oppfølging av Nasjonal helseplan ble det i 2007 undertegnet en nasjonal rammeavtale for samhandling mellom kommunenes helse- og omsorgstjenester og helseforetakenes spesialisthelsetjenester. Avtalen er undertegnet av Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Rammeavtalen legger eksisterende overordnede ansvars- og organisasjonsstrukturer til grunn. Partene er enige om å arbeide innenfor de målene som er skissert i avtalen foreløpig fram til 21. juni 2010. I følge avtalen skal arbeidet evalueres årlig av partene i forbindelse med konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren. Dersom samarbeidet og resultatene ikke blir vurdert som tilfredsstillende av en av partene, kan vedkommende bryte samarbeidet etter en rimelig forhåndsvarsling. Målet for avtalen er bl.a. å sikre brukere et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Blant de områder som nevnes er svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Avtalen understøttes ved inngåelse av lokale samhandlingsavtaler.

1.7 Nasjonalt råd for fødselsomsorg

Nasjonalt råd for fødselsomsorg ble vedtatt opprettet av Stortinget i 2001 i forbindelse med behandlingen av St. meld. nr 43 (1999-2000) *Om akuttmedisinsk beredskap*. Stortinget bad om at det ble opprettet et råd med flerårig funksjonstid som skulle bistå i omstillingsprosessen, kvalitetssikring og evaluering av drift i forbindelse med organisering av desentralisert og differensiert fødselsomsorg. Rådet ble etablert av Helsedirektoratet i 2002. Det ble reoppnevnt i 2005 med virkningstid ut 2007.

Departementet oppnevnte i 2008 nye medlemmer til rådet med funksjonstid til 31. mai 2010. Rådet ble i 2008 utvidet med brukerrepresentanter og representanter for helseforetak og kommuner. Nasjonalt råd for fødselsomsorgen har i 2008 vært trukket inn i arbeidet med stortingsmeldingen, og har drøftet spørsmål av faglig karakter. Oppsummering av virksomheten til Nasjonalt råd for fødselsomsorg 2002-2007 er gitt i vedlegg 2.



Figur 2.1

2 Fakta om fruktbarhet og fødsler

2.1 Fruktbarhet hos norske kvinner

Det finnes statistikk over antall levende fødte barn i Norge tilbake til 1800-tallet. Fra 1850 og fram til i dag har antallet fødte vært mellom 40.000 og 70.000. Toppåret var 1946 med 70 727 levende fødte. De siste årene har antall fødte ligget i underkant av 60.000.

I 2007 ble det født 58 459 levende fødte barn i Norge. Av disse var 30 004 gutter og 28 455 jenter. 241 barn var dødfødte. Fødslene i 2007 tilsvarer at hver kvinne i gjennomsnitt føder 1,9 barn i løpet av livet, det høyeste tallet siden 1991. Fruktbarheten er i toppskiktet i Europa, og det er bare albaniske, tyrkiske, islandske, franske og irske kvinner som føder flere barn enn de norske. Sogn og Fjordane og Rogaland er fylkene som har høyest samlet fruktbarhetstall (SFT) med verdiene 2,09 og 2,08. Oppland og Hedmark har lavest SFT med 1,73 og 1,74. Forskjellene er små og tallene kan svinge fra år til år. Samlet fruktbarhetstall (SFT) beskriver gjennomsnittlig antall levende fødte barn hver kvinne kommer til å føde i hele kvinnens fødedyktige periode (15-49 år), under forutsetning av at fruktbarhetsmønsteret i perioden vedvarer, og at dødsfall ikke forekommer.

Helsemessige og samfunnsmessige forhold påvirker hvor mange barn kvinner føder, og når i livet de føder. En kvinne må gjennomsnittlig føde 2,07 – 2,08 barn for å reprodusere seg selv og sin partner. Tallet er litt høyere enn 2,0 fordi ikke alle barn overlever. Rett før 1900 var fruktbarheten i Norge på 4,4. Utover på 1900-tallet sank fruktbarheten og falt til 1,9 i «de harde 1930-årene». Etter siste verdenskrig kom det en fødselsboom. Samlet fruktbarhet økte til 2,9 på slutten av 1960-tallet. Deretter falt den til et bunnivå på snaut 1,7 i begynnelsen av 1980-årene, før den begynte å stige sakte igjen.

I Europa er landene i Norden blant dem med høyest fruktbarhet. I Norden har Island høyest fruktbarhet, fulgt av Norge på andreplass. Her er ikke Færøyene og Grønland regnet med, i disse områdene er fruktbarheten enda høyere. I 2005, som er det nyeste året med statistikk fra flere land, var gjennomsnittlig samlet fruktbarhetstall i Norge 1,84, mens Polen og flere andre østeuro-

peiske land som Italia, Spania og Hellas var nede på 1,3. Høyest samlet fruktbarhet hadde Island med 2,05 og Frankrike med 1,94.

At fruktbarheten i Norge er høyere enn i mange andre europeiske land, antas blant annet å henge sammen med levekår, trygdeytelser, permisjonsordninger og mulighetene for å kombinere yrkesdeltakelse og barn. Inntekten før fødselen avgjør hvor stor økonomisk kompensasjon kvinnen får i permisjonstiden. Dette kan påvirke tidspunktet for når kvinner velger å få barn og fødemønsteret forøvrig.

Nærmere halvparten, 46 prosent, av barn som ble født i 2006 hadde gifte foreldre. 42 prosent hadde samboende (ikke-gifte) foreldre og 11 prosent var enslige mødre. Blant landsdelene var det Nord-Norge som hadde flest enslige mødre. Antall fødte barn med gifte foreldre er stadig synkende. Fødte barn i Trøndelag, Hedmark og Oppland og Nord-Norge hadde høyest andel samboende foreldre.

Adgangen til prevensjon og provosert abort har betydning for fruktbarheten og mødres alder ved fødsel. I 2007 ble det utført vel 15 000 aborter i Norge. Det utføres om lag 26 aborter per 100 fødsler.

Gjennomsnittlig vekt for levende fødte norske barn er rundt 3500 gram. En økende andel store barn førte til at gjennomsnittlig fødselsvekt økte noe i 1990-årene, men dette endret seg fra år 2000.

Risikoen for komplikasjoner under svangerskap og fødsel øker noe med kvinnens fødealder. Risikoen for at barnet skal dø like før eller i forbindelse med fødselen er også økt. Begge deler er et uttrykk for at risikoen for sykdom eller kromosomfeil hos fosteret øker med kvinnens alder, særlig etter 30 års alder. Alle kvinner som er 38 år eller eldre tilbys fostervann- eller morkakeprøve med tanke på Downs syndrom.

Innvandrerbefolkningen i Norge utgjør 8,9 prosent av folkemengden, i alt 460 000 personer, og består av innbyggere fra over 200 forskjellige land. Det bor innvandrere i alle landets kommuner. Flertallet av nyankomne innvandrere er unge voksne, og mange innvandrerkvinner får det første møtet med norsk helsevesen i forbindelse med graviditet og fødsel.

Kvinner med sørasiatisk bakgrunn er 5-10 ganger mer utsatt for svangerskapsdiabetes enn norske kvinner. Sykdommen er spesielt utbredt hos innbyggere som har flyttet fra landsbygda til urbane strøk og dermed gjennomgått en betydelig endring i fysisk aktivitet og matinntak. Påfølgende overvekt gir økt risiko for å utvikle diabetes under svangerskapet. Sykdommen kan hindres ved å endre livsstil. Svangerskapsdiabetes kan føre til problemer under fødselen, bl.a. fordi barna i mange tilfeller veier over 4 kilo ved fødsel.

Noen kvinner med innvandrerbakgrunn er mindre fysisk aktive og kan ha et kosthold som disponerer for fedme. Kvinner med innvandrerbakgrunn fra Pakistan, Tyrkia, Iran og Sri Lanka har økt hyppighet av D-vitaminmangel. Det er vist økt risiko for dødfødsel, spedbarnsdød og medfødte misdannelser blant kvinner av pakistansk opprinnelse.

Den samlede fruktbarheten hos kvinner fra ikke-vestlige land er høyere enn landsgjennomsnittet, men faller med økende botid i Norge. Pakistanske kvinner som er født i Norge, har samme samlede fruktbarhet som gjennomsnittet i befolkningen. Fruktbarheten varierer noe etter hvilket land i Afrika eller Asia kvinnene kommer fra. Innvandrere fra India, Iran og Vietnam har et fruktbarhetsmønster som ligner gjennomsnittet for befolkningen i Norge. Kvinner fra Somalia og Irak har høyest fruktbarhet blant de store innvandrergruppene i Norge.

Kvinner er stadig eldre når de føder sitt første barn, og får dermed færre fruktbare år til disposisjon for barnefødsler. Gjennomsnittlig alder for alle fødsler var 30,3 år i 2006. De fødende var i gjennomsnitt mer enn fire år eldre sammenliknet med dem som fikk barn 30 år tidligere. En av fem fødende kvinner er nå over 35 år. Samme utvikling ser man over hele Europa. Få tenåringer får barn i dag; færre enn én av 20 norske kvinner får barn før de fyller 20 år.

Evnen til å bli gravid reduseres med økende alder. Dels skyldes dette naturlig fallende fruktbarhet med alderen, dels skyldes det at kvinnen kan få infeksjoner og andre sykdommer som nedsetter fruktbarheten. Når mange kvinner venter med å få barn, øker andelen som får behov for assistert befruktning. Det første barnet som ble født i Norge etter assistert befruktning, kom i 1983. I 1994 ble ett av 100 barn født etter befruktning utenfor kroppen, i 2006 var andelen 2,6 per 100 fødte – om lag 1300 barn per år. Økningen skyldes dels at teknikken og kunnskapen om assistert befruktning er bedret, dels at flere par får behov for

slik medisinsk hjelp. Lesbiske par fikk adgang til assistert befruktning i Norge fra 1. januar 2009.

2.2 Mødredødelighet og perinatal dødelighet

Mødredødeligheten var høy i Norge på 1930-tallet og falt dramatisk fram til slutten av 1960-tallet. Fra begynnelsen av 1970-tallet har mødredødeligheten vært relativt stabil på ca 5 pr. 100 000 fødsler, dvs. i gjennomsnitt ca 3 pr. år i Norge. Det er vanskelig å få pålitelige tall for dette fordi ikke alle dødsfall hos mor blir satt i sammenheng med fødsler. Færre og færre barn dør i forbindelse med fødselen og den første uken etterpå (perinatal dødelighet) som er ca 4,4 pr. 1000 fødte, dvs. i underkant av 300 barn årlig. Dette innebærer mer enn en halvering de siste 25 årene.

Tidligere døde flere barn av mødre som hadde svangerskapsforgiftning. Dette er nå sterkt redusert. Medfødte misdannelser og andre tilstander som er uforenlig med liv og svært tidlig fødsel, er i dag de viktigste årsakene til at barn dør like før, under og den første uken etter fødselen. Øvrige faktorer er blant annet svangerskapslengde, fødselsvekt, svangerskapsforgiftning eller blodtrykkssykdom hos mor, fødselskomplikasjoner, flerlinger og andre forhold rundt svangerskap og fødsler.

Innen Norden har Island laveste andel dødfødte barn og barn som dør i nyfødtp perioden. Finland og Norge har samme andel, mens den er litt høyere i Sverige og Danmark. I 2006 hadde Norge den 7. laveste dødelighet i første leveår internasjonalt.

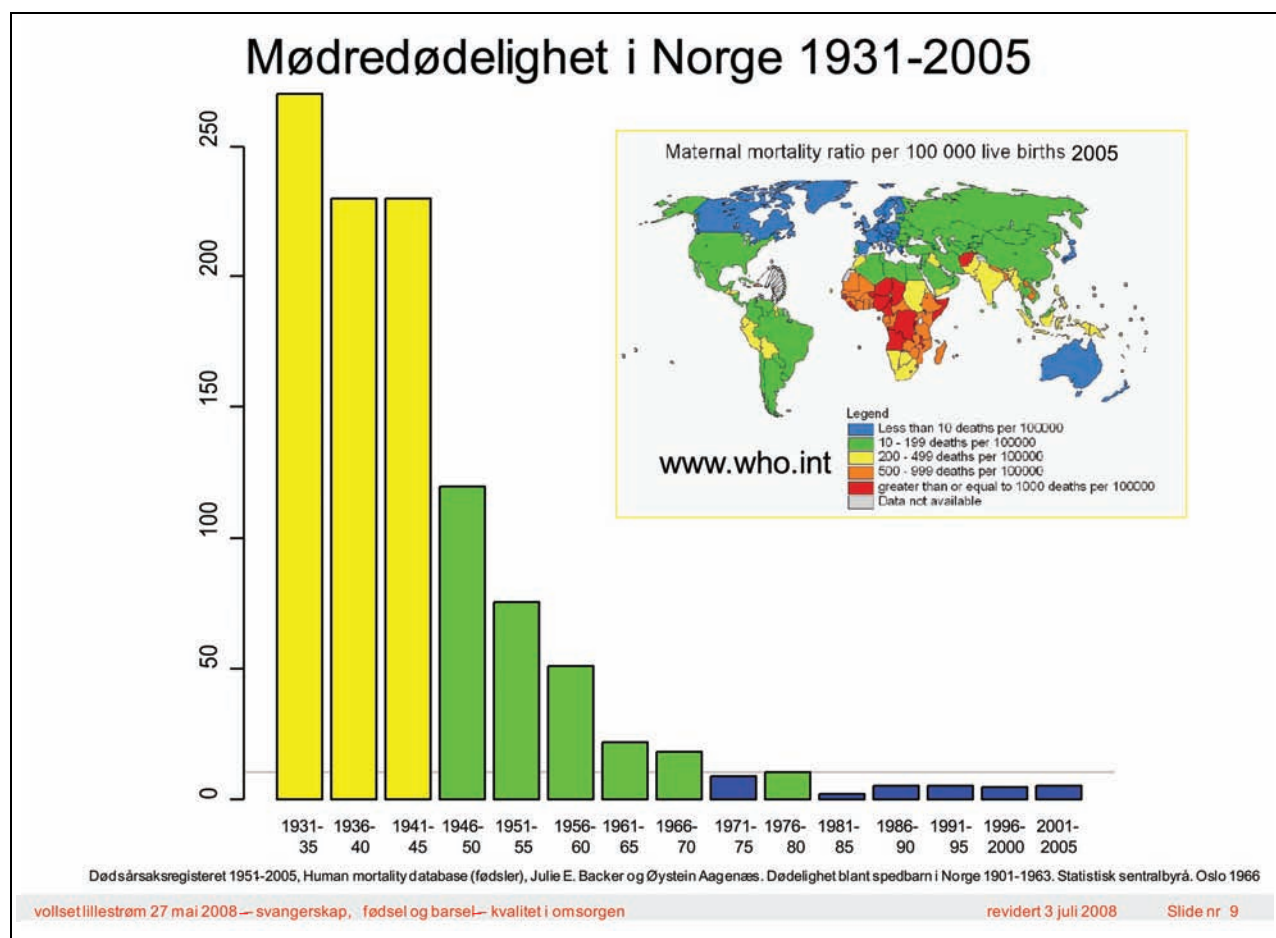
Spedbarnsdødeligheten (dødelighet i første leveår) i Norge er lav med ca 3 pr 1000 fødte, dvs. ca 180 barn årlig. Både Sverige, Finland og Island har litt lavere spedbarnsdødelighet enn Norge.

2.3 For tidlig fødte og for sent fødte barn

Normalt varer et svangerskap i ca 40 uker. For tidlig (prematuro) fødsel defineres som fødsel før 37 fullgatte svangerskapsuker.

I Norge fødes ca 7 prosent av barna for tidlig. Dette utgjør ca 4000 barn i året. De senere år har sjansen for å overleve økt betydelig ved for tidlig fødsel. Barn som blir født for tidlig, har risiko for (sen)skader.

Dødeligheten øker litt hvis svangerskapet går over tiden, til uke 43 og 44. Dette kan ha sammen-



Figur 2.2

Kilde: Stein Emil Vollset. Foredrag Helse- og omsorgsdepartementets konferanse om kvalitet i svangerskap, fødsel og barsel omsorgen 27. mai 2008, Lillestrøm.

heng med at morkaken svikter, store barn eller andre fødselskomplikasjoner.

2.4 Sosiale forskjeller i helse

For de aller fleste sykdommer og risikofaktorer er det en sosial gradient i forekomst som innebærer at innbyggere som har de dårligste levekårene også har den dårligste helsen. Dette gjelder også gravide.

Både i Norge og i de øvrige nordiske land er det funnet sosiale forskjeller i en rekke ulike utfall av graviditet som lav fødselsvekt, for tidlig fødsel og barnedødelighet. Man finner denne sammenhengen uansett om sosial status måles ved hjelp av mors utdannelsesnivå eller yrke.

Alle årsaker til høy forekomst av ugunstige utfall av graviditet hos kvinner i grupper med kort utdanning og lav inntekt er ikke kjent. Danske undersøkelser viser at det er en overhyppighet av en

rekke risikofaktorer som røyking, for høyt alkoholforbruk, uheldige kost- og mosjonsvaner som kan påvirke utfallet av graviditeten. Undersøkelser fra det danske Sundhedsministeriet viser også at kvinner som er dårlig sosialt stilt, bruker helsevesenet annerledes enn kvinner som er bedre stilt, blant annet når det gjelder helsevesenets forebyggingsprogrammer som svangerskapsomsorgen.

I St. meld. nr 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* pekes det på at vi også i Norge finner sosiale forskjeller i helsetjenestebruk. Selv om kunnskapen er begrenset, er det gjennomført undersøkelser som viser at bruk av spesialisthelsetjenester øker med lengde på utdanning og størrelse på inntekt. For primærhelsetjenester er fordelingen tilsynelatende omvendt, men ikke dersom det tas hensyn til at sykkeligheten er større i grupper med kortere utdanning og lavere inntekt.

2.5 Endringer i befolkningsutvikling og bosettingsmønster

Ifølge Statistisk sentralbyrå blir bosettingsmønsteret i Norge stadig mer sentralisert. Denne trenden har blitt sterkere de siste årene og ser ut til å fortsette framover. Det er forholdsmessig flest minst sentrale kommuner på det indre Østlandet og i Nord-Norge, mens de mest sentrale kommunene utgjøres av de største byene og omegnskommunene til disse.

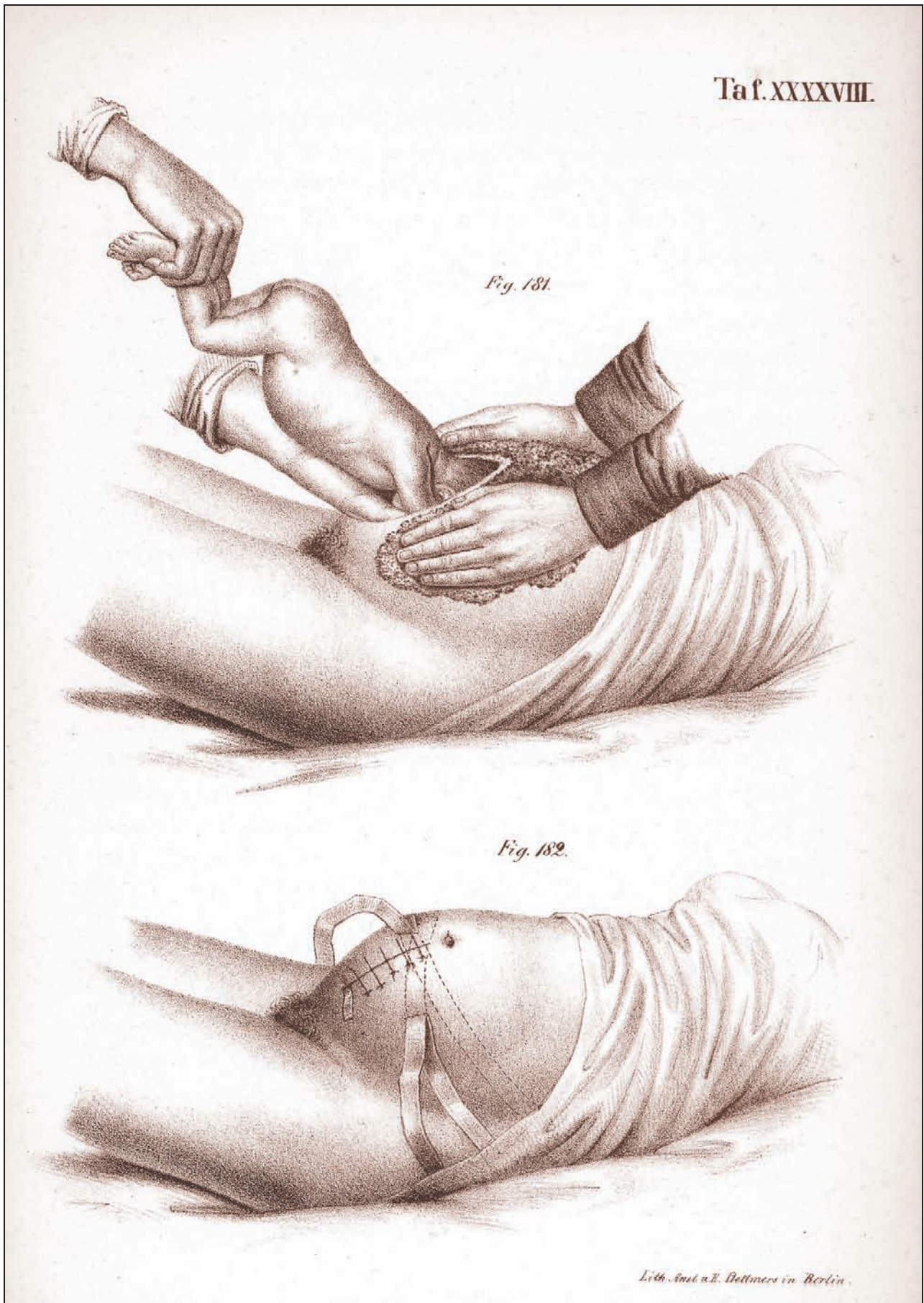
Den regionale befolkningsutviklingen påvirkes særlig av flyttinger, som er svært konjunkturfølsomme. I gode tider flytter folk mer enn ellers og særlig til sentrale strøk. I forhold til folketallet har de mest sentrale kommunene flere fødsler og færre dødsfall. De mest sentrale kommunene, som i 2007 utgjorde 55 prosent av folkemengden og 24 prosent av antall kommuner, hadde i 2006 om lag 90 prosent av fødselsoverskuddet og 95 prosent av befolkningsveksten. De minst sentrale kommunene hadde fødselsunderskudd og en betydelig nedgang i folketallet i 2006, noe de har hatt hvert eneste år siden 1981. Dette kommer blant annet av at de minst sentrale kommunene har en eldre befolkning på grunn av langvarig, stor utflytting. De minst sentrale kommunene har fortsatt litt høyere fruktbarhet enn mer sentrale

kommuner, men forskjellene er langt mindre enn for 20-30 år siden, og den litt høyere fruktbarheten kan ikke lenger kompensere for fraflytting. I tillegg har de mindre sentrale kommunene færre kvinner i alderen hvor de får barn.

De siste fem år er folketallet redusert i fire av fylkene (Oppland, Sogn og Fjordane, Nordland og Finnmark). Folketallet har gått spesielt mye ned i Nord-Norge, der folketallet bare økte i tolv (av i alt 88) kommuner i perioden 2002-2007.

Innvandringen var størst i Oslo med 13 000, og deretter fulgte Rogaland, Akershus og Hordaland med rundt 8 000 hver. Uten innvandring ville folketallet blitt redusert i hele ti fylker, mest i Nordland med 7 000, og med mellom 2 000 og 3 000 i hvert av fylkene Oppland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Finnmark, Aust-Agder og Hedmark. I Nord-Norge ville folketallet ha blitt redusert med 9 700, mens det på grunn av innvandring bare gikk ned med 700.

Også framover kan vi vente at mange kommuner får lavere folketall. Ifølge Statistisk sentralbyrås siste befolkningsframskriving vil folketallet synke i mellom 137 og 255 kommuner fram til 2020, avhengig av utviklingen i fruktbarhet, levealder, innenlandske flyttinger og nettoinnvandring. I 2020 er det forventet en økning i antall fødte på i overkant av 8000 barn i forhold til 2008.



Figur 3.1 Utlånt fra Medisinsk museum

3 Gravides og fødendes særlige pasientrettigheter

I dette kapittel gis en oversikt over gravides og fødendes særlige rettigheter i helselovgivningen.

3.1 Rett til fritt sykehusvalg i forbindelse med fødsel

Retten til fritt sykehusvalg gjelder også for fødende. Kvinner kan velge et sykehus i den helseregionen der de er bosatt, eller i en annen helseregion. De kan også velge mellom sykehus innen helseregionen. Dette innebærer at helseforetak ikke kan prioritere kvinner innen eget opptaksområde. Retten til å få helsehjelpen ved et bestemt, ønsket sykehus gjelder bare så langt dette sykehuset har kapasitet til å yte hjelpen.

Dersom en kvinne ønsker å føde ved et bestemt sykehus, men sykehuset ser at det ikke kommer til å ha kapasitet når kvinnen forventes å føde, skal kvinnen få informasjon om dette i god tid før fødselen, enten av sykehuset eller henvissende lege.

Primærhelsetjenesten bør bidra til formidling av informasjon om fødetilbudet og pasientenes rettigheter. Sykehus som ikke har kapasitet til å gi et tilbud til alle som ønsker det, har også et ansvar for å informere primærhelsetjenesten om situasjonen, slik at den kan hjelpe kvinner med å foreta et hensiktsmessig sykehusvalg.

3.2 Spørsmål om keisersnitt

3.2.1 Innledning

Keisersnitt er en av de vanligste operasjoner på norske sykehus. De kan deles i to hovedkategorier; planlagte (elektive) og ikke planlagte (hastekeisersnitt).

Med utgangspunkt i ISF-ordningen kan det anslås hva ulike behandlinger koster i gjennomsnitt. De faktiske kostnadene for den enkelte behandling vil kunne variere i forhold til dette. Med dette som utgangspunkt er det anslått at en fødsel med keisersnitt, inklusive operasjonskostnad og ca 6 dagers liggetid i 2008 koster ca 55 000 kroner. En vanlig sykehusfødsel uten operasjonskostnad og

med en liggetid på ca fire dager, koster ca 22 000 kroner.

Årlig utføres over 9000 keisersnitt i Norge, dvs. at mer enn hvert sjettede barn blir født ved denne forløsningsmetoden. Mens andelen nå er ca 16 prosent, var andelen for 10 år siden 13 prosent og for 30 år siden fire prosent. Andel keisersnitt er høyest i Oslo og lavest i Rogaland. Økningen har flere årsaker, blant annet teknologiske framskritt, økende gjennomsnittsalder hos de fødende, økende antall førstegangsfødende og økende antall flerfødsler. I tillegg er det blitt mer vanlig at kvinner ønsker keisersnitt, selv om det ikke er medisinsk indikasjon for det. Ønske om keisersnitt kan være et resultat av tidligere opplevelser, som kompliserte eller smertefulle svangerskap/fødsler, at kvinnen tidligere har mistet barnet, at barnet har fått en skade som kan knyttes til fødselen, at kvinnen har psykiske lidelser eller har vært utsatt for overgrep. En annen gruppe er kvinner som mener de vil få mer kontroll over fødselen dersom den utføres ved keisersnitt.

Tilstrekkelig rådgivning og informasjon fra helsepersonell kan bidra til at flere av disse kvinnene velger å føde på vanlig måte. Fødselsangst hos kvinnen kan likevel være så sterk at hensynet til mor og barn tilsier at det vil være medisinsk forsvarlig å planlegge keisersnitt.

3.2.2 Kvinnens adgang til å be om planlagt keisersnitt

Kvinnen skal ha anledning «til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder», jf. pasientrettighetsloven § 3-1. I tilfeller hvor spørsmålet om keisersnitt aktualiseres, skal derfor helsepersonellet gi informasjon om hva keisersnitt innebærer, risiko og andre forhold som kan ha betydning for den faglige forsvarlighetsvurderingen. Pasientens ønsker skal derfor tillegges vekt ved helsepersonellens vurdering, men likevel slik at hensynet til faglig forsvarlighet er avgjørende.

Helsepersonellet er ansvarlig for at helsehjelpen er forsvarlig og skal derfor ta den endelige

beslutningen om å utføre keisersnitt eller ikke. Normal fødsel benyttes som førstevalg ved ukompliserte svangerskap, og det skal gode faglige grunner til for å velge keisersnitt. Kvinnen kan derfor som utgangspunkt ikke kreve keisersnitt som forløsningsmetode.

3.2.3 Keisersnitt hvor kvinnen motsetter seg det

Mot slutten av en graviditet eller under forløsningen kan det være at hensynet til barnets liv og helse tilsier at det må foretas keisersnitt, men at kvinnen motsetter seg denne helsehjelpen. Fosteret og kvinnen har da motstridende interesser.

I utgangspunktet forutsetter keisersnitt at det foreligger samtykke fra kvinnen, jf. pasientrettighetsloven § 4-1. Helsepersonellet kan likevel ha rett og plikt til å utføre keisersnitt uten kvinnens samtykke, dersom dette fremstår som tilstrekkelig nødvendig av hensyn til det ufødte barnets liv og helse.

I forbindelse med svangerskap ivaretas det ufødte barnets interesser normalt av kvinnen. Det er derfor sjelden behov for å ta stilling til hvilken selvstendig rett til helsehjelp det ufødte barnet har. I en fødselssituasjon har fosteret kommet så langt i sin utvikling og evne til å overleve utenfor mors liv, at departementet legger til grunn at det ufødte barnet i denne sammenheng kan tolkes slik at det også regnes som pasient. Helsepersonell har derfor en selvstendig rett og plikt til å hjelpe det ufødte barnet, jf. helsepersonelloven § 7.

Et keisersnitt er et inngrep som må regnes som helsehjelp til det ufødte barnet og den fødende på samme tid. Keisersnittet kan fremstå som påtrengende nødvendig for at barnet skal overleve eller unngå alvorlige skader, selv om det ikke er påtrengende nødvendig av hensyn til mors helse. Dersom kvinnen ikke samtykker til inngrepet, oppstår det en konflikt mellom helsepersonellens plikt til å utføre inngrepet av hensyn til det ufødte barnet, og helsepersonellens manglende rett til å foreta keisersnitt uten kvinnens samtykke.

I tråd med lov om svangerskapsavbrudd § 10 er det i norsk rett allment akseptert at hvis kvin-

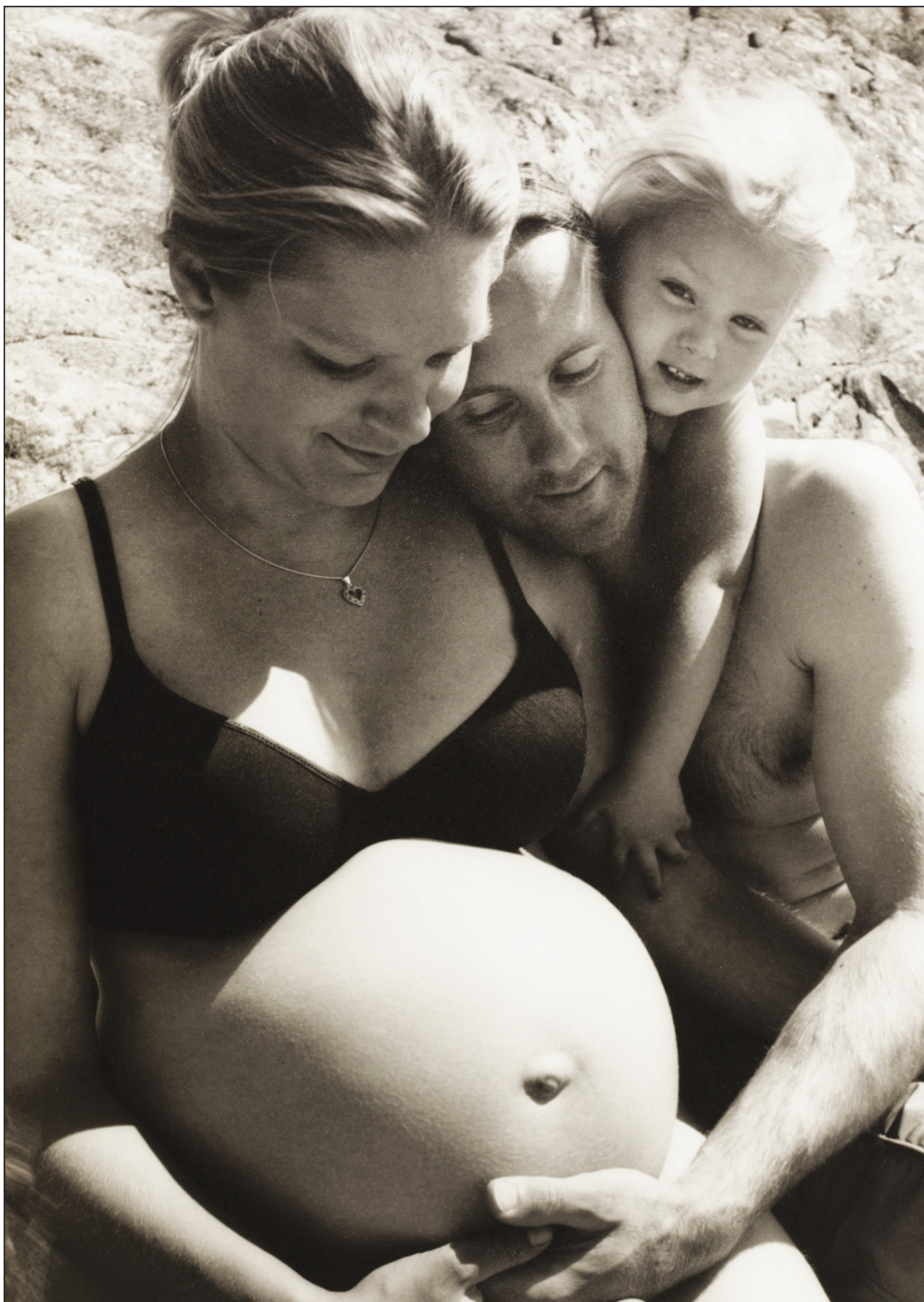
nens liv er i fare har hun forrang foran fosterets liv. Tilsvarende må også gjelde ved fødsel.

Dersom vilkårene for nødrett er oppfylt, vil helsepersonellet imidlertid ha rett til å foreta keisersnittet. Nødretten gjør kravet om samtykke etter pasientrettighetsloven § 4-1 overflødig. I en nødrettssituasjon vil ikke samtykkekravet være til hinder for helsepersonellens plikt til å redde barnet etter helsepersonelloven § 7 første ledd. I slike tilfeller vil derfor helsepersonellet også ha en tilsvarende plikt til å foreta keisersnitt. Det må foreligge en betydelig interesseovervekt til fordel for det ufødte barnet i forhold til konsekvensene av inngrepet for kvinnens helse og integritet. Momenter som kan være aktuelle i vurderingen er hvor klar den medisinske indikasjonen for fosterets tilstand er. Det kan ikke være nok at det foreligger en viss risiko for fosterets liv eller helse ved vaginal forløsning. Det må kreves en overveiende sannsynlighet for at det dør eller får varige skader. Dette må avveies mot den belastning kvinnen utsettes for ved inngrepet. Risikoen for den fødendes helse må ses opp mot risikoen for fosteret. Videre kan det legges vekt på kvinnens allmenntilstand og faren for komplikasjoner ved keisersnitt.

Det avgjørende må være at helsepersonellet foretar en forsvarlig undersøkelse og vurdering av alle aspekter ved saken, både de medisinske og juridiske, sett hen til den tid som står til rådighet og spørsmålets alvorlige karakter. Det er viktig at helsepersonell journalfører hvilke vurderinger som er lagt til grunn.

3.3 Oppsummering

- Rett til fritt sykehusvalg gjelder også for fødende. Dersom en kvinne ønsker å føde ved et bestemt sykehus, gjelder retten bare så langt sykehuset har kapasitet. Kvinner kan som utgangspunkt ikke kreve keisersnitt som forløsningsmetode. Helsepersonell har rett til å foreta keisersnitt mot kvinnens vilje dersom vilkårene for nødrett er oppfylt.



Figur 4.1

Foto: Glenn Karlsrud

4 En helhetlig svangerskapsomsorg

4.1 Innledning

I de fleste svangerskap bærer en frisk kvinne på et friskt og sunt barn. De fleste gravide er uten større helseplager under svangerskapet. En del kvinner har svangerskapskomplikasjoner som krever særlig oppfølging. For noen er det nødvendig med målrettet innsats for å forhindre sykdom. WHO anslår at en fjerdedel har en tilstand eller risikofaktor som krever spesiell oppfølging.

Svangerskapsomsorgen har lang tradisjon i Norge og god oppslutning fra brukerne. Den omfatter det samlede forebyggende og behandlende helsetjenestetilbudet til kvinner gjennom svangerskapet. Tilbudet utgjør et omfattende og viktig forebyggende nasjonalt helseprogram, og medvirker til å redusere sosiale ulikheter i helse.

Viktige oppgaver i svangerskapsomsorgen er i tillegg til den medisinske undersøkelsen å informere om normale fysiologiske forandringer og forberede til fødsel, amming og foreldrerollen.

Det er et mål at kvinner skal tilbys kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid.

I følge *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* (Helsedirektoratet 2005) innebærer det å møte så få fagpersoner som mulig. En slik ønsket kontinuitet på individnivå mangler ofte i dag. Dette skyldes at svangerskapsomsorgen i hovedsak skjer i kommunehelsetjenesten, mens fødsler er spesialisthelsetjenestens ansvar. I tillegg kommer at kvinner kan velge om de vil gå til jordmor, fastlege, helsestasjonslege eller gynekolog for svangerskapskontroll, uten at disse tjenestene alltid er godt koordinert. Kvinner kan derfor oppleve å møte mange forskjellige fagpersoner i løpet av svangerskapet, fødsel og barseltid.

4.2 Utviklingstrekk med konsekvenser for svangerskapsomsorgen

Sammensetningen av kvinner i fruktbar alder skifter. Kvinner får barn i høyere alder, og den etniske sammensetningen forandres. Flere kvinner med sykdommer som tidligere var uforenlig med svangerskap, kan føde egne barn.

Det er en økende forekomst av «livsstilssykdommer» også blant kvinner i fruktbar alder. Det gjelder overvekt, diabetes, dårlig fysisk kondisjon, rusmiddelbruk og psykiske lidelser. Overvekt hos den gravide og vektøkning mellom graviditetene øker risikoen for komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel.

Ny kunnskap om fosterlivets betydning for helsen til det nye individ blir nå tatt i bruk. Dette gjelder blant annet betydningen av ernæring og vekst i fosterlivet for det nye individets helse senere i livet.

En kvinnes fysiske og psykiske reaksjoner på et svangerskap sier mye om kvinnens egen helse- og sykdomsrisiko på sikt. Eksempler på dette er: Svangerskapsforgiftning og svikt i morkakefunksjonen øker hennes risiko for hjerte- og karsykdommer i framtida. Utvikling av svangerskapsdiabetes øker risikoen for diabetes senere i livet. For stor vektøkning i svangerskapet gir økt risiko for senere overvekt. Psykiske reaksjoner i svangerskapet kan knyttes til psykiske lidelser både tidligere og senere i livet. Moderne svangerskapsomsorg vil derfor i større grad dreie seg om helse over generasjoner.

4.3 Organisatorisk utvikling av svangerskapsomsorgen

Svangerskapsomsorg for friske gravide er et kommunalt ansvar og inngår som en del av kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid. De helsepolitiske målene for svangerskapsomsorgen har vært knyttet til det tverrfaglige samarbeidet rundt helsestasjonene. Det har vært et mål at helsefremmende og forebyggende arbeid skal foregå i brukernes nærmiljø.

Oppfølging av gravide og mødre og nyfødte har vært en del av det forebyggende helsearbeidet siden mellomkrigstiden. Det formelle grunnlaget for en systematisering av arbeidet ble lagt i Lov om helsestasjoner i 1972. Med kommunehelsetjenesteloven i 1982 ble ansvaret for virksomheten lagt til kommunene. I forskrift om helsestasjonsvirksomhet fra 1983 ble det primært foku-

sert på barns oppvekstvilkår, men det gikk også fram at helsestasjonsvirksomheten bør omfatte tilbud om fødselsforberedende kurs, samtalegrupper for foreldre og vordende foreldre, helsekontroll av gravide, etterkontroll av kvinner som har født, og familieplanlegging, herunder veiledning i samlivsspørsmål og prevensjon. Man ble i denne perioden i økende grad oppmerksom på betydningen av psykososialt forebyggende arbeid.

I Norge har det historisk vært tradisjon for at allmennleger har stått for svangerskapsomsorgen, i motsetning til i Sverige, Danmark og Finland hvor omsorgen siden 1930-tallet har vært jordmødrenes oppgave. På slutten av 1970-tallet viste det seg at utviklingen i perinatal dødelighet (at barnet dør før, under og inntil 1 uke etter fødselen) hadde vært mindre gunstig i Norge enn i de andre nordiske land. En gjennomgang av alle perinatale dødsfall i fem norske fylker i ett år tydet på at 30 prosent av dødsfallene kunne ha vært unngått. Dette utløste en offentlig debatt om svangerskapskontrollen. Sosialdepartementet satte i gang en utredning som førte til NOU 1984:17 *Perinatal omsorg i Norge*. Her ble uttrykket «svangerskapsomsorg» innført, til erstatning for svangerskapskontroll.

I utredningen ble det påpekt at de fleste gravide i utgangspunktet er friske, og at gjennom helsestasjonen kan jordmor, i samarbeid med lege og helsesøster, gi tilbud om en helhetlig omsorg før, under og etter fødselen, og samtidig inngå i et naturlig samarbeid om helsefremmende og forebyggende tiltak som for eksempel familieplanlegging, prevensjonsveiledning og familieforberedende kurs.

Som en følge av utredningen ble perinatalkomiteer opprettet i alle fylker, det ble laget retningslinjer for leger og jordmødre, og det ble innført en standardisert pasientjournal med pedagogisk utforming. Jordmors spesifikke kompetanse på svangerskap, fødsel og barselperiode ble fremhevet som sentral for en kvalitativt god svangerskapsomsorg, og det ble anbefalt at den kommunale jordmortjenesten burde styrkes. I utredningen ble det anbefalt utarbeidelse av retningslinjer for svangerskapsomsorgen.

Helsestasjonen var ikke pålagt å ha svangerskapsomsorg. De helsepolitiske målene om styrking av kommunal jordmortjeneste og organisering av svangerskapsomsorg i helsestasjon, viste seg vanskelig å gjennomføre. Den kommunale jordmortjenesten ble lovfestet med virkning fra 1. januar 1995 for «å sikre nødvendig faglig nivå på svangerskapskontrollen» (Ot.prp. nr. 60 (1993-94) og rundskriv I-14/95).

Man hadde i 1991 forsøkt å stimulere kommunene til å organisere svangerskapsomsorg i helsestasjon gjennom innføring av en egen refusjonsordning for svangerskapsomsorg i helsestasjon. Dette lyktes i liten grad (jf. St. meld. nr. 36 (1989-90) og Ot. prp. nr. 3 (1990-91)). For å styrke tjenesten ble svangerskapsomsorg i tilknytning til helsestasjon forskriftsfestet fra 1. juli 2003 (jf. forskrift 3. april 2003 nr 450 Om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten).

Etter framleggelsen av NOU 1984:17 ble betydningen av tverrfaglig samarbeid innen kommunen sterkt vektlagt. Det ble anbefalt at helsepersonellet var samlokalisert, fortrinnsvis på helsestasjonen.

For å sikre like vilkår for svangerskapsomsorg utført av lege og jordmor i samarbeid, enten omsorgen ble utført ved helsestasjon eller legeklinikk, ble det ved en endring i normaltariffen for leger våren 1995 innført en takst for svangerskapskontroll utført av jordmor ansatt hos lege.

Betydningen av tverrfaglig samarbeid kom også fram i Stortingets behandling av St. meld. nr. 43 *Om akuttmedisinsk beredskap* (1999-2000) i 2001 og oppfølgingen av denne i 2003 og 2004.

Ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 43 ba regjeringen Stortinget om å «fremme forslag til lovfesting av trygderefusjon for svangerskapskontroll utført av jordmor i privat så vel som i offentlig virksomhet» (Innst. S. nr. 300 (2000-2001)).

Komiteens flertall anså det som urimelig at kvinner som valgte private løsninger, ofte i mangel av et offentlig tilbud, på grunn av manglende refusjonsordning skulle betale for svangerskapsomsorgen selv. Det var ønskelig at de gravide skulle ha en reell mulighet til å velge den form for helhetlig svangerskapsomsorg de måtte ønske.

Dette ble fulgt opp gjennom endringer i folketrygdloven. Fra 1. mai 2004 har privatpraktiserende jordmor med driftsavtale med kommunen kunnet utløse takst for svangerskapskontroll. I løpet av de to neste årene ble det også opprettet takster for jordmor for første gangs konsultasjon av gravide og for taking/innsendelse av nødvendige biologiske prøver (jf. bl.a. Ot.prp. nr. 89 (2002-2003)).

Selv om det gjennom forskrift og refusjonsordninger er lagt til rette for at kommunene kan inngå driftsavtale med jordmor, er det er i dag kun én privatpraktiserende jordmor som har driftsavtale med kommunen.

I Ot.prp. nr. 89 ble det forutsatt at jordmoren samarbeider med legene i kommunen, enten med fastlegene eller med lege tilknyttet helsestasjon.

Boks 4.1 Utvikling av svangerskapsomsorgen

Dagens ordning med regelmessige, medisinske svangerskapskontroller har utviklet seg gradvis og ble i Norge først vanlig på 1930-tallet. Kontroller basert på vitenskapelige prinsipper ble først tatt i bruk i England i 1901 av Ballantyne som regnes som svangerskapsomsorgens grunnlegger i Storbritannia. Han var senere blant de første til å påpeke psykiske faktorer framtreddende betydning for svangre, fødende og barselkvinner.

Etter forbilder fra Paris og København var norske leger sammen med frivillige organisasjoner aktive pådrivere i opprettelsen av spedbarnpleiestasjoner fra ca. 1910. Intensjonen var å lære mødrene amming, da undersøkelser viste at dødeligheten blant kunstig ernærte barn var fem ganger så høy som for naturlig ernærte i perioden 1896-98. Veksten i antall spedbarnpleiestasjoner var størst fra 1935. I byene var de bemannet med lege og sykepleiere, i noen tilfeller med jordmor, mens de i landdistriktene ble drevet av distriktslegene sammen med jordmor eller helsesøster (sosialsykepleier).

Gjennom kampen mot blant annet barselkramper og sykdommer som forårsaket spedbarnsdød, ble legenes blikk rettet mot forebygging og gravide. Undersøkelser på 1930-tallet viste at morens ernæringsstilstand hadde betydning for barnet. Fødsels- og barnelegene fikk fra midten av 1930-årene forrang i arbeidet med å utvide spedbarnpleiestasjonene til også å omfatte veiledning av gravide. Veiledningsstasjonene for svangre, mor og barn, eller kontrollstasjonene,

var forløperen til helsestasjonene. Den første kommunale helsestasjonen ble opprettet i 1937.

Med økt kunnskap om ernæring og betydningen av forebyggende virksomhet økte legenes arbeidspress. Fødsels- og barneleger ønsket henholdsvis jordmødre og helsesøstre til hjelp ved kontrollstasjonene. Fødselslegene mente at jordmoryrket måtte ses i et større perspektiv enn bare fødselshjelp. Kvinnene hadde ikke bare behov for informasjon om hygiene og ernæring, men også for fødselsforberedelser.

Samtidig med at legene hadde råderett over kunnskapen på feltet, var det i en årrekke uenighet mellom Jordmorforeningen og Norsk sykepleierforbund om hvorvidt jordmor- eller den fremtidige helsesøstergruppen var mest kompetent til å veilede og kontrollere mor og barn før og etter fødselen. En rekke forhold påvirket utviklingen videre.

Etter 1950 overtok distriktsleger, allmennpraktikere og spesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp stadig mer av ansvaret for svangerskapsomsorgen. Lov om helsesøstertjenesten i 1957 slo fast at helsesøstrenes arbeidsområde i sin helhet skulle være innenfor «forebyggende og kontrollerende helsearbeid», og helsesøstertjenesten skulle være «til bistand for de offentlige leger i det sykdomsforebyggende arbeid».

I 1973 var det kun tilsatt jordmor ved 191 av 1368 helsestasjoner. NOU 1984:17 *Perinatal omsorg i Norge*, bidro til å synliggjøre jordmors rolle i svangerskapsomsorgen.

Det ble videre vist til at kommunene gjennom driftsavtalen må sikre at jordmor blir integrert i kommunehelsetjenesten, og at det burde gå fram av avtalen hvordan samarbeidet med legene skal organiseres.

Et annet utviklingstrekk er at brukerperspektivet og brukervedvirkning etter hvert er kommet sterkere fram. Behovet for kontinuitet i omsorgen for gravide, fødende og barselkvinner ble omtalt i NOU 1984:17 *Perinatal omsorg i Norge*. I forbindelse med en Legkvinnekonferanse arrangert av Statens helsetilsyn i 1999, etterlyste brukerne kontinuitet i relasjonen til helsepersonellet og en opplevelse av helhet i svangerskaps-, fødsels- og barseltjenestene. Betydningen av kontinuitet ble på nytt tatt opp av Stortinget i forbindelse

med behandlingen av St.meld. nr. 43 (1999-2000) (jf. Innst. S. nr. 300 (2000-2001)).

4.4 Dagens organisering av svangerskapsomsorgen

4.4.1 Kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver

Gravide og fødende har behov for både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester. Ansvaret for helsetjenestene er hjemlet i to lovverk, kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, samtidig som brukernes rettigheter skal ivaretas i henhold til pasientrettighetsloven.

Tjenestene har forskjellige finansieringskilder, og tjenesteyterne har forskjellige arbeidsgivere.

Svangerskapsomsorg til friske gravide er en kommunal oppgave. Kommunen er ansvarlig for å sørge for jordmortjeneste, jf kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Det fremgår av loven at kommunen kan organisere disse tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet. Som omtalt i punkt 4.3 skal kommunen i følge forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, tilby gravide å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Helsestasjonens tilbud til gravide skal bl.a. omfatte helseundersøkelser og rådgiving. Tjenesten skal bistå kvinnen og familien under svangerskap og barseltid. Mange kvinner velger svangerskapsomsorg hos allmennlege/fastlege. Svært få leger driver i dag svangerskapskontroll på helsestasjon, noe som medfører at hoveddelen av svangerskapsomsorgen finner sted utenfor helsestasjonen for et stort antall gravide.

Svangerskapskontroller og fødselshjelp er gratis i den offentlige helsetjenesten. Lege og jordmor som er ansatt i eller har avtale med kommunen, samt helsestasjonen, kan ikke kreve vederlag eller egenandel av den gravide.

Som det også fremgår av punkt 4.3 er de helsepolitiske målene for svangerskapsomsorg i liten grad endret de senere år. Det legges fortsatt vekt på tverrfaglig samarbeid, spesielt mellom lege og jordmor. Kommunene står nå friere i forhold til organiseringen av sine tjenester. Ønsker og behov hos gravide kvinner og deres partnere og viktigheten av brukermedvirkning er kommet sterkere fram. Det samme er betydningen av kontinuitet i omsorgen for både utfall/resultat og opplevelse.

4.4.2 Særskilt om jordmortjenesten

Jordmødre er ansatt både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Jordmødre har gjennom sin utdanning spesialkompetanse innenfor svangerskaps- fødsels- og barselomsorg. Jordmor har også oppgaver innen familieplanlegging og prevensjonsveiledning. En rekke offentlige dokumenter har fremhevet jordmors kompetanse som sentral for en kvalitativt god svangerskapsomsorg. Fra slutten av 1980-tallet har man gjennom ulike tiltak arbeidet for å styrke jordmortilbudet i kommunene for å heve kvaliteten på svangerskapsomsorgen. Dette synes likevel ikke å ha vært tilstrekkelig for å nå målet om gode lokale jordmortjenester.

Ifølge SSBs årsverksstatistikk var det i 2007 287 jordmorårsverk i kommunehelsetjenesten og 1350 jordmorårsverk i spesialisthelsetjenesten. Antall jordmorårsverk i kommunehelsetjenesten økte fra 176 i 1995 til 287 i 2007. Halvparten av økningen fant sted de første tre årene etter at tjenesten ble lovfestet i 1995. Mange kommuner har små stillingsbrøker, og på grunn av lave fødselstall (fødselshyppigheten i Norge innebærer at det i gjennomsnitt fødes ca. 13 barn årlig pr. 1000 innbyggere) er det ikke grunnlag for større stillinger. Dette gjør det vanskelig å rekruttere jordmødre til en del områder/kommuner.

Kartlegging av jordmortjenesten i kommunene og følgetjenesten i 2003 viser at tilbudet er geografisk skjevfordelt, og det er mangelfull dekning. Størst utfordringer er det i sentrale strøk med mange gravide og i distrikter med store avstander. Kartleggingen viste at ni av ti kommuner/bydeler hadde tilbud til sine gravide om svangerskapsomsorg hos jordmor på helsestasjon. Hver tiende kommune/bydel oppga at gravide som ønsket å gå til jordmor ikke fikk tilbud om dette. De viktigste grunnene var mangel på informasjon til de gravide og for lav jordmordekning. I ca. 70 prosent av kommunene/bydelene var det ansatt bare 1 jordmor. 87 prosent av kommunene/bydelene benyttet deltidsstillinger.

På grunn av små stillingsbrøker er det en utfordring i dag å rekruttere jordmødre i alle kommuner. Av rekrutteringsmessige og vaktmessige hensyn opprettes ofte hele eller større deltidsstillinger også i kommuner med et relativt lite antall fødsler pr år. Mange kommuner bruker derfor jordmødre til andre oppgaver, i pleie- og omsorgstjenesten, skolehelsetjenesten eller liknende. Dette kan føre til at den enkelte jordmor ikke får tilstrekkelig praksis til å vedlikeholde jordmorkompetanse over tid, men også at man binder opp knappe jordmorressurser til oppgaver som kan løses av annet personell i kommunen.

Det finnes eksempler på at jordmødrene enten ansettes i delte stillinger mellom kommuner og helseforetak, eller at kommuner/helseforetak kjøper jordmortjenester av hverandre. Fødestuemodellen forutsetter at svangerskapsomsorg og fødselsomsorg utføres av de samme jordmødre. Fødestuene har valgt forskjellige løsninger for å oppnå dette. I Lofoten og på Tynset kjøper kommunen jordmortjenester av helseforetaket, mens helseforetaket kjøper jordmortjenester av kommunen i Alta og på Finnsnes.

Kommunens utgifter til jordmortjenesten er enten i form av lønn dersom jordmor er ansatt i kommunen/helsestasjonen, eller i form av driftstil-

skudd dersom jordmor har inngått driftsavtale med kommunen. Når jordmor er ansatt i kommunen, tilfaller trygderefusjonene kommunen som arbeidsgiver. Ved driftsavtale med kommunen tilfaller refusjonen fra folketrygden jordmoren. Følgetjeneste utført av jordmor stykkprisfinansieres fra trygden. Jordmødre i privat praksis uten driftsavtale er berettiget til refusjon for fødsler utenfor institusjon og følgetjeneste. Refusjonstakstene for jordmødrene dekker bare noen av oppgavene i svangerskapsomsorgen, men ikke f. eks. kurs og rådgivning.

4.4.3 Fastlegens rolle i svangerskapsomsorgen

Det finnes ikke eksakte tall for hvor stor andel av svangerskapskontroller som utføres av allmennlege/fastlege. Takstbruksundersøkelsen for allmennleger for avtaleåret 2007/2008 viser at takst for førstegangskonsultasjon er brukt 57 900 ganger. Dette innebærer at ca 96 prosent av gravide får utført førstegangskonsultasjonen hos allmennlege, de fleste trolig hos fastlege, uten at dette fremgår av statistikken.

I brukerundersøkelsen TNS Gallup utførte for Helsedirektoratet i 2003 oppga 85 prosent at de hadde hatt en eller flere kontroller hos sin fastlege, og 70 prosent at de hadde vært til kontroll på helsestasjon.

I følge Helsedirektoratets retningslinjer for svangerskapsomsorgen kan gravide velge om de ønsker å gå til svangerskapskontroll hos allmennlege eller jordmor, eller en kombinasjon. Enkelte kommuner har utarbeidet veiledende retningslinjer for organisering av svangerskapsomsorgen hvor konsultasjonene gjennomføres i samarbeid mellom lege og jordmor. Gravide gjøres oppmerksom på at de selv kan bestemme hvor de ønsker svangerskapsomsorgen skal finne sted.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg peker på at primærhelsetjenesten er basis for seleksjon og differensiert svangerskaps- og fødselsomsorg. Det må være system og faglige kriterier for seleksjon og differensiering av omsorgen. Fastlegen har et særskilt ansvar for gravide med tilleggsrisiko, både i forhold til jordmor og spesialisthelsetjenesten. I følge rådet er det ut fra dagens erfaring rom for bedre samarbeid både innenfor primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og mellom de ulike nivåer i omsorgen. Både jordmor og lege har og bør ha sin plass i denne omsorgen. Disse yrkesgruppene representerer ulik faglig kompetanse og bør komplementere hverandre.

Rådet foreslår at det defineres overordnede retningslinjer og struktur for samarbeidet, der det likevel gis plass til lokale tilpasninger. I tilpasning til lokale forhold må det tas hensyn til geografi og demografi, men også faglige interesser, erfaring, engasjement og egnethet blant aktuelle fagpersoner. Lokale forhold kan også tilsi at avtaler om svangerskapsomsorgen kan inngås mellom primærhelsetjenesten og lokale fødeenheter, særlig fødestuer. I disse avtalene må brukernes valgfrihet sikres. Mulighetene for elektronisk informasjonsutveksling vil være viktig i samarbeidet.

4.5 Vurdering og konklusjon

Regjeringens mål for helsepolitikken er å prioritere de pasientgruppene som trenger det mest både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Det legges særlig vekt på at en god svangerskapsomsorg kan medvirke til å redusere sosiale ulikheter i helse. Regjeringen ønsker å bygge videre på dagens svangerskapsomsorg som et samlet forebyggende og behandlende helsetjenestetilbud gjennom svangerskapet.

Målet for et sammenhengende tjenestetilbud er ansvarsstruktur og systemer som gir en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Hensiktsmessige ansvarsstrukturer og virkemidler må tilpasses områdets egenart. Svangerskap og fødsel er i utgangspunktet normale begivenheter. Kvinner bor i kommunene, og skal tilbake dit etter et kort opphold på fødeinstitusjon. Med unntak av et lite antall hjemmefødsler, finner alle fødsler sted på fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker som er en del av spesialisthelsetjenesten. Det har vært gjennomført tiltak for å stimulere kommunene til å styrke jordmortjenesten, men det er fortsatt utfordringer knyttet til jordmorkapasiteten i svangerskapsomsorgen.

En todelt forankring av jordmortjenesten slik vi har i dag, der jordmødre i kommunene driver svangerskapsomsorg og jordmødre i spesialisthelsetjenesten bistår ved fødsler, utnytter ikke jordmødrenes spesialkompetanse på hele svangerskaps-, fødsels- og barselforløpet. En organisering av jordmortjenesten som bedre ivaretar jordmors samlede kompetanse vil kunne bidra til bedre helhet og kontinuitet i tjenesten, noe som vil kunne føre til større trygghet hos brukerne. Større trygghet hos gravide og fødende har vist seg å ha innvirkning på både utfall og opplevelse. En godt utbygget lokal jordmortjeneste vil være av spesielt stor betydning i de områder av landet med lang reisevei til fødeinstitusjon, og vil gjøre det samlede tilbudet til gra-

vide og fødende mindre sårbart for endringer i fødselsomsorgen.

Den gravides valgfrihet mellom lege og jordmor i svangerskapsomsorgen er ikke reell pga for få jordmorstillinger og små stillingsbrøker. Gap mellom tilbud og etterspørsel etter jordmortjenester utenfor sykehus har ført til at det i de senere år er opprettet kommersielle jordmorsentra, særlig i større byer. Slike kommersielle jordmorsentra drives med full egenbetaling fra brukerne.

Kommunene har i dag begrensede økonomiske insentiver for å styrke jordmortjenesten sammenliknet med å la fastlegen utføre all svangerskapsomsorg. Kommunenes utgifter til svangerskapsomsorg utført av fastlegene dekkes gjennom per capitatilskuddet, og det økonomisk gunstigste for kommunen er derfor å la fastlegene utføre svangerskapskontrollene i sin private praksis.

Nasjonalt råd for fødselsomsorgen understreker at det samlede omsorgstilbudet til gravide, fødende og barselfamilier skal være mest mulig sammenhengende og sømløst. Samtidig skal hoveddelen av svangerskaps- og barselomsorgen være allmennpreget og et klart førstelinjeansvar. Rådet presiserer at det er en fordel med tydelig og samlet ansvar for de ulike deltjenester.

Rådet peker på ulike modeller for organisering av jordmortjenesten:

- Helseforetakene ansetter jordmødrene som også dekker kommunehelsetjenestens behov
- Det gjøres fellesansettelser av jordmødre
- Kommuner kan bruke vertskapskommunemodell på tvers av kommunegrensene
- Kommuner og helseforetak kan lage samarbeidsordninger på basis av etablerte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

I tråd med anbefaling fra *Nasjonalt råd for fødselsomsorg* og i tråd med brukernes ønsker, ser regjeringen behov for å bedre tilgjengeligheten til lokal jordmortjeneste. Dette vil både bidra til å styrke kvaliteten på omsorgen og bidra til å nå målet om reell valgfrihet for gravide. Mer bruk av jordmor i svangerskapsomsorgen i forhold til oppfølging hos lege er dessuten i tråd med LEON-prinsippet (Laveste-efektive-omsorgsnivå). Det er derfor nødvendig å etablere virkemidler som sikrer lokal tilgjengelighet til jordmortjenester.

For å sikre god ressursutnyttelse og en sammenhengende tjeneste, må jordmødre kunne gi et tilbud som utnytter deres samlede kompetanse og understøtter helhetlige pasientforløp. Etter regjeringens syn er det derfor behov for å vurdere opp-

gavefordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste når det gjelder framtidig organisering av den lokale jordmortjenesten.

Det finnes to alternativer for endret organisering av jordmortjenesten, enten at kommuner og helseforetak inngår avtaler om jordmortjenesten som sikrer felles utnyttelse, eller at den kommunale jordmortjenesten forankres i helseforetak. De to modellene omtales i punkt 4.5.1 og 4.5.2

Uavhengig av valg av modell bør jordmødre pålegges gjennom lokale samarbeidsavtaler å samarbeide med de ulike fagmiljøene i kommunene. Dette gjelder for eksempel i forhold til vanskeligstilte gravide og i det helhetlige arbeidet rundt rusmiddelmissbrukere. Nye felles retningslinjer for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal legge spesiell vekt på tiltak for å sikre helhet og kontinuitet for gravide/fødende og kvinner/barn med påvist risiko og spesielle behov. Retningslinjene er omtalt i punkt 4.10.

Det antas at begge modeller kan gi gravide en reell valgfrihet mellom lege og jordmor i svangerskapsomsorgen.

Selv om tilgjengeligheten til jordmortjenesten bedres, vil allmennleger/fastleger fortsatt ha en sentral rolle i svangerskapsomsorgen. Lege og jordmor har komplementær kompetanse og skal sammen gi gode tjenester, spesielt til gravide med særskilte behov, f.eks. pga sykdom. Jordmor har et særlig ansvar for rask kommunikasjon med fastlege i tilfeller der det kan mistenkes sykdom eller komplikasjoner. Det er behov for et klart definert ansvar for oppfølging av mor og det nyfødte barnet i barseltiden. Dette er drøftet i kapittel 7.

4.5.1 Avtaler mellom kommuner og helseforetak om jordmortjenesten

Ett alternativ er å beholde lokale jordmortjenester som et kommunalt ansvar og inngå avtaler mellom kommuner og helseforetak om lokal jordmortjeneste innenfor rammen av den helhetlige samhandlingsavtalen, jf. punkt 1.6.4. Fortsatt kommunal forankring vil underbygge det kommunale ansvar for en helhetlig oppfølging av mor og barn hvor også jordmortjenesten inngår. Det bør legges til rette for at lokal jordmor kan ha en sentral rolle i svangerskaps- og barselomsorg i samarbeid med helsestasjon og fastlege.

Det foreslås i kapittel 5 at ansvaret for følgetjeneste for gravide til fødested legges til regionalt helseforetak i likhet med ansvar for annen syke-transport inklusiv ambulansetjeneste. For å nå målet om en sammenhengende tjeneste forutset-

tes det at helseforetak og kommuner inngår avtaler om jordmortjenesten som sikrer felles utnyttelse både når det gjelder svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg samt følgetjeneste for gravide til fødested. I mange kommuner vil dette bety at kommunene må prioritere den lokale jordmortjenesten sterkere for å få til en god tjeneste.

Avtalene må inneholde virkemidler for å sikre at nødvendige tilpasninger i fødselsomsorgen ikke reduserer kvaliteten av det samlede tilbudet til gravide og fødende. For å utnytte jordmorressurser på best mulig måte og sikre likeverdig tilgang kan det være hensiktsmessig at mindre kommuner inngår interkommunalt samarbeid om jordmortjenesten. Det kan være flere alternative måter å organisere samarbeidet på, og hensynet til kommunalt selvstyre bør veie tungt.

Muligheten til å etablere interkommunalt samarbeid ble utvidet fra 1. januar 2007 da en ny lovregulert samarbeidsmodell i kommuneloven for lovplagte oppgaver i forbindelse med tjenesteyting til innbyggerne og offentlig myndighetsutøvelse trådte i kraft. Denne lovendringen skal gi et bedre grunnlag for å etablere sterke og bærekraftige fagmiljø på viktige deler av ansvarsområdet til kommunene. Lovendringen innebærer et tilbud til kommunene om samarbeid i en lovregulert vertskommunemodell. Vertskommunemodellen dreier seg om den situasjonen at en kommune overlater bestemte oppgaver og beslutningsmyndighet som er knyttet til oppgaven, til en annen kommune – vertskommunen. Det er tale om et frivillig avtalebaseret samarbeid mellom to eller flere kommuner. Styrking av jordmortjenesten i kommunen gjennom frivillig interkommunalt samarbeid vil kunne bedre kapasitet og tilgjengelighet av jordmortjenesten lokalt.

En eventuell videreføring av jordmortjenesten som et kommunalt ansvar, men med overføring av ansvaret for følgetjenesten til regionale helseforetak vil kunne medføre behov for å endre forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp.

4.5.2 Forankring av den kommunale jordmortjenesten i helseforetak

Ett annet alternativ er å endre ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste for jordmødre. Flere kommuner har etablert samarbeidsavtaler hvor de kjøper jordmortjenester av helseforetak. Det er mulig å bygge videre på disse ved at hele jordmortjenesten forankres i helseforetakene slik at de jordmødre som i dag er ansatt i kommunene, ansettes i helseforetak. Dette

utgjør 287 av totalt 1637 årsverk. Dette vil føre til at det skapes et felles fagmiljø, som kan bidra til bedre kvalitet og bedre utnyttelse av jordmorressursene. Helseforetak og kommuner kan inngå lokale samarbeidsavtaler om felles opplegg og arbeidsdeling som sikrer enhetlig svangerskapsomsorg og som utnytter legers og jordmødres kompetanse. Jordmødre ansatt i helseforetakene kan ha lokal virksomhet for å dekke svangerskapsomsorg, barselomsorg og følgetjeneste. Virksomheten kan legges til helsestasjoner, legesentra eller fastlegekontorer, eventuelt til jordmorsentra som dekker flere kommuner der dette er ønskelig.

Forankring av hele jordmortjenesten i helseforetak vil også kunne bidra til å heve kvaliteten i tjenestene gjennom enhetlig ledelse, felles retningslinjer som gjelder hele forløpet og lik informasjon til gravide og fødende.

Lokale samarbeidsavtaler kan bidra til samhandling med øvrig kommunehelsetjeneste, inklusive helsestasjonen. Disse må legges til rette for utnyttelse av den samlede jordmorressurs på en fleksibel måte slik at de lokale behov ivaretas.

Modellen finnes bl. a i Oslo, i Tromsø og på Tynset. I Tromsø er det inngått lokal samarbeidsavtale mellom UNN og Tromsø kommune. En tilsvarende avtale er inngått mellom Ullevål Universitetssykehus HF og Søndre Nordstrand Bydel i Oslo, og mellom fødestua ved Sykehuset Innlandet FH Tynset og kommunene i Fjellregionen. Modellen er også i tråd med anbefalingene i NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt* (Wisløffutvalget) som bl.a. drøftet samhandling i fødselsomsorgen. Tromsømodellen og samarbeidsmodellene i Oslo og på Tynset er presentert i boksene på neste side. Tilsvarende modeller finnes også i Danmark og Sverige. Disse er omtalt i vedlegg 3.

I kapittel 5 foreslås det at regionale helseforetak får ansvar for følgetjeneste for gravide til fødested. Et samlet ansvar for lokal jordmortjeneste og følgetjeneste kan gi helseforetakene virkemidler til å sikre at nødvendige tilpasninger i fødselsomsorgen ikke reduserer kvaliteten av det samlede tilbudet til gravide og fødende. Endringen kan følges opp gjennom tydelige styringsbudskap til regionale helseforetak om å sikre kapasitet og tilgjengelighet av lokal jordmortjeneste.

Regjeringen vil ta stilling til framtidig organisering av lokale jordmortjenester i forbindelse med samhandlingsreformen.

I det følgende presenteres noen eksempler på eksisterende samhandlingsmodeller. Samhandlingsmodell i forbindelse med tidlig hjemreise fra fødeavdeling er omtalt i kapittel 7.

Boks 4.2 Jordmorsenteret i Tromsø – samarbeid mellom UNN og Tromsø kommune

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og Tromsø kommune har gjennom en samarbeidsavtale etablert et jordmorsenter ved Sentrum helsestasjon som er en forsterket helsestasjon. Jordmødrene er ansatt ved UNN, og jordmorsenteret finansieres ved at kommunen kjøper jordmortjenester fra UNN. Jordmødrene er tilknyttet føde- og barselavdelingen ved sykehuset og har sine faste dager i turnus ved jordmorsenteret. Organiseringen gir god kontinuitet når det gjelder informasjon og gir en helhetlig omsorg. Pga lokaliseringen ved den forsterkede helsestasjonen samarbeides det tett med kommunens helsesøstre. I tillegg samarbeider jordmødrene med flyktinghelsesøster for oppfølging blant annet av gravide asylsøkere og flyktninger. Jordmorsenteret samarbeider også tett med kommunens fastleger.

Boks 4.3 Prosjektet «Jordmor der mor bor»

Lykkeliten fødestue ble lagt ned i 2008 etter vedtak i styret i Blefjell sykehus HF. Etter inspirasjon blant annet fra prosjektet «Moderne distriktsjordmor» i Danmark er det under etablering et prosjekt hvor jordmødre har ansvar for svangerskapsomsorg, fødselsomsorg (ved at jordmor følger kvinnen inn i fødeavdelingen og tar i mot barnet der), og barselomsorg. I prosjektet inngår kommunene Tinn, Tokke og Vinje og Blefjell sykehus HF og Sykehuset Telemark HF. Målet er å sikre en forsvarlig, desentralisert og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i disse kommunene og å vinne erfaringer som kan ha overføringsverdi også til andre deler av landet.

Boks 4.4 Samarbeid mellom kommuner og Tynset fødestue

Fødeavdelingen ved Tynset sjukehus ble omgjort til fødestue i 1997. Siden 1996 har kommunene i Fjellregionen (Tynset, Alvdal, Tolga, Os, Folldal, Rendalen og Stor-Elvdal) leid jordmortjenester fra sykehuset, til sammen 1,1 stilling. Prosedyrene for inklusjon av fødende ved fødestua gjøres kjent for primærlegene og kommunejordmødrene i fødestuas opptaksområde. Jordmødrene tar seg av svangerskapsomsorg i samarbeid med lege/helsesøster i kommunene. Kommunene betaler for beredskap for følgetjeneste. Det er årlige samarbeidsmøter mellom fødestua og helsestasjonene. Det foretas seleksjon av hvilke gravide som kan føde på fødestua. Tilbudet omfatter ikke førstegangsfødende.

Tynset fødestue hadde 78 fødsler i 2007.

Boks 4.5 Samarbeid mellom Ullevål universitetssykehus HF og bydel i Oslo

Kvinne- og barn divisjonen ved Ullevål universitetssykehus HF har fra 1996 avtale med bydel Søndre Nordstrand i Oslo om svangerskapsomsorg. På dette tidspunktet var både sykehuset og bydelen en del av Oslo kommune. Avtalen er videreført etter sykehusreformen. Bakgrunnen var vanskeligheter med å skaffe jordmor til svangerskapsomsorgen i Søndre Nordstrand. Sett fra Kvinneklinikken var muligheten for bedre kontinuitet mellom svangerskap og fødsel en viktig begrunnelse for samarbeidet samtidig som sykehuset kunne tilby jordmødrene større stillingsandeler og få ned vaktbelastningen for jordmødrene på fødeavdelingen. Jordmødrene er knyttet til to av bydelens helsestasjoner, og tjenesten organiseres fra helseforetaket. Jordmødrene er ansatt ved helseforetaket og bydelen faktureres for tiden som er brukt. Helsestasjonene i bydelen har tilknyttet leger. Jordmødrene samarbeider med kvinnes fastleger om å yte svangerskapsomsorg.

4.6 Prioritering av grupper med særlige behov

Regjeringens mål for helsepolitikken er å prioritere de pasientgruppene som trenger det mest. Dette innebærer å prioritere tiltak for å sikre kontinuitet i tilbudet til gravide med påvist risiko og spesielle behov, for eksempel tenåringsgravide, kvinner med rusproblemer, gravide i legemiddelassistert rehabilitering, gravide med kroniske sykdommer og tidligere svangerskapskomplikasjoner, gravide med funksjonshemminger, gravide med fødselsangst, asylsøkere og flyktninger, gravide med psykiske lidelser og røykende gravide. Dette er også i tråd med regjeringens mål om å redusere sosial ulikhet i helse.

Gravide med spesielle sykdommer eller medisinske risikofaktorer følges opp av spesialisthelsetjenesten. Omsorgen for syke gravide krever i ulik grad tverrfaglige tilnærminger. Spesialisthelsetjenesten har også ansvar for å gi kvinner med sykdom eller særlig risiko råd om forsvarligheten ved gjennomføring av et svangerskap. Flere kvinneklinikker har etablert slike tilbud. Gravide med sykdommer og behov for oppfølging hos spesialisthelsetjenesten skal også få ivarettatt forberedelse til fødsel, amming og foreldrerollen samtidig med oppfølging og behandling av sykdom. Dette krever godt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Barneverntjenesten har som sin spesielle oppgave å ta vare på de mest sårbare barna. Helsetjenesten har ansvar for å samarbeide med andre relevante tjenester, f. eks. barneverntjenesten, for å sikre at barna ivaretas på en god måte, og at de får den hjelpen de eventuelt har behov for på et så tidlig tidspunkt som mulig. Dette gjelder for eksempel gravide med psykiske problemer, rusmiddelavhengighet eller gravide i legemiddelassistert rehabilitering.

Mange livsstilssykdommer og risikoadferd gir økt risiko for komplikasjoner i svangerskapet og under fødsel. Det er derfor viktig å informere og gi råd til unge kvinner om dette før svangerskapet. Fastlegen har et særskilt ansvar i denne sammenheng. Helsemyndighetene har igangsatt en rekke tiltak for å prioritere gravide med særlige behov, blant annet informasjonskampanjer rettet mot skadevirkninger ved bruk av alkohol og røyking i svangerskapet.

Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 viser at mellom 10 og 15 prosent av kvinner i fruktbar alder har symptomer på angst og depresjon. Forekomsten er omtrent like høy i fasen med barnefødsler. I

samarbeid mellom Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og RBUP Helse Sør-Øst er det avholdt 3 nasjonale konferanser om psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. Folkehelseinstituttet utga i 2007 boken *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. I boken presenteres blant annet screeningverktøyet The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). Flere helsestasjoner i Norge har tatt i bruk screeningverktøyet. Formålet med boken er å bidra til kompetanseheving blant helsepersonell som er i kontakt med gravide, fødende og spedbarnsfamilier.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten oppsummerte i 2005 forskning om effekten av ulike tiltak for å forebygge og/eller behandle depressive symptomer, depresjon og angst hos kvinner i forbindelse med svangerskap, fødsel og de første 12 månedene etter fødsel. Oppsummeringen viser at det er lite hensiktsmessig med generelle forebyggende psykososiale tiltak for alle gravide og nybakte mødre. Derimot har man funnet gunstig effekt av tiltak rettet mot kvinner med økt risiko for å utvikle depressive symptomer etter fødsel. Intensive og fleksible hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor, tilpasset den enkelte kvinnes behov, kan fremme psykisk helse og gi lavere forekomst av depresjon etter fødsel.

Det fødes mellom 25 – 40 barn av pasienter i legemiddelassistert rehabilitering årlig. Det er behov for nasjonale anbefalinger på området, ikke bare om hvordan kvinnene skal følges opp i svangerskapet, men også hva som er egnede oppfølgingstiltak for familiene etter fødsel. Helsedirektoratet har derfor på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet startet et arbeid med nasjonale faglige retningslinjer for gravide i legemiddelassistert rehabilitering og oppfølgingstiltak for familiene fram til barna når skolealder. Retningslinjene skal foreligge i 2010.

Som ledd i regjeringens satsning mot fattigdom er det satt i gang forsøk med særskilte lavterskeltiltak i Helse Nord-Trøndelag og sykehuset Asker og Bærum for å etablere et tilbud til gravide mødre/foreldre med rus og/eller psykiske problemer og barnet fra fødsel og til skolealder. Målet er å unngå skader hos barnet og bidra til en god helseutvikling i familien. Begge modeller tar utgangspunkt i det danske Familieambulatoriet. Dette er et lavterskeltilbud i nært samarbeid med brukere og kommunale tjenester som kan gi nyttige erfaringer ved videre utvikling av tjenestene.

Kvinner med nedsatt syn kan i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel ha behov for

praktisk tilrettelegging og forutsigbarhet i forhold til omgivelsene.

Hyppigheten av bekkenplager i svangerskapet rapporteres ulikt i ulike studier. I følge europeiske retningslinjer for bekkenplager har ca 20 prosent av gravide plager fra bekkenringen og 5-10 prosent bekkenplager etter fødsel. Noen vil ha så store plager at de blir helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål. Tidligere var det vanlig at kommunene hadde husmorvikarordning. I dag er det bare enkelte kommuner som organiserer praktisk og personlig bistand til gravide og nybakte mødre som en egen tjeneste. De fleste kommunene organiserer hjelp i hjemmet som en del av den helhetlige omsorgstjenesten. Det betyr at søknader om praktisk bistand, uavhengig av årsak, blir behandlet individuelt etter sosialtjenestens generelle regler.

Kommunene må sørge for gode samhandlingsrutiner, slik at de som har behov, får nødvendig hjelp. Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. Den del av kommunens helse- eller sosialtjeneste som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg anbefaler at spesialisthelsetjenesten etablerer tverrfaglige grupper for oppfølging av gravide med sykdom som f. eks. hjertesykdom og diabetes. Disse bør både få rådgivning før svangerskapet starter og særskilt oppfølging i svangerskapet. For gravide med spesielle behov er det særlig viktig med tverrfaglig samarbeid der det legges en plan for den enkelte ved starten av svangerskapet. Rådet mener at individuell plan med fordel kan benyttes.

Rådet peker videre på at kvinner med kroniske sykdommer, medisinske tilstander som gir økt risiko, kvinner med tidligere traumatisk fødselsopplevelse, kvinner med rusproblemer, ernæringsproblemer eller vanskelige sosiale forhold har behov for tilpasset oppfølging slik at disse gruppene fanges opp. Rådet anbefaler at det bør etableres en plan for oppfølging av den enkelte gravide ved første svangerskapskontroll, særlig for gravide med spesielle behov.

4.6.1 Vurdering og konklusjon

Departementet deler vurderingene fra *Nasjonalt råd for fødselsomsorg* og vil be Helsedirektoratet legge særlig vekt på tiltak for å sikre helhet og kontinuitet for grupper med påvist risiko og spesi-

elle behov i nye felles nasjonale retningslinjer for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Retningslinjene er nærmere omtalt i punkt 4.10.

4.7 Svangerskapsomsorg til kvinner med innvandrerbakgrunn

Helsetjenesten skal sikre likeverdige helsetjenester til alle befolkningsgrupper, uavhengig av deres kulturbakgrunn og religiøse tilhørighet. Samtidig kan både språkproblemer og kulturelle ulikheter vanskeliggjøre kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient og komplisere det å yte gode tjenester. Likeverdige og forsvarlige helse-tjenester kan derfor kreve en særskilt styrking og tilrettelegging av tjenestetilbudet.

Flertallet av nyankomne innvandrere er unge voksne, og mange vil få sitt første møte med norsk helsetjeneste i forbindelse med svangerskap og fødsel. Kvinner fra en del land utenfor Vest-Europa har en annen risikoprofil i svangerskapet enn for eksempel norske kvinner, og vil ofte ha behov for en mer omfattende medisinsk oppfølging. Også fødselen kan representere spesielle utfordringer for en del kvinner med innvandrerbakgrunn, for eksempel opplevelse av krysspress mellom tradisjonelt forventet praksis og råd som gis av helsepersonell. Kun et fåtall kvinner med innvandrerbakgrunn går på fødselsforberedende kurs. I følge en rapport fra Legeforeningen i 2008 bør svangerskapsomsorgen til kvinner med innvandrerbakgrunn styrkes, og fødselsomsorgen sikres nødvendig kompetanse til å møte disse utfordringene.

Kjønnslemlestelse hos kvinner øker risikoen for fødselskomplikasjoner og perinatal dødelighet (dvs. dødelighet i forbindelse med fødsel og den første uken etterpå). Gravide som er kjønnslemlestet, må følges opp i svangerskapsomsorgen slik at helseproblemer som følge av kjønnslemlestelse blir avhjulpet før fødsel. Jenter og kvinner som er kjønnslemlestet, har rett til nødvendig helsehjelp og oppfølging.

En gjennomgang av dødfødsler i Oslo og Akershus i perioden 1998-2003 viser at kvinner med opprinnelse utenfor Vest-Europa, Nord-Amerika og Australia hadde økt risiko for dødfødsel og svikt i fødselsomsorgen. Kommunikasjonsproblemer var dokumentert hos 47 prosent av kvinnene, mens tolk ble benyttet hos 29 prosent. Råd fra helsepersonell ble fulgt i mindre grad sammenliknet med norske kvinner. Spørsmål knyttet til fosteraktivitet, fostervekst, vannavgang, blødninger, psykiske pro-

blemer, vold, diabetes og svangerskapsforgiftning stiller særlige krav til språk- og kulturkunnskap.

Helsedirektoratet har utarbeidet informasjonshefter om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg som er oversatt til engelsk, urdu og arabisk. Fylkesmannen i Oslo og Akershus fant, ved en kartlegging av svangerskapsomsorgen ved helsestasjonene i Oslo og Akershus i 2006/2007, at flere helsestasjoner opplevde at de hadde for liten tid til å følge opp flerkulturelle brukere.

Særlig om tolketjenester

Lov om pasientrettigheter inneholder bestemmelser om rett til medvirkning og informasjon, herunder plikt til å tilkalle tolk ved behov. I merknad til loven framgår det at behandlingsansvarlig personell har ansvar for å tilrettelegge eller gi informasjonen. I de tilfeller hvor pasienten er minoritetsspråklig, og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk. Videre gjøres det klart i merknadene at departementet fraråder å bruke pasienters pårørende til tolking, da «dette krever spesiell opplæring». En del situasjoner kan være av en slik art at familie og særlig mindreårige familiemedlemmer bør holdes utenfor.

De instanser som trenger tolk for å utføre sine oppgaver skal bestille og betale for tjenesten. Utgifter til tolketjenester ved undersøkelse og behandling i primærhelsetjenesten og hos privatpraktiserende spesialister dekkes av kommunen. Tjenesten selv, for eksempel legen, har ansvar for å bestille tolk. Bruk av tolk på sykehus og offentlige poliklinikker dekkes av institusjonen selv.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI) er nasjonal fagmyndighet for tolking i offentlig sektor. De opprettet i 2005 et Nasjonalt tolkeregister som gir oversikt over praktiserende tolkers kvalifikasjoner og skal sikre tilgang til kvalifiserte tolker. Registeret er tilgjengelig på www.tolkeportalen.no

Nasjonalt råd for fødselsomsorg peker på at fremmedkulturelle gravide representerer en særlig utfordring, både medisinsk, kulturelt og språklig. Gode tolketjenester er en viktig forutsetning. Rådet understreker at informasjonen må gis på en egnet måte og på eget språk, for eksempel ved hjelp av en «doula» (legkvinne som fungerer som støtteperson språklig og kulturelt).

4.7.1 Vurdering og konklusjon

Det må legges til rette for at gravide og fødende får oppfylt sine rettigheter til medvirkning og informasjon. Tilgjengelighet til tolk på fødeavdelinger kan være en utfordring fordi fødsler kan skje akutt og gjennom hele døgnet. Helseforetakene bør vurdere å tilrettelegge for bruk av telefontolk under fødsel.

Departementet vil be Helsedirektoratet i samarbeid med *Nasjonalt råd for fødselsomsorg* vurdere behovet for ytterligere tiltak for å sikre kvinner med innvandrerbakgrunn og deres partnere en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

4.8 Fødsels- og foreldreforberedende kurs/temakvelder

Fødselsforberedelse er en viktig del av svangerskapsomsorgen. Ifølge forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid skal helsestasjonen tilby opplysningsvirksomhet og samlivs- og foreldreveiledning til gravide, og det kan tilbys fødsels- og foreldreforberedende kurs for å styrke foreldrenes kunnskaper og trygghet om graviditet, fødsel og barseltid. Ikke alle kommuner tilbyr dette. Fylkesmannen i Oslo og Akershus fant, ved sin kartlegging av svangerskapsomsorgen ved helsestasjonene i Oslo og Akershus i 2006/2007, at de fleste helsestasjonene har tilbud om familieplanlegging og prevensjonsveiledning, mens mange bydeler/kommuner ikke tilbyr svangerskaps- og fødselsforberedende kurs.

Enkelte fødeavdelinger tilbyr fødselsforberedende kurs eller tematikvelder, ofte med egenbetaling.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg anbefaler at fødselsforberedende kurs bør være en del av svangerskapsomsorgen. Slike kurs er sannsynligvis gode arenaer for forebyggende helsearbeid, noe som kan gi mindre behov for ekstra oppfølging senere i svangerskapet og etter fødsel.

4.8.1 Vurdering og konklusjon

Fødsels- og foreldreforberedende kurs/tematikvelder bør organiseres i et samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. For å redusere sosial ulikhet i helse bør slike tiltak være tilgjengelige for alle gravide og deres partnere. Det bør legges vekt på deltakelse fra kvinner med minoritetsbakgrunn og deres partnere.

4.9 Helsekort for gravide

Helsekortet for gravide (svangerskapsjournalen) er et kommunikasjonsverktøy mellom samarbeidende lege og jordmor, og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsekortet inneholder dokumentasjon av hva som faktisk gjøres og er et hjelpemiddel for å avdekke eventuell risiko for kvinnen og fosteret. Jordmor eller lege vurderer kontinuerlig om kvinnen har spesielle behov, slik at videre behandling og oppfølging kan planlegges. Utover administrasjon av omsorgen og kontrollene er helsekortet et middel for kvalitetssikring og juridisk dokumentasjon.

Det er tradisjon for at gravide oppbevarer helsekortet og svarene på screeningtester som er gjort i svangerskapet. Kvinnens lege og/eller jordmor skal oppbevare en oppdatert kopi av helsekortet. Det at kvinnen selv oppbevarer helsekortet erstatter ikke helsepersonellens plikt til å føre pasientjournal eller ha en kopi av helsekortet, jf. helsepersonelloven § 39. Fordi kvinnen selv «eier» helsekortet, kan jordmor og lege fremme brukervirkning og informerte beslutninger ved bruk av helsekortet i et aktivt samarbeid med den gravide.

Den papirbaserte utgaven ble utformet i første halvdel av 1980-tallet da en felles svangerskapsjournal for hele landet for første gang ble tatt i bruk. Det har lenge vært erkjent et behov for samordning av informasjonen gjennom hele perinatalperioden (svangerskap, fødselsforløp, barsel og nyfødtp periode) for samarbeids- og registreringsformål (kommunikasjon, dokumentasjon, overvåking og kunnskapsutvikling).

Helsedirektoratet har igangsatt et arbeid med å revidere innholdet i dagens helsekort for gravide parallelt med et arbeid for å utvikle helsekortet i elektronisk form.

Helsedirektoratet har gjennomført en kartlegging av mulighetene for utvikling av et elektronisk helsekort, jf. rapporten *Fra veske til skjerm – elektronisk helsekort for gravide* (2007). På bakgrunn av rapporten er det igangsatt et forprosjekt som skal danne utgangspunkt for en plan for utvikling og pilotering av et hovedprosjekt for elektronisk helsekort. Utredningen vil også omfatte tilrettelegging for elektronisk meldingsutveksling slik at oppdatert helsekortinformasjon kan oversendes elektronisk. Det tas sikte på først å prøve ut et elektronisk helsekort i et avgrenset geografisk område.

En eventuell videreføring av prosjektet må sees i sammenheng med det øvrige utviklingsarbeidet for styrking av elektroniske pasientjournal-systemer.

4.10 Nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen mv.

Helsedirektoratet utga i 2005 *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* som bygger på anbefalinger fra WHO. Retningslinjene er kunnskapsbaserte og erstatter handlingsprogrammet i NOU 1984:17 *Perinatal omsorg i Norge* og Statens helse-tilsyns *Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten* fra 1995 (IK-2492). Det finnes ikke tilsvarende retningslinjer for fødsels- og barselomsorgen.

Målet med retningslinjene er, gjennom god, oppdatert faglig kunnskap, å gi råd og anbefalinger til helsepersonellet for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. Informasjon om anbefalingene skal bidra til å gjøre det enklere for gravide kvinner og deres familie å ta ansvar for egen helse. Et mål med retningslinjene er også å redusere sosial ulikhet i helse.

Ifølge retningslinjene er

«formålet med svangerskapskontrollen å sikre at svangerskap og fødsler forløper på en naturlig måte, slik at morens somatiske og psykiske helse, og hennes sosiale velvære blir best mulig, sikre fosterets helse slik at det kan fødes levedyktig og uten skade og andre livstruende forhold hos moren som kunne vært forhindret, oppdage og behandle sykdom og andre helse-truende forhold hos moren slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet.»

Retningslinjene anbefaler at kvinner bør tilbys kontinuitet gjennom svangerskaps-, fødsels- og barseltid. Det betyr å møte så få fagpersoner som mulig gjennom hele svangerskapet. Basert på daværende kunnskapsgrunnlag ble det anbefalt at kvinnen selv bør få velge om hun vil gå til allmennlege eller jordmor, eller i kombinasjon. En kunnskapsoppsummering fra 2008 med utgangspunkt i 11 forskningsstudier med deltakelse fra over 12 000 kvinner (Cochrane-oversikt «Midwife-led versus other models of care for childbearing women») konkluderer imidlertid at jordmorstyrt svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg ser ut til å øke sjansen for å få en spontan vaginal fødsel uten behov for smertestillende. Jordmorstyrt oppfølging gir også litt lavere risiko for fosterdød før 24. svangerskapsuke.

Studiene viste at jordmorstyrt svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg til gravide kvinner:

- Gir trolig litt lavere risiko for fosterdød før 24. svangerskapsuke

- Har trolig liten eller ingen betydning for risikoen for fosterdød etter 24. svangerskapsuke
- Gir trolig flere spontane vaginale fødsler uten smertestillende
- Gir trolig litt lavere risiko for instrumentell forløsning (vakuumpompe/tang)
- Senker muligens risikoen for å bruke epidural/spinal noe

Det var trolig liten eller ingen forskjell mellom jordmorstyrt oppfølging og vanlig oppfølging når det gjelder bruk av oxytocin (riefremkallende middel) og antall kvinner som ble forløst med keisersnitt. Funnene bør vurderes i forbindelse med revisjon av Helsedirektoratets retningslinjer for svangerskapsomsorgen.

4.10.1 Brukerundersøkelse om svangerskapsomsorgen

I forbindelse med Helsedirektoratets utarbeidelse av retningslinjer for svangerskapsomsorgen, utførte TNS Gallup i 2003 en brukerundersøkelse om svangerskapsomsorgen. Undersøkelsen beskrev brukernes tilfredshet med svangerskapsomsorgens tilgjengelighet, helsepersonell, forberedelse på fødsel og barseltid og informasjon. I tillegg tok undersøkelsen opp om brukerne ble orientert om ulike tilbud innen svangerskapsomsorgen, og hvilke forhold gravide er opp tatt av. Brukerne vurderte hva som var viktigst ved svangerskapskontrollene. Både kvinner og menn ble spurt.

Undersøkelsen viste at langt de fleste (85 prosent) hadde hatt en eller flere kontroller hos fastlegen. 7 av 10 hadde vært til kontroll på helsestasjonen. Det var store geografiske variasjoner i hvilket kontrollsted som benyttes. Det var stor tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge. Til sammen 87 prosent var fornøyde. Svangerskapsomsorgen kommer meget godt ut i forhold til andre offentlige tjenester.

De som hadde gått til privatpraktiserende lege/jordmor, og de som hadde gått mest hos jordmor på helsestasjonen var mest fornøyde. De som hadde vært mest hos fastlegen var mindre fornøyde. Jordmor på helsestasjon ble opplevd som best til å forberede til fødsel, amming og barseltid.

4.10.2 Vurdering og konklusjon

Helsedirektoratet har ansvar for å revidere *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. Departementet foreslår at Helsedirektoratet får i oppdrag å utarbeide kunnskapsbaserte nasjonale retningslinjer for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Hjemmefødsler skal inkluderes i retningslinjene.

Det skal legges særlig vekt på tiltak for å sikre helhet og kontinuitet for gravide/ fødende og kvinner/barn med påvist risiko og spesielle behov.

Det må sikres brukermedvirkning i utarbeidelsen av retningslinjene. St. meld. nr 8 (2008-2009) *Om menn, mansroller og likestilling* viser til den viktige rollen også mannen har under svangerskapet og i fødselsforberedende tiltak. Gjennom deltakende praksis i svangerskaps- og spedbarnsperioden kan fedre få et bedre grunnlag for å være en ressurs for barnet i oppveksten. Retningslinjene skal derfor omfatte hvordan kvinnens partner kan integreres på alle nivåer.

Regjeringen foreslår

- Forankring av lokal jordmortjeneste sees i sammenheng med samhandlingsreformen.
- Det legges til rette for utprøving av samhandlingsmodeller mellom jordmødre i svangerskapsomsorg og fødested og utprøving av prosjekter som «Moderne distriktsjordmor».
- Helsedirektoratet skal vurdere behovet for ytterligere tiltak for å sikre kvinner med innvandrerbakgrunn og deres partnere en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg
- Fødsels- og foreldreforberedende kurs / temakvelder bør være tilgjengelige for alle gravide og deres partnere.
- Helsedirektoratet skal utarbeide nasjonale retningslinjer for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Hjemmefødsler skal inkluderes. Det skal legges særlig vekt på tiltak for å sikre helhet og kontinuitet for grupper med påvist risiko og spesielle behov. Retningslinjene skal omfatte hvordan kvinnens partner kan integreres på alle nivåer.



Figur 5.1

Foto: Glenn Karlsrud

5 Følgetjeneste til fødested for gravide

I NOU 1984:17 *Perinatal omsorg i Norge* ble det anbefalt at fødende med transporttid lengre enn en time skulle ledsages av jordmor eller lege. Begrunnelsen den gang var at 2 prosent av alle fødende hadde mer enn 2 timers reisevei til nærmeste fødeinstitusjon, og at ca 10 prosent hadde fra 1 til 2 timers reise.

Det er ikke lovfestet at gravide skal ha følge av kvalifisert personell fra hjemstedet til fødestedet. I begrunnelsen for forslaget om lovfesting av jordmortjenesten i kommunene, pekte departementet på at «jordmor kan inngå i beredskapsvakter og være kompetent ledsager og fødselshjelper hvis fødsel skjer underveis til sykehus» (Ot.prp. nr. 60 (1993-94)). I behandlingen av St. meld. nr. 43 (1999-2000) *Om akuttmedisinsk beredskap* uttalte sosialkomiteen at fødende med over 1 times reisevei burde ha kvalifisert ledsagelse til fødestedet.

I representantforslag nr 106 (2007-2008) fremmet stortingsrepresentantene Sonja Sjøli, Linda C. Hofstad Helleland og Olemic Thommessen, alle Høyre, forslag om å be regjeringen legge fram lovforslag som sikrer en individuell rett for gravide som har mer enn en times reisevei til fødestedet, og som har behov for slik tjeneste. Forslaget ble ikke realitetsbehandlet da det ble behandlet i Stortinget i desember 2008.

Stønad til jordmorhjelp ved følgetjeneste godtgjøres av folketrygden. Utgifter til eventuell beredskap for følgepersonell tilfaller kommunen. Kommunen er forpliktet til å yte nødvendig helsehjelp til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, og helsepersonell har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Ansvar for pasienttransport, (oppholdsutgifter og transport av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten) ble overført fra folketrygden til regionale helseforetak i 2004. I NOU 2003: 1 *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten* ble det gitt følgende argument for overføringen:

«Det er et viktig økonomisk prinsipp at finansieringsansvaret for en tjeneste bør følge utgiftsansvaret. Helsesektoren utløser utgifter til syketransport og skyss av helsepersonell. En ansvarsoverføring til regionale helseforetak vil innebære et mer samlet ansvar for pasienttran-

sport og behandling slik at syketransport i større grad kan inngå som en del av et helhetlig helsetjenestetilbud.»

En undersøkelse fra 2003 viste at det er over 1 times reisevei til fødested fra 39 prosent av kommunene. Fødende i deler av Finnmark må reise lengst for å komme til fødested. Helsedirektoratet har anslått at ca 8 prosent av gravide i 2008 hadde minst halvannen times reisevei til fødested. Reiseavstanden varierer både innen og mellom helseregionene.

Selv om mange gravide har lang reisevei til fødested, skjer mindre enn 1 prosent av fødslene som hjemmefødsel eller transportfødsel. Dette skyldes trolig at gravide med lang reisevei ofte reiser i god tid eller oppholder seg nærmere fødestedet før fødselen starter, og at gravide med risiko ofte legges inn i god tid før fødsel for å sikre kontroll med når og hvordan fødselen skjer.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg har pekt på at

«følgetjenesten har to hovedhensikter. Den ene er å sikre medisinsk faglig forsvarlighet. Den andre er å skape trygghet for den gravide underveis til fødeinstitusjon. Følgetjenesten må ha kompetanse i grunnleggende fødselshjelp, dvs. kunnskap om faresignaler, forløsning, komplikasjoner, samt å ta seg av den nyfødte. Rådet anbefaler at det organiseres følgetjeneste der hvor det er reisevei utover halvannen times reisevei til fødested, og at regionalt helseforetak må ta ansvar for denne tjenesten på linje med ambulansetjenesten. Den praktiske gjennomføringen kan for eksempel skje i samarbeid mellom en eller flere kommuner.»

5.1 Vurdering og konklusjon

Reisevei til fødested og følgetjeneste for gravide har vært et sentralt tema ved spørsmål om omgjøring av fødeavdelinger til fødestuer, også ved midlertidige omgjøring, som ved sommer- og feriestengninger. Omgjøring til fødestue medfører at en mindre andel av fødende i opptaksområdet kan føde lokalt, noe som innebærer en lengre reise for flere. Det er først og fremst de gravide med risiko

som ikke vil kunne føde på en fødestue, og som dermed får lengre reisevei ved omgjøring av fødeavdelinger til fødestuer.

Regjeringen ønsker å skape et mer enhetlig system for finansiering og tydelig ansvarsplasing for følgetjenesten. Det foreslås derfor at ansvaret for følgetjenesten legges til regionale helseforetak i tråd med ansvar for annen syketransport inklusiv ambulansetjeneste. Et samlet ansvar for fødetilbud og følgetjeneste vil legge til rette for at helseforetakene kan gi et helhetlig tilbud tilpasset lokale forhold og eventuelle endringer i fødetilbudet.

Hvis lokal jordmortjeneste fortsatt skal være et kommunalt ansvar, kan det i helhetlige avtaler mellom helseforetak og kommuner om jordmortjenesten tas inn forhold som sikrer felles utnyttelse av jordmorressursene innenfor rammen av de helhetlige avtalene.

Det er naturlig å foreslå en til halvannen times reisevei som veiledende grense, men dette vil avhenge av kommunikasjonsforhold, hvor langt fødselen har kommet osv. Behovet for følgetjeneste må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. Følgetjenesten skal ha kompetanse til å håndtere eventuelle transportfødsler og samtidig ivareta den fødendes behov for trygghet. I praksis vil det oftest være jordmødre som innehar slik kompetanse, men andre yrkesgrupper kan også være aktuelle.

Regjeringen foreslår

- Regionale helseforetak får ansvar for følgetjeneste for gravide til fødested.
- I samarbeid med berørte kommuner må det etableres et system for å vurdere gravide ved akutte problemstillinger og avgjøre hvem som har behov for følge.



Figur 6.1 Et trygt fødetilbud er mer enn vekt!

Utlånt fra Medisinsk museum

6 Et trygt fødetilbud

6.1 Innledning

Differensiering av fødselsomsorgen ble drøftet i St. meld. nr 43 (1999-2000) *Om akuttmedisinsk beredskap*. I meldingen konkluderte departementet med at det overordnede målet for fødselsomsorgen må være at det fremdeles skal tilbys et desentralisert fødetilbud i Norge med god faglig standard. Departementet foreslo at Helsetilsynets utredning nr 1/97 *Faglige krav til fødeinstitusjoner* med inndeling i tre kompetansenivåer, kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer, ble gjort veiledende for planleggingen.

Kompetansenivåene ble definert slik:

Kvinneklinikker: Minst 1500 fødsler, tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte.

Fødeavdelinger: Minst 400-500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen.

Fødestuer: Minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog) og avklarte medisinske forhold.

I følge stortingsmeldingen forutsatte inndelingen at den fødende får god oppfølging av jordmor under svangerskapet, at risikofødsler blir selektert til riktig nivå, og at det ble utarbeidet klare rutiner for hvordan de ulike fødeinstitusjonene skulle samarbeide. Meldingen pekte videre på at det var fødestuer i sykehus ved tre av landets lokalsykehus. På bakgrunn av de gode erfaringene som var gjort bl.a. ved Lofoten sykehus, ville departementet anbefale at fødestuemodellen også ble prøvd ut ved andre sykehus. Fødestuer er jordmorstyrte, og ville derfor redusere problemene med å rekruttere gynekologer til de minste sykehusene.

I Innst. S. nr 300 (2000-2001) fra sosialkomiteen om akuttmeldingen mente komiteen at fødselsomsorgen må differensieres, og at den skisserte nivåinndelingen må gjøres gjeldende, ikke bare veiledende, for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen. Komiteen fremmet følgende forslag:

Stortinget ber Regjeringen gjøre Statens helsetilsyns nivåinndeling for fødselsomsorgen gjeldende for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen.

Forslaget ble vedtatt da Stortinget behandlet innstillingen.

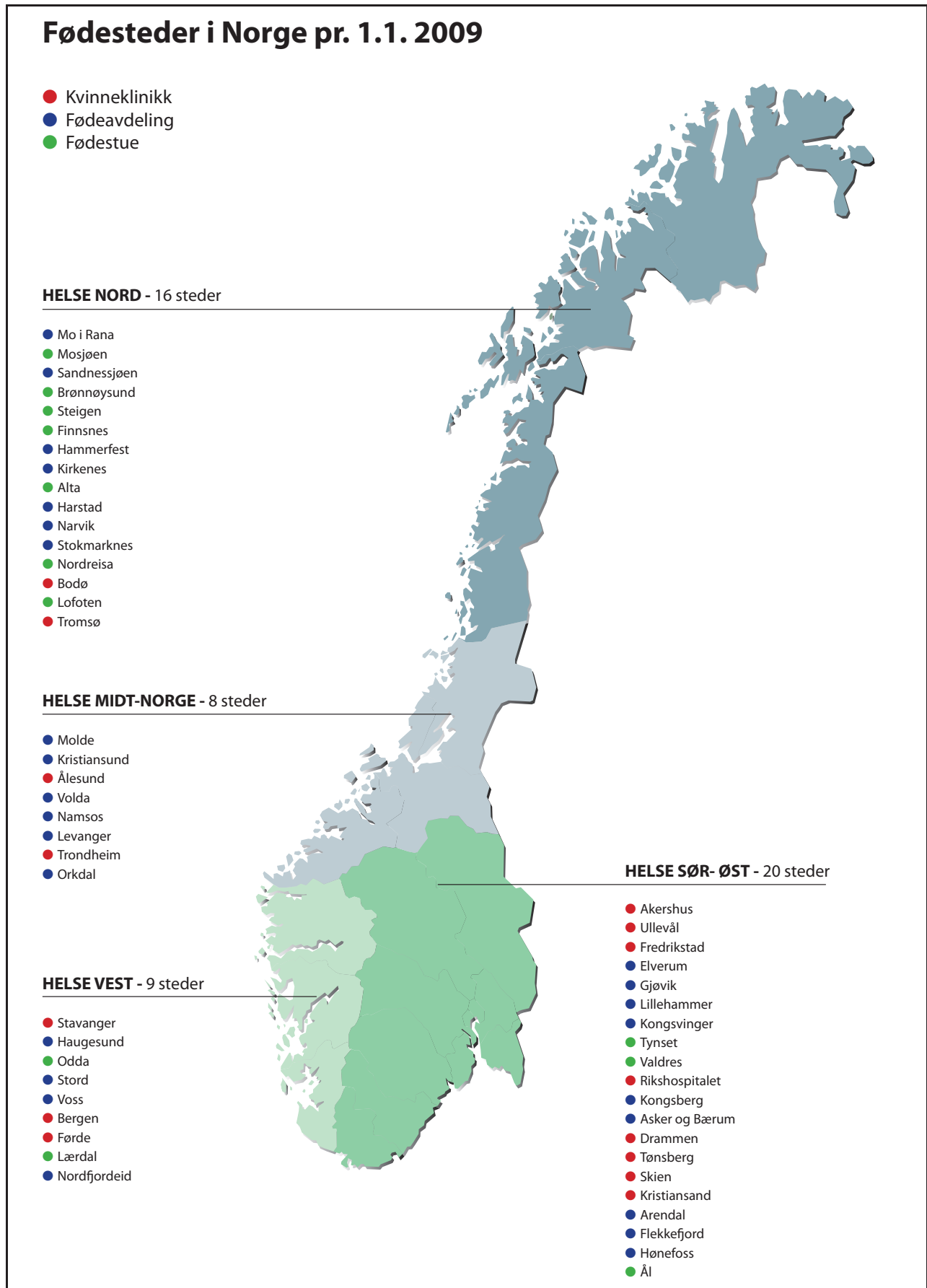
I innstillingen viste sosialkomiteen til Ot. prp. nr 60 (1993-1994) hvor det ble fremholdt at fødende med reisevei over en time bør ha kvalifisert ledsagelse til fødestedet. Mange kvinner i distrikt-Norge har lange avstander til nærmeste fødeinstitusjon, og komiteen mente at kvinnene både av hensyn til sikkerhet og trygghet, må ha krav på følge av jordmor. Komiteen bad derfor Regjeringen om å sørge for at kvinner som har lang reisevei til fødeavdeling, sikres en forsvarlig følgetjeneste.

6.2 Dagens fødselsomsorg

Ca to tredjedeler av barn som fødes i Norge blir født ved store fødeavdelinger. I de siste 35 årene har det vært en betydelig sentralisering av fødsler bl.a. som følge av endret bosettingsmønster og utbygging av kommunikasjoner. Ved mange fødestuer har fødselstallet gradvis blitt mindre de senere år. Dette kan både skyldes endringer i befolkningsstruktur, men også at mange friske kvinner med forventet normal fødsel velger å føde ved større fødeavdelinger i stedet for fødestuer som er nærmere bostedet.

I 2005 fant 26,3 prosent av alle fødslene i Norge sted i Oslo og Akershus. Dette er en økning på mer enn 40 prosent på drøyt 20 år. Sentraliseringen av fødsler skyldes i hovedsak innflytting av unge kvinner til Oslo-området. Dette har ført til et press på de store fødeinstitusjonene, spesielt i hovedstaden.

Som omtalt i kapittel 2 gir utflytting av unge kvinner fra de mindre sentrale delene av landet nedgang i antallet fødsler. Nedgangen er spesielt tydelig i Nord-Norge, men også Vestlandet og Hedmark og Oppland har hatt en betydelig nedgang i andel av landets fødsler siden 1970-tallet.



Figur 6.2

Illustrasjon: Erik Karlsen

I Norge er det i dag 41 kvinneklinikker/fødeavdelinger og 12 fødestuer. En fødestue ble nedlagt i 2008. Ifølge foreløpige tall fra Medisinsk fødselsregister for 2007 hadde 15 kvinneklinikker/fødeavdelinger mer enn 1500 fødsler, 13 fødeavdelinger hadde under 400 fødsler og de 13 fødestuene hadde mellom 155 og 10 fødsler.

6.3 Antall fødsler i Norge i 2007

Antall levende fødte i 2007 var 58 955 barn. Denne oversikten viser antall fødsler pr. kvinneklinikk, fødeavdeling, forsterket fødestue og fødestue og er basert på opplysninger fra Medisinsk fødselsre-

gister. I tillegg var det 233 planlagte og ikke planlagte hjemmefødsler.

Som det fremgår av punkt 6.1 ble de tre kompetansenivåene kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue definert i Helsetilsynets utredning nr 1/97 *Faglige krav til fødeinstitusjoner*. De faglige kriteriene for de tre nivåene (ikke fødselstall) er lagt til grunn for inndelingen i oversikten nedenfor og for kartet på s. 42. Forsterket fødestue er definert som fødestue med beredskap for akutte keiser-snitt.

Oversikten viser at antall fødsler ikke alltid samsvarer med tallgrensene som ble lagt til grunn for Stortingets vedtak i 2001.

Fødsler i Helse Nord RHF

Helse Finnmark HF

| | |
|----------------------------------|-------------|
| Klinikk Hammerfest, fødeavdeling | 399 fødsler |
| Klinikk Kirkenes, fødeavdeling | 245 fødsler |
| Alta, fødestue | 119 fødsler |

Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN)

| | |
|---|--------------|
| UNN Tromsø, kvinneklinikk | 1523 fødsler |
| UNN Harstad, fødeavdeling | 422 fødsler |
| UNN Narvik, fødeavdeling | 230 fødsler |
| Fødestua i Midt-Troms, Finnsnes | 119 fødsler |
| Fødestua i Nord-Troms (Sonjatun), Nordreisa | 29 fødsler |

Nordlandssykehuset HF

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| Bodø, kvinneklinikk | 1034 fødsler |
| Vesterålen, Stokmarknes, fødeavdeling | 316 fødsler |
| Lofoten, Gravdal, forsterket fødestue | 155 fødsler |
| Steigen, fødestue | 10 fødsler |

Helgelandssykehuset HF

| | |
|--|-------------|
| Helgelandssykehuset Mo i Rana, fødeavdeling | 324 fødsler |
| Helgelandssykehuset Sandnessjøen, fødeavdeling | 303 fødsler |
| Helgelandssykehuset Brønnøysund, fødestue | 46 fødsler |
| Helgelandssykehuset Mosjøen, fødestue | 39 fødsler |

Fødsler i Helse Midt-Norge RHF

St. Olavs hospital HF

| | |
|-------------------------------|--------------|
| St. Olav, kvinneklinikk | 3371 fødsler |
| Orkdal sjukehus, fødeavdeling | 504 fødsler |

Helse Nord-Trøndelag HF

| | |
|----------------------------------|-------------|
| Sykehuset Levanger, fødeavdeling | 950 fødsler |
| Sykehuset Namsos, fødeavdeling | 399 fødsler |

Helse Nordmøre og Romsdal HF

| | |
|------------------------------------|-------------|
| Molde sjukehus, fødeavdeling | 569 fødsler |
| Kristiansund sykehus, fødeavdeling | 402 fødsler |

Helse Sunnmøre HF

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Ålesund sjukehus, kvinneklinikk | 1386 fødsler |
| Volda sjukehus, fødeavdeling | 334 fødsler |

Fødsler i Helse Sør-Øst RHF*Ullevål universitetssykehus HF*

Ullevål universitetssykehus HF (Oslo), kvinneklinikk 6667 fødsler

Akershus universitetssykehus HF

Akershus universitetssykehus HF (Lørenskog), kvinneklinikk 4201 fødsler

Sykehuset Østfold HF

Sykehuset Østfold HF (Fredrikstad), kvinneklinikk 3017 fødsler

Sykehuset Asker og Bærum HF

Sykehuset Asker og Bærum HF (Rud), fødeavdeling 2696 fødsler

Rikshospitalet HF

Rikshospitalet HF (Oslo), kvinneklinikk 2179 fødsler

Sykehuset Vestfold HF

Sykehuset Vestfold (Tønsberg), kvinneklinikk 2007 fødsler

Sørlandet sykehus HF

Kristiansand, kvinneklinikk 1972 fødsler

Arendal, fødeavdeling 1101 fødsler

Flekkefjord, fødeavdeling 403 fødsler

Sykehuset Buskerud HF

Sykehuset Buskerud HF (Drammen), kvinneklinikk 1797 fødsler

Sykehuset Telemark HF

Sykehuset Telemark HF (Skien), kvinneklinikk 1718 fødsler

Sykehuset Innlandet HF

Lillehammer, fødeavdeling 1028 fødsler

Elverum, fødeavdeling 972 fødsler

Gjøvik, fødeavdeling 788 fødsler

Kongsvinger, fødeavdeling 593 fødsler

Tynset, fødestue 78 fødsler

Valdres Fødestugo, Øystre Slidre 45 fødsler

Ringerike sykehus HF

Ringerike sykehus (Hønefoss), fødeavdeling 790 fødsler

Hallingdal Sjukestugu (hastefødsler), Ål 15 fødsler

Blefjell sykehus HF

Kongsberg, fødeavdeling 524 fødsler

Rjukan (Lykkeliten), fødestue¹ 33 fødsler**Fødsler i Helse Vest RHF***Helse Bergen HF*

Haukeland universitetssykehus (Bergen), kvinneklinikk 4948 fødsler

Voss sjukehus, fødeavdeling 433 fødsler

Helse Stavanger HF

Stavanger universitetssykehus, kvinneklinikk 4451 fødsler

Helse Fonna HF

Haugesund sjukehus, fødeavdeling 1390 fødsler

Stord sjukehus, fødeavdeling 482 fødsler

Odda sjukehus, forsterket fødestue 71 fødsler

Helse Førde HF

Førde sentralsjukehus, kvinneklinikk 724 fødsler

Nordfjord sjukehus (Nordfjordeid), fødeavdeling 289 fødsler

Lærdal sjukehus, forsterket fødestue 80 fødsler

¹ Nedlagt 2008

6.3.1 Fødestuer

Ved behandlingen av B.innst. S. nr 11 (2002-2003) vedtok Stortinget at ansvaret for fødestuene skulle legges til regionale helseforetak.

Fødestuer er en viktig del av det helhetlige fødetilbudet i mange land. De kan være lokalisert i tilslutning til en fødeavdeling med full medisinsk beredskap (f.eks. Storken på Haukeland sykehus og ABC på Ullevål universitetssykehus), i et lokalsykehus uten fødeavdeling, eller være en frittstående enhet. Fødestuer kan gi et tilbud til kvinner med forventet normal fødsel av friske barn, men i praksis vil sjelden mer enn 30-40 prosent av de fødende i opptaksområdet føde der. Kvinner som blir vurdert til å ha risikofaktorer ved fødselen, må enkelte steder påregne lenger reisevei for å føde, enn friske kvinner med forventet normal fødsel.

Fødestuer bidrar til en differensiert fødselsomsorg. De gir et fødetilbud som støtter opp om fødselen som en normal prosess, med vekt på lite medisinsk intervensjon. Fødestuer har oftest et lite fødselstall sett i forhold til bemanning/kapasitet og har derfor mulighet for å gi individualisert omsorg. Oftest utfører jordmødre på fødestuer også svangerskapsomsorg, og følger opp familien etter fødselen. Dette bidrar til større grad av kontinuitet mellom svangerskap, fødsel og barseltid.

I tillegg til å bidra til en differensiert fødselsomsorg, bidrar fødestuene også til en desentralisert tjeneste. I distrikter med lang vei til nærmeste fødeavdeling gir fødestuene et fødetilbud til kvinner med forventet normal fødsel og som ønsker å føde der. Jordmødrene driver svangerskapsomsorg og selekterer hvilke kvinner som kan føde ved fødestuen. Fødestuene i distriktene representerer en verdifull jordmorfaglig beredskap og kompetanse for alle gravide og fødende, også de som ikke føder på fødestuen. Blant annet ivaretar jordmødrene på fødestuene ofte beredskap for følgetjeneste. Kvinner som ikke skal føde på fødestue kommer innom denne før transport videre, for en vurdering av om det er behov for følge av jordmor. Fødestuemodellen forutsetter god samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, blant annet om svangerskapsomsorg og følgetjeneste.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utførte i 2006 en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget om effekten av jordmorstyrte fødestuer for mor og barn. Kunnskapssenteret konkluderte med at det ikke er mulig å si noe sikkert om effekten av jordmorstyrte fødestuer (gitt adekvat selek-

sjon) på kliniske utfall hos mor og barn, sammenliknet med en fødeavdeling.

6.3.2 Forsterkede fødestuer

Ved enkelte fødestuer har man av lokale årsaker valgt å omstille fra fødeavdeling til fødestue med beredskap for akutte keisersnitt. Forsterkede fødestuer ledes av jordmor, og i tillegg har gynekolog eller kirurg alltid beredskap for hastekeisersnitt.

Slike modeller finnes i Lofoten, Odda og Lærdal, og var opprettet i Mosjøen fra 2004-2006. Årsakene til en slik løsning har delvis vært lang reisevei og begrenset tilgjengelighet av for eksempel luftambulanse.

Fødende som på forhånd er selektert til å kunne føde på en forsterket fødestue, vil sjelden ha behov for keisersnitt. Som regel vil den fødende bli overflyttet til en fødeavdeling. Nødkeisersnitt skal bare utføres dersom transport er vurdert som uforsvarlig.

6.3.3 Fødeavdelinger

Fødeavdelinger har høye krav til beredskap fordi fødsler skjer gjennom hele døgnet. Komplikasjoner kan oppstå akutt og uten forvarsel. Fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer har gjennomgått store endringer de senere år. Mange tilstander og sykdommer som tidligere krevde innleggelse og kirurgisk inngrep, behandles nå med medikamenter eller som poliklinikk- og dagbehandling. Dette medfører bl.a. at det er krevende å ha tilstrekkelig operativ aktivitet for det antall leger som er nødvendig for å opprettholde forsvarlig beredskap. Utfordringen med å få en god balanse mellom beredskap og planlagt operativ aktivitet er størst for de minste avdelingene.

Ved små fødeavdelinger har det vært vanlig at gynekologer har hjemmevakt. Selv om alvorlige hendelser er relativt sjelden på fødeavdelinger med få fødsler, haster det like mye når slike situasjoner oppstår. I saker som har vært ført for rettsapparatet, har man lagt til grunn en veiledende øvre grense på 15 minutter fra beslutning om katastrofekeisersnitt tas til barnet er forløst. Dette gjør en hjemmevaktssituasjon særlig utfordrende, og stiller store krav til rutiner for tilkalling og klargjøring for operasjon.

Rekruttering av gynekologer er vanskelig ved mange små, og ved enkelte større fødeavdelinger. En del fødeavdelinger og forsterkede fødestuer er avhengige av vikarer for å dekke vakter. Dette skaper utfordringer i forhold til å opprettholde

kvalitet ved at vikarleger ikke alltid er fortrolige med rutiner og prosedyrer. Språk- og kulturforskjeller og manglende stabilitet og kontinuitet kan også skape utfordringer i forbindelse med å opprettholde god kvalitet.

Det tidligere Nasjonalt råd for fødselsomsorg påpekte blant annet i sin sluttrapport bekymring for kvaliteten ved de små fødeavdelingene. På bakgrunn av dette gjorde Statens helsetilsyn i 2008 en gjennomgang av tilsyn med fødeavdelinger med mindre enn 500 fødsler. Helsetilsynet konkluderer på grunnlag av gjennomgangen at mange av de små fødeavdelingene som ikke er omgjort til fødestuer slik Stortingsvedtaket fra 2001 forutsatte, har store utfordringer knyttet til å tilby de risikogravide en forsvarlig fødselshjelp. Gjennomgangen er presentert i vedlegg 1.

6.3.4 Kvinneklinikker

Mer enn to tredjedeler av de gravide føder ved store fødeinstitusjoner/kvinneklinikker. Fødseltallet ved kvinneklinikkene varierer i dag fra ca 700 til ca 7000 fødsler. Den største kvinneklinikken er ved Ullevål universitetssykehus HF i Oslo. Kvinneklinikker har særskilte utfordringer med hensyn til kontinuitet i behandling, informasjonsoverføring og individuelt tilpasset tilbud. Stor arbeidsbelastning på vakt og mye ubekvem arbeidstid er faktorer som bidrar til høy turnover av ansatte. De store fødeavdelingene tar i mot fødende med kompliserte svangerskap. Antallet kompliserte svangerskap hvor det er behov for fødsel ved kvinneklinikk omfatter bl.a. kvinner med komplisert underliggende sykdom som tidligere ikke fikk barn, men som i dag blir mødre. For enkelte pasientgrupper hvor det er behov for spisskompetanse (f.eks. alvorlige immunsykdommer, hjertesykdom og transplanterte), kan det være

Boks 6.1 Fødsler før og nå

For 100 år siden var hjemmefødsler vanlig, mens det i dag er svært få planlagte hjemmefødsler. Bergen fikk sin første jordmor i 1748 og Kristiania omkring 1760. I 1810 kom jordmorreglementet som delte landet i jordmordistrikter og ga jordmødrene enerett på fødselshjelp. Eneretten ble opphevet i 1939.

De første fødeinstitusjonene ble opprettet tidlig på 1800-tallet. Fødestiftelsen i Christiania var først ute allerede i 1818 og ble opprettet i forbindelse med den første jordmorutdanningen. Lokalene var dårlige og midlertidige, og det ble bygd egne lokaler i Akersgata 44 i perioden 1825-29. Deretter kom Kvinneklinikken i Bergen i 1861.

Tidlig på 1900-tallet ble det opprettet mange nye helseinstitusjoner. Mange av disse hadde også tilbud til kvinner. Det ble derfor mer vanlig å føde på institusjon. Spesielt for unge, ugifte mødre var disse fødeinstitusjonene viktige som helsetilbud og som garantist for anonymitet. Imidlertid var det kvinner fra alle samfunnslag som fødte på institusjon. EC Dahls fødestiftelse i Trondheim ble opprettet i 1908 som ledd i den første bølgen av fødeinstitusjoner. Rundt 1920 var det 3 fødeinstitusjoner i Norge, og de fleste fødslene foregikk fremdeles hjemme. Men etter som det ble utdannet flere jordmødre, ble det

opprettet flere små fødestuer, og kvinnene begynte etter hvert i økende grad å føde sine barn på sykehus. Til tross for den storstilte utbygningen av helseinstitusjoner i Norge på denne tiden kom det store hamskiftet i fødselsomsorgen i Norge først i 1960-årene, godt hjulpet av medisinske fremskritt og økonomisk vekst etter 2. verdenskrig. Helsemyndighetene ønsket å bygge ut sykehusene og opprette fødeavdelinger. Fødestuer ble opprettet i stor utstrekning på 1950-tallet på steder med lang avstand til nærmeste fødeavdeling. Det ble ofte opprettet fødestuer etter initiativ fra kommunene eller frivillige organisasjoner som Sanitetsforeningene og Røde Kors. Fram til 1970 økte antall fødeinstitusjoner til nærmere 200.

De siste 35 årene har det vært en betydelig sentralisering av antall fødesteder. På 1970-tallet økte troen på at det var sikrere for mor og barn å føde på sykehus enn små fødestuer i tilfelle komplikasjoner under fødsel, og flere og flere begynte å føde på større fødeinstitusjoner. Vi fikk en sterk sentralisering av fødslene som medførte at antall fødeinstitusjoner ble kraftig redusert. I 1974 var det 131 fødesteder i Norge, i 1980 var det 97, i 1990 var det 71 og i 2009 er det 53 fødesteder her i landet.

hensiktsmessig med en funksjonsfordeling mellom kvinneklinikkene.

Det har vært reist bekymring for at fødende med lav risiko for komplikasjoner får unødige intervensjoner når de føder i høyt spesialiserte fødeavdelinger. Kunnskapsoppsummeringer viser at kvinner som føder i fødestuer og hjemme har mindre risiko for operativ forløsning og mindre riftskader enn grupper av kvinner med lav risiko som føder i sykehus. Det er imidlertid ikke vist at dette har betydning for forekomst av alvorlige komplikasjoner hos mor eller barn. For å gi et mer tilpasset tilbud har mange fødeavdelinger opprettet såkalt rød og grønn gruppe, hvor grønn gruppe har normale fødsler og er jordmorstyrt, mens rød gruppe tar seg av fødsler med forventet økt risiko.

6.3.5 Hjemmefødsler

Hjemmefødsler forekommer relativt sjelden i Norge. Ifølge Medisinsk fødselsregister var det sammen 233 planlagte og ikke-planlagte hjemmefødsler i 2007. Med ikke planlagte hjemmefødsler, menes fødsler som starter tidligere enn planlagt. Antall hjemmefødsler endres lite fra år til år.

Jordmødre som assisterer ved hjemmefødsel skal i henhold til journalforskriften dokumentere sin virksomhet. Nasjonale retningslinjer for fødselsomsorg bør også omfatte hjemmefødsler.

6.4 Omstillingsprosesser innen fødselsomsorgen

Det har de senere årene vært flere omstillingsprosesser knyttet til fødetilbudet i distriktene. Fødeavdelingene i Lofoten, Mosjøen, Odda, Tynset, Rjukan og Lærdal er omgjort til fødestuer. Fødeavdelingene i Lofoten, Tynset og Rjukan ble omgjort før Stortingets behandling av akuttmeldingen, mens avdelingene i Odda, Lærdal og Mosjøen ble omgjort etter 2001. Fødestua «Lykkeliten» på Rjukan ble nedlagt i 2008 etter vedtak i styret i sykehuset Blefjell HF.

Erfaringer fra omstillinger fra små fødeavdelinger til fødestuer er blandede. På flere steder har slike omstillinger blitt møtt med sterk motstand fra lokale fagfolk, lokalpolitikere og lokalbefolkning. Der omstillingene har vært godt forankret blant ansatte og i lokalbefolkningen, har erfaringene vært gode, som i Tynset og i Odda. Tynset fødestue har god oppslutning og stabile fødselstall. Tynset kommune kjøper svanger-

skapsomsorg av fødestua, og det er også barseltilbud og beredskap for følgetjeneste. Andre steder, som i Lærdal og i Mosjøen, har omstillingsprosessene fått mye negativ oppmerksomhet, og fødetallene på fødestuene har vært synkende etter at omstilling har blitt gjennomført. Noen av fødestuene i distriktene har svært lave fødselstall, og kostnadene ved å opprettholde tilbudet blir dermed store sett i forhold til faktisk fødselstall.

I den offentlige debatt omkring enkelte av omstillingsprosessene fra fødeavdeling til fødestue har det fra brukerhold vært uttrykt bekymring for at omgjøring til fødestue innebærer mindre grad av medisinsk beredskap og snevrere tilbud av metoder for smertelindring. Lokalbefolkningen har vært opptatt av om omstillingen vil kunne true lokalsykehusets fremtid.

Erfaringene med disse omstillingene har vist at det er viktig med gode lokale prosesser og lokal forankring. Rapporten *Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede* gir anbefalinger om hvordan omstillingsprosesser bør gjennomføres. Regionale helseforetak ble i oppdragsdokumentet for 2008 bedt om å ivareta gode og bredt inkluderende lokale prosesser ved utviklings- og omstillingsprosesser.

6.5 Rekruttering av fagpersonell

6.5.1 Gynekologer

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 (legefordeling) kan Helse- og omsorgsdepartementet årlig fastsette antall nye legestillinger til spesialisthelsetjenesten, eventuelt fordelt på de ulike spesialitetene. Innenfor denne rammen har regionale helseforetak ansvar for å bidra til at det dannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene, og til god lokal, regional og nasjonal fordeling.

En undersøkelse fra Norsk gynekologisk forening våren 2008 tyder på at det vil bli et underskudd på spesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp fram mot 2015-2020. Dette skyldes lav utdanningskapasitet, høy avgang av leger som når pensjonsalder, og at yngre sykehusleger ikke er villige til vaktbelastninger og lange arbeidsuker.

Mange avdelinger er avhengige av vikarer, dette gjelder både store og små avdelinger. Andelen leger med utenlandsk statsborgerskap er også relativt høy. Dette gjelder også en del andre legespesialiteter.

Det er vanskelig å rekruttere gynekologer til små avdelinger, noe som delvis henger sammen

med få utdanningsstillinger ved disse avdelingene. Arbeidssituasjonen på små avdelinger med hyppige vakter og lite pasientvolum gjør også rekrutteringssituasjonen krevende.

Som en del av den regionale planen for fødetilbud (se punkt 6.7.2) skal regionale helseforetak utarbeide en flerårig plan for rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for gynekologer. Her kan erfaringene f. eks. fra utdanningsprosjektet for barne- og ungdomspsykiatere i flere regionale helseforetak gi verdifull informasjon. Det bør legges vekt på å utdanne et tilstrekkelig antall gynekologer med breddekompetanse for å kunne tjenestegjøre på mindre avdelinger.

Gynekologi er en spesialitet med forholdsvis mange privatpraktiserende spesialister som har driftsavtaler med regionale helseforetak. Fra 1998 har det ikke vært noen økning av antall hjemler i privat praksis.

Det er et mål at spesialister med driftsavtale med regionale helseforetak (avtalespesialister) skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret. Dette innebærer at antall avtalespesialister må sees i forhold til antall sykehusbaserte spesialister slik at «sørge for» ansvaret ivaretas på best mulig måte. Bl.a. på dette grunnlag varslet Helse- og omsorgsdepartementet i Nasjonal Helseplan (2007-2010) at departementet vil sette i gang et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene og for å videreføre ordningen med privatpraktiserende avtalespesialister og for å få en bedre integrering av avtalespesialistene i de regionale helseforetaks «sørge for» – ansvar.

6.5.2 Jordmødre

Som omtalt i kapittel 2 er det i 2020 en forventet økning i antall fødte på i overkant av 8000 barn i forhold til 2008. Legger en dekningsgraden av jordmødre for 2007 til grunn, innebærer dette i følge Helsedirektoratet at det er behov for 336 flere jordmødre til å utføre 269 nye årsverk. Beregningen legger dagens ansvar og organisering til grunn. Det gis tilbud om jordmorutdanning ved 5 studiesteder (Akershus, Vestfold, Bergen, Trondheim og Tromsø). Det fremgår av SSBs utdanningsstatistikk at det i de siste 10 årene er tatt opp 100 – 160 studenter årlig.

Ifølge Helsedirektoratet er det grunn til å vurdere en mindre økning av dagens studiekapasitet for å opprettholde dagens dekningsgrad og forventet økning i antall nyfødte.

Tilgangen på jordmødre på kort sikt synes å være tilfredsstillende, men det er en utfordring å

hindre avgang fra jordmoryrket. En krevende arbeidssituasjon på sykehus med stor vaktbelastning og høy andel deltidsstillinger både på sykehus og i kommunene bidrar til at avgangen fra jordmoryrket er relativt høy.

Rammeplanen for jordmorutdanning gir undervisning i hele forløpet, dvs. svangerskap, fødsel og barsel.

Det gis tilbud til jordmødre om videreutdanning i ultralyddiagnostikk ved Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim. Undervisningen foregår ved Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs Hospital i Trondheim. Helse Midt-Norge RHF er i oppdragsdokumentet for 2009 bedt om å styrke utdanningen av jordmødre i ultralydundersøkelse av gravide.

6.5.3 Barnepleiere

Utdanning av barnepleiere ble faset ut som egen utdanning i videregående opplæring for mer enn 10 år siden og er etter hvert også i praksis utfaset som yrkeskode. Det har blitt gitt videreutdanningstilbud i barnepleie for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Slike videreutdanninger kom inn under ny Lov om fagskoleutdanning fra 2003.

Det finnes i dag bare registrert ett fagskoletilbud innenfor barsel og barnepleie. Østfold Fagskole tilbyr 30 plasser, utdanning på deltid over 2 år. Videreutdanningen i barsel- og barnepleie omfatter svangerskapets begynnelse, fødsel og barseltid, det nyfødte barnet og barnesykepleie. Praksisarbeid foregår ved føde/barselavdelinger, nyfødt-, intensiv- og barneavdelinger.

I den grad yrkesbetegnelsen barnepleier fortsatt nyttes, er det på fødeavdelinger i spesialisthelsetjenesten for hjelpepleiere med videreutdanning. Antall sysselsatte og årsverk for hjelpepleiere i spesialisthelsetjenesten har gått betydelig ned de siste årene. De siste 3 årene er antall årsverk redusert med 10 prosent og er nå ca. 7500 årsverk. Barnepleiere er mye i kontakt med mor og barn etter fødselen, blant annet i forbindelse med ammeveiledning. Barnepleiere har en viktig funksjon i samspill med leger og jordmødre, og det må legges til rette for god arbeidsfordeling og rolleavklaring.

Den nye 4-årige utdanningen til helsefagarbeider erstatter tidligere utdanning til hjelpepleier og omsorgsarbeider som er under utfasing. Det nåværende antall elever under utdanning til helsefagarbeider er ikke tilstrekkelig til å kompensere for den aldersrelaterte avgang hos hjelpepleiere.

Dette vil kunne ha betydning for tilgangen på fagarbeidere med kompetanse innen barsel- og barnepleie.

6.6 Vurdering av fødetilbud i en sammenhengende tjeneste

Endringer i kommunikasjoner og bosettingsmønstre, faglig utvikling og rekrutteringssituasjonen for gynekologer tilsier at det er behov for å vurdere framtidig struktur i fødselsomsorgen.

Synkende fødselstall har ført til bekymring og uro rundt fødetilbudet i distriktene. Små fødeavdelinger har slitt med trusler om nedlegging og/eller omstilling, rekruttering av gynekologer er vanskelig, vikarstafetter har gitt utfordringer med hensyn til kvalitet, og fødselstallet i distriktene er synkende. Det kan ha vært fare for at små fødeavdelinger har unnlatt å viderehenvise gravide med risikosvangerskap for å opprettholde fødselstallet. Geografiske og kommunikasjonsmessige forhold gjør det enkelte steder utfordrende å tenke seg å sentralisere fødselsomsorgen ytterligere.

Striden om nedleggelse av fødeinstitusjoner er som beskrevet under punkt 6.1, knyttet til vedtaket i Stortinget i 2001. Tallgrensene medfører at det f. eks. i Helse Nord RHF bare er en kvinneklinikk, en fødeavdeling og to fødestuer som tilfredsstiller dette kravet.

Etter regjeringens syn er det behov for å tilrettelegge for et trygt fødetilbud av høy faglig kvalitet.

6.7 Sommer- og feriestengning av fødeinstitusjoner

Det er et mål å sikre drift av fødeinstitusjoner hele året slik at gravide og fødende sikres tilbud av god kvalitet. Departementet har i oppdragsdokumentene til regionale helseforetak for 2009 påpekt at sommer- og feriestengninger av fødeinstitusjoner ikke skal skje pga økonomiske årsaker alene. Dersom det ikke lar seg gjøre å avvikle lovpålagt ferie forsvarlig, kan det stenges, men stengningsperioden skal gjøres kortest mulig, og det skal iverksettes nødvendige tiltak for å sikre forsvarlighet i samarbeid med kommunen. Gravide som berøres av sommer- og feriestengninger skal informeres om stengningen i god tid og om hvor fødselen skal finne sted.

6.7.1 Vurdering

Forslagene i meldingen om at regionale helseforetak får ansvar for følgetjeneste for gravide til fødested og lokale samarbeidsavtaler om jordmorberedskap vil bidra til å opprettholde trygghet for fødende også ved eventuelle sommer- og feriestengninger.

6.8 Plan for fødetilbudet i regionen – vurdering og konklusjon

Regionale helseforetak har et sørge-for ansvar for et trygt og sammenhengende fødetilbud til kvinner i regionen. Regjeringen foreslår derfor at regionale helseforetak pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen sammen med berørte kommuner. Planen skal også omfatte svangerskaps-, og barselomsorg, Den skal sikre kapasitet i forhold til fødselstall og være i samsvar med utvikling av akuttilbud ved lokalsykehus. Planen skal sikre de fødende i regionen et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Den skal omfatte planer for rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for gynekologer. Hensynet til antall fødende i opptaksområdet, til geografi, kommunikasjonsmuligheter, struktur for lokale jordmortjenester og følgetjeneste skal vektlegges. Kultur- og språkforskjeller i regionen skal ivaretas.

Brukere med relevant kompetanse skal trekkes inn ved utarbeidelse av planen. Dette kan kreve særskilte tiltak fordi brukerorganisasjoner som representerer gravide/fødende vanligvis ikke er representert i brukerutvalgene i regionale helseforetak. Helsedirektoratet og Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal ha anledning til å uttale seg om utkastet.

6.9 Nivåinndeling av fødeinstitusjoner

Nasjonalt råd for fødselsomsorg peker på at inndelingen i tre nivåer i seg selv ikke sikrer kvalitet og sikkerhet i fødselsomsorgen. Ifølge rådet går det et grunnleggende skille mellom fødestuer (dvs. uten keisersnittberedskap) og fødeinstitusjoner med elektroniske og biokjemiske overvåknings-systemer, operativ forløsningsberedskap og full nyfødttmedisinsk (pediatrisk) service (kvinneklinikker, gjeldende definisjon).

Nasjonalt råd for fødselsomsorg mener at mindre fødeavdelinger uten full kvinneklinikkbered-

skap må eksistere i områder av landet av geografiske hensyn. Tre nivåer av fødeinstitusjoner bør derfor opprettholdes. Et grunnleggende krav er at fødeinstitusjonene drives forsvarlig og i samsvar med nærmere definerte krav til kvalitet, og at det finnes systemer for å tilse at driften er i samsvar med dette.

Det har vært veldig stort fokus på fødselstallene alene, og rådet mener at andre kvalitetskrav må vektlegges mer enn rene volumtall. Rådet kjenner ikke til at det er noe forskningsmessig grunnlag for de volumkrav som er lagt til grunn for nivåinndelingen av fødeinstitusjoner i Norge. Det betyr ikke at volum (antall fødsler) ikke har betydning for kvalitet. I tråd med «sørge for ansvaret» er det opp til det enkelte RHF å vurdere behovet for slike mindre fødeavdelinger, beredskapsnivå og størrelse.

6.9.1 Vurdering og konklusjon

Departementet deler vurderingen fra *Nasjonalt råd for fødselsomsorg*. Utredningen fra daværende Statens helsetilsyn *Faglige krav til fødeinstitusjoner* (1997), er ikke i tråd med dagens krav til faglige retningslinjer fra helsemyndighetene.

Det foreslås at inndelingen i tre nivåer av fødeinstitusjoner (kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue) opprettholdes. De nåværende tallgrensene oppheves og erstattes av nasjonale kvalitetskrav til fødeinstitusjoner. Slike kvalitetskrav kan bl.a. være kompetansekrav til ansatte, rotasjons- og hospiteringsordninger, kurs og trening på akutte situasjoner samt retningslinjer for hvilke gravide som bør føde ved de enkelte fødeenhetene. Kvalitetskravene utarbeides av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene. *Nasjonalt råd for fødselsomsorg* trekkes inn i arbeidet. Regionale helseforetak pålegges å etablere et system som sikrer at kvalitetskravene følges opp.

Det foreslås videre at jordmorstyrte fødestuer kan opprettes utenfor sykehus eller i sykehus uten fødeavdeling for å gi et desentralisert fødetilbud. Erfaring fra tidligere omstillingsprosesser tilsier at opprettelsen bør være forankret i lokalbefolkningen. Jordmorstyrte fødestuer kan også opprettes i sykehus i tilslutning til større fødeavdelinger for å gi et differensiert tilbud. Fødestuer skal ta i mot kvinner med forventet normal fødsel av friskt barn.

I områder der det er spesielt lang reisevei bør det legges til rette for at jordmor kan forløse barn lokalt i de tilfeller der transportfødsel ikke kan unngås, etter modell av for eksempel Hallingdal Sjukestugu.

Fødetilbud for risikofødsler legges til kvinneklinikker. Disse skal ha tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte. Fødetilbud til kvinner med særlig behov for oppfølging, f. eks pga av egen alvorlig sykdom eller risiko for ekstremt for tidlig fødsel sentraliseres. Regionale helseforetak bør vurdere behovet for flerregionale funksjoner og/eller landsfunksjoner.

6.10 Faglige nettverk mellom fødeinstitusjoner

Opprettholdelse av et godt tjenestetilbud i et land med spredt bosetning og lange avstander stiller særskilte krav til organisering og samhandling mellom institusjoner. Faglige nettverk mellom aktører og nivåer kan være et godt virkemiddel for å gjøre små fødeenheter mer robuste og styrke kvalitet og sikkerhet. De enkelte avdelinger i nettverket kan samarbeide f. eks om spesialistutdanning.

Etter departementets syn bør regionale helseforetak legge til rette for at det dannes faglige nettverk innen HF og mellom HF, gjerne med utgangspunkt i større avdelinger, for tilrettelegging av hospiterings/rotasjonsordninger og felles arenaer for drøfting av faglige spørsmål.

6.11 Nasjonale retningslinjer for fødselsomsorgen

I Storbritannia har NICE (National Institute of Clinical Excellence) i 2007 publisert nasjonale retningslinjer for fødselsomsorgen for friske kvinner og deres barn. Retningslinjene bygger på systematiske kunnskapsoppsummeringer og omfatter valg av fødested, seleksjonskriterier, krav til kvalitetssystem, kommunikasjon med den fødende, smertelindring og observasjon og behandling av den fødende og det nyfødte barnet. Sundhedsstyrelsen i Danmark har tilsvarende retningslinjer under utarbeidelse. De er omtalt i vedlegg 3.

Som omtalt i kapittel 4 foreslår departementet at Helsedirektoratet skal utarbeide nasjonale retningslinjer for svangerskaps-, fødsels- og barse-lomsorg. Retningslinjene bør bl.a. omtale håndtering av overtidige svangerskap.

Regjeringen foreslår

- Regionale helseforetak pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen sammen med berørte kommuner. Planen skal også omfatte svangerskaps-, og barselomsorg. Den skal sikre kapasitet i forhold til fødselstall og være i samsvar med utvikling av akutttilbud ved lokalsykehus. Planen skal sikre de fødende i regionen et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Den skal omfatte planer for rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for gynekologer. Hensynet til antall fødende i opptaksområdet, til geografi, kommunikasjonsmuligheter, struktur for lokale jordmortjenester og følgetjeneste skal vektlegges. Kultur- og språkforskjeller i regionen skal ivaretas.
- Brukere med relevant kompetanse skal trekkes inn ved utarbeidelse av planen. Helsedirektoratet/Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal ha anledning til å uttale seg om utkastet.
- Inndelingen i tre nivåer av fødeinstitusjoner (kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue) opprettholdes. Nåværende tallgrenser oppheves og erstattes av kvalitetskrav til fødeinstitusjoner.
- Fødestuer skal ta i mot kvinner med forventet normal fødsel av friskt barn. Jordmorstyrte fødestuer kan opprettes utenfor sykehus eller i sykehus uten fødeavdeling for å gi et desentralisert fødetilbud. Jordmorstyrte fødestuer kan også opprettes i sykehus i tilslutning til større fødeavdelinger for å gi et differensiert tilbud.
- På steder med lang reisevei bør det legges til rette for at jordmødre kan forløse lokalt når transportfødsler ikke kan unngås.
- Fødetilbud for risikofødsler (for eksempel komplikasjoner/sykdom hos mor eller barn) legges til kvinneklinikker med nødvendig tverrfaglig kompetanse. Disse skal ha tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte.
- Fødetilbud til kvinner med særlig behov for oppfølging, f. eks. pga egen alvorlig sykdom eller risiko for ekstremt for tidlig fødsel sentraliseres. Regionale helseforetak vurderer behovet for flerregionale funksjoner og/eller landsfunksjoner.
- Hjemmefødsler inkluderes i faglige retningslinjer for en samlet svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.
- Regionale helseforetak bør legge til rette for at det dannes faglige nettverk innen HF og mellom HF, gjerne med utgangspunkt i større avdelinger, for tilrettelegging av hospiterings/rotasjonsordninger og felles arenaer for drøfting av faglige spørsmål.



Figur 6.3

Foto Signe Dons

7 En familievennlig barselomsorg

7.1 Innledning

I Norge er det, som i andre land, vanlig å definere barseltiden som de første seks til åtte uker etter fødsel. Her i landet har det vært vanlig at mor og barn tilbringer de første dagene av barselperioden i sykehus, selv etter normale fødsler. Denne praksis har delvis vært begrunnet medisinsk, ved behovet for å observere mor og barn etter fødselen med tanke på komplikasjoner. Praksis har også vært begrunnet ut fra et forebyggende og sosialt perspektiv om at mor trenger å hvile ut og komme i gang med amming. Hensikten med organiseringen av barselperioden er å ivareta både mors og barns helse og å støtte den nye familien.

7.2 Utviklingstrekk i barselomsorgen

De siste tiårene har man sett reduksjon av varigheten av barseltiden i sykehus mot 2-3 dager for kvinner som har født ukomplisert. Dette henger først og fremst sammen med at synet på normal fødsel som en naturlig prosess er blitt mer fremtredende. Medisinsk kunnskap og erfaring tilsier at det ikke er nødvendig med et langt sykeleie etter en normal fødsel. Reduksjonen i liggetid har imidlertid også sammenheng med helsetjenestens prioriteringer, der sengekapasitet og ressurser styres mot pasienter med mer alvorlige lidelser. Liggetid på 2-3 dager innebærer at kvinner i en del tilfeller reiser hjem før ammingen er kommet godt i gang, og det vil fortsatt være behov for oppfølging av mor og barn etter utskrivelse fra sykehus. Sykehusene har iverksatt tiltak for å møte dette behovet f. eks ved å opprette ammepoliklinikker. Andre tiltak er tilbud om poliklinisk kontakt for blodprøve til nyfødtscreening og eventuell kontroll av gulsott hos barnet, telefon- eller SMS tjeneste fra fødeavdeling for å gi råd til den nybakte familien osv. Enkelte fødeavdelinger har etablert et tilbud om tidlig hjemreise, dvs. at kvinnen reiser hjem innen 24 timer etter fødsel og får ambulans oppfølging fra jordmor eller barnepleier hjemme.

Flere store fødeavdelinger har tilbud om pasienthotell, hvor også fedre er velkommen. I snitt er oppholdet på norske fødeavdelinger vel tre døgn (i 2008) med en variasjon fra ett til seks/sju døgn. Det er stor variasjon i lokale tilbud når det gjelder barselopphold.

Fødestuer i distriktene tilbyr som regel kvinner i opptaksområdet, som ikke kan eller ønsker å føde ved fødestua, å ha sitt barselopphold der. Fødestuene synes generelt å ha en praksis som innebærer at kvinnene ligger så lenge de ønsker, noe som innebærer at liggetiden i gjennomsnitt er om lag fire døgn med store variasjoner fra kvinne til kvinne.

Den lønnede foreldrepermisjonen har i løpet av 80-tallet og tidlig 90-tall utviklet seg fra å være en ordning for mødre i forbindelse med fødsel til å være en lang stønadsperiode til begge foreldre. Stønadsperioden er i dag 54/44 (med hhv 80 prosent og 100 prosent lønnsdekning) uker, og vil bli forlenget til 56/46 uker for barn født fra og med 1. juli 2009. Fra samme dato blir fedrekvoten, som i dag utgjør 6 uker, forlenget til 10 uker. Far kan som hovedregel ikke ta ut fedrekvoten i de første seks ukene etter fødselen. I denne perioden er stønadsperioden forbeholdt mor. Far eller annen omsorgsperson har imidlertid rett til fri fra arbeid

Boks 7.1 Forsøk med tidlig hjemreise

Enkelte fødeavdelinger har etablert et tilbud om tidlig hjemreise, med ambulans oppfølging fra jordmor eller barnepleier hjemme. Blant prosjekter som fikk øremerkede midler fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 til utvikling av lokalsykehusene, er utvikling av et helhetlig tilbud til gravide og fødende i samarbeid mellom bydel Sagene og Ullevål universitetssykehus. Prosjektet ble gjennomført i 2008. Gravide får tilbud om å reise hjem fra sykehuset mellom seks og 36 timer etter fødsel og heller få hjemmebesøk av jordmor i barseltiden. Kvinnenes behov for oppfølging bestemmer hvor mange besøk de får.

det (omsorgspermisjon) i 2 uker i forbindelse med fødsel. Denne permisjonen er ikke med lønn med mindre arbeidsgiver dekker denne. Rett til lønn er fremforhandlet i offentlig sektor og er også utbredt i deler av privat sektor. En gruppe fedre står imidlertid uten rett til lønn i disse to ukene.

Noen få fødeavdelinger tilbyr hjemmebesøk fra jordmor. Tilbud om oppfølging av jordmor etter hjemreise varierer etter bosted, men de aller fleste kvinner vil ikke få jordmoroppfølging etter hjemreise.

Helsesøster på helsestasjonen tar gjerne over oppfølgingen av kvinnene og det nyfødte barnet i løpet av de første ukene etter fødsel. Helsestasjonsprogrammet for barn 0 – 5 år anbefaler hjemmebesøk i løpet av de første 2 uker etter fødselen og etablering av barsel-/nettverksgruppe innen 4 uker. Oppfølgingen skjer vesentlig ved helsesøster. Jordmor har tradisjonelt ikke spilt en stor rolle i helsestasjonens oppfølging i barseltiden.

7.3 Ansvar for barselomsorgen

Nasjonalt råd for fødselsomsorg har pekt på behovet for en avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for oppfølging i barseltiden. Dette gjelder både tidsrom og innhold i tjenesten.

Rådet har videre pekt på at kommunen i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har ansvar for å gi tilbud til gravide og til barn og ungdom fra 0 – 20 år. I forskrift og veileder omtales tema for oppfølging i barseltiden, men det er ikke definert ansvar for oppfølging av familien i barseltiden. Slikt ansvar er heller ikke tydelig definert i annet regelverk.

Ifølge *Nasjonalt råd for fødselsomsorg* er barselomsorgen det området av den samlede svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen som mange brukere uttrykker misnøye med. Det er derfor behov for systematisk innhenting av brukererfaringer og informasjon fra fagpersonell for å få kunnskap om hvilke områder av barselomsorgen som bør forbedres og hvordan.

7.4 Et familievennlig barseltilbud i en sammenhengende modell

Etter regjeringens syn må barseltiden organiseres på en måte som gjør at kvinner med helseproble-

mer etter fødsel fanges opp og tilbys individuell oppfølging. Også en betydelig andel barn trenger spesiell oppfølging i nyfødtp perioden.

Spesialisthelsetjenesten har til nå hatt hovedansvaret og derfor mest kompetanse i å vurdere og behandle problemer som kan oppstå de første dagene etter fødselen hos mor og barn. Ved tidlig hjemreise må det bygges opp kompetanse ved helsestasjonene for å utføre nødvendige medisinske undersøkelser av nyfødte som hørselsscreening og nyfødtscreening i form av blodprøve fra alle nyfødte for å oppdage sjeldne, men alvorlige medfødte sykdommer. Det må sikres nødvendig kompetanse og kapasitet for å følge utvikling av gulsott hos nyfødte, samt at ammingen kommer i gang og at vektøkningen har startet.

Som det framgår av kapittel 6 pålegges regionale helseforetak å utarbeide en flerårig og lokalt tilpasset plan for svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet i regionen sammen med berørte kommuner. Det legges til rette for at lokal jordmortjeneste kan ha en sentral rolle i oppfølging av mor og barn hjemme de første dager etter fødselen i samarbeid med helsestasjon og fastlege. Dersom lokal jordmortjeneste fortsatt skal være et kommunalt ansvar, bør helseforetak og kommuner inngå avtaler som sikrer felles utnyttelse. Nødvendig oppfølging av mor og barn de første dagene må skje i samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Ved en modell hvor den lokale jordmortjenesten forankres i helseforetakene, vil det være naturlig at de regionale helseforetak får hovedansvar for nødvendig oppfølging av mor og barn de første dager etter fødselen uansett om mor og barn oppholder seg på sykehus eller ikke. Ansvar for konsekvenser av omstillinger ved fødeinstitusjonene (reduert liggetid på barselavdeling) vil med dette tilfalle spesialisthelsetjenesten. Ved tidlig hjemreise bør det tilbys kontroll av mor og barn på sykehuset eller lokalt, knyttet til helsestasjonen eller ved hjemmebesøk. Det er naturlig å foreslå fem dager som veiledende grense for spesialisthelsetjenestens ansvar, men tilbudet bør individualiseres ut fra familienes behov.

Ved helseproblemer som ikke er direkte knyttet til fødsel og barselid, vil fastlegen følge opp på vanlig måte. Helsestasjon og familiesentre, eventuelt i samarbeid med kvinnens fastlege dersom helsestasjonen ikke har lege, skal ha ansvar for oppfølging av barnet og mors/familiens helse og trivsel resten av barseltiden. Familiens hus/familiesentre er en lokalt forankret, samordnet og samlokalisert virksomhet for barn, unge og forel-

dre/foresatte. Kommunale tjenester som inngår i et familiesenter er åpen barnehage, helsestasjons-tjenesten inklusiv svangerskapsomsorgen, i tillegg er ofte pedagogisk-psykologisk tjeneste og barnevernet representert. Modellen er evaluert og anbefalt som en organisasjonsform for landets kommuner. Det finnes ca. 60 familiens hus/familiesentre i Norge.

Far – eller annen nær omsorgsperson – har rett til to ukers omsorgspermisjon i forbindelse med fødselen for å ta seg av omsorgsbehov i familien. At far har fri fra arbeidet i ukene rundt fødselen, er sentralt for å etablere rollen som omsorgsperson og for å gi trygghet til mor i denne fasen. Ikke minst er dette viktig når mor og barn kommer tilbake fra sykehuset etter fødselen.

I St. meld. nr. 8 (2008-2009) *Om menn, mannsroller og likestilling* uttales at det er viktig å vurdere tiltak for å sikre fedre rett til lønn under permisjonen, og at regjeringen derfor vil utrede hvordan ordningen med omsorgspermisjon kan forbedres.

Utvidet rett til omsorgspermisjon for far vil kunne påvirke behovet for offentlige tjenester.

7.5 Melding om fødsel til kommunehelsetjenesten

De fleste fastleger er oppkoblet til Norsk Helsenett og kan motta elektronisk melding om fødsel kort tid etter at barnet er født. Det er behov for å utvikle løsninger som sikrer tilsvarende raske meldinger om fødsel til helsestasjonene/jordmødre. Disse er i dag ikke tilknyttet helsenettet. Sene meldinger fra fødeinstitusjonen til kommunen kan forsinke oppfølgingen av familien i barsel-

tiden. Det bør være et mål at helsestasjonene skal kunne motta elektronisk melding om fødsel raskt etter at barnet er født.

Regjeringen foreslår

- Det bør legges til rette for at lokal jordmortjeneste kan ha en sentral rolle i oppfølging av mor og barn hjemme de første dager etter fødselen i samarbeid med helsestasjon og fastlege. Dersom lokal jordmortjeneste fortsatt skal være et kommunalt ansvar, bør helseforetak og kommuner inngå avtaler som sikrer felles utnyttelse i barselomsorgen. Nødvendig oppfølging av mor og barn de første dagene må skje i samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.
- Ved en modell hvor den lokale jordmortjenesten forankres i helseforetakene, vil det være naturlig at de regionale helseforetak får hovedansvar for nødvendig oppfølging av mor og barn de første dager etter fødselen i samarbeid med helsestasjon og fastlege uansett om mor og barn oppholder seg på sykehus eller ikke.
- Ved tidlig hjemreise må det bygges opp kompetanse ved helsestasjonene for å utføre nødvendige medisinske undersøkelser av nyfødte som hørselsscreening og nyfødtscreening i form av blodprøve fra alle nyfødte for å oppdage sjeldne, men alvorlige medfødte sykdommer. Det må sikres nødvendig kompetanse og kapasitet for å følge utvikling av gulsott hos nyfødte, samt at ammingen kommer i gang og at vektøkningen har startet.
- Helsestasjonene skal kunne motta elektronisk melding om fødsel raskt etter at barnet er født.



Figur 8.1

Foto Glenn Karlsrud

8 Kvalitet i alle ledd

8.1 Innledning

Norsk helsetjeneste holder høy kvalitet i et internasjonalt perspektiv. Dette gjelder også svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Likevel må tjenestene kontinuerlig utvikles og forbedres. Innholdet i begrepet «kvalitet» er ikke statisk verken for dem som yter tjenesten eller for brukerne. Innholdet vil endre seg over tid.

Kvalitetsmessige utfordringer må sees i sammenheng med at svangerskap og fødsel er en normal livshendelse og ikke en sykdom. Samtidig er det en svært sentral livshendelse hvor det i enkelte situasjoner kan stå om liv og død, både for mor og barn. Det er nødvendig å forene ulike perspektiver, verdier og mål innenfor en *sammenhengende* tjeneste for å oppnå kvalitet. For brukernes trygghet er det viktig at feil og uheldige hendelser minimaliseres. Trygghet er også forbundet med forutsigbarhet, tilhørighet og kontinuitet i tjenestene. Utfordringer knyttet til å skape trygghet øker når det skjer omstillinger i helsetjenesten, for eksempel i lokale fødetilbud.

Kontinuerlig kvalitetsforbedrende arbeid er nødvendig både for å opprettholde og høyne kvaliteten og som følge av endringer i fagene, i helsetjenesten og i brukernes ønsker. Kvalitetsarbeid er lovpålagt gjennom forskrift om internkontroll. Innenfor fødselsomsorgen kan de største statistiske gevinster innkasseres ved målrettet satsning på kvalitetsheving ved de store fødeavdelingene, der de fleste fødsler skjer. Samtidig har de små fødeavdelingene særskilte kvalitetsutfordringer knyttet til rekruttering av fagpersonell, vikarbruk og lavt pasientvolum.

De senere årene har etablering av nasjonale kvalitetsindikatorer, utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer og etablering av nasjonale medisinske kvalitetsregistre stått sentralt i det nasjonale kvalitetsarbeidet. I dette kapittel drøftes nasjonalt kvalitetsarbeid som har særlig betydning for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

8.1.1 Kvalitetsindikatorer

Hyppighet av keisersnitt er en nasjonal kvalitetsindikator. Flere undersøkelser har vist betydelig variasjoner i hyppighet av keisersnitt ved ellers sammenlignbare fødeavdelinger i Norge. Variasjonene kan ikke bare forklares ut fra forhold hos de fødende og andelen kvinner som selv velger forløsning ved keisersnitt. Andelen har økt de senere årene. Operativ forløsning med keisersnitt innebærer risiko for komplikasjoner for moren, samt en økt sannsynlighet for forløsning ved keisersnitt ved senere fødsler. Variasjon i hyppighet av keisersnitt behøver ikke være uttrykk for variasjoner i kvalitet i seg selv. I tillegg til ulik pasientsammensetning og ulik andel kvinner som ønsker keisersnitt, kan forskjellig medisinsk praksis være faglig riktig som følge av blant annet ulik kompetanse lokalt og avstand til mer spesialisert sykehus. Store variasjoner kan imidlertid indikere kvalitetsforskjeller.

Kvinnens adgang til å be om planlagt keisersnitt, og rettslige konsekvenser av keisersnitt hvor kvinnen motsetter seg det, er omtalt i kapittel 3.

Helsedirektoratet har en sentral rolle i utviklingen av flere nasjonale indikatorer. I tillegg er det et mål at tjenesten selv skal utvikle indikatorer som ledd i kvalitetsforbedringsarbeidet. Innenfor svangerskaps- og fødselsomsorgen er det særlig lagt til rette for å utvikle kvalitetsindikatorer, både nasjonale kvalitetsindikatorer og indikatorer på virksomhetsnivå.

8.1.2 Nasjonale faglige retningslinjer

Nasjonal helseplan tillegger Helsedirektoratet en sentral rolle for utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer. Som omtalt under punkt 4.10.2, foreslår departementet at Helsedirektoratet får i oppdrag å utarbeide nasjonale retningslinjer for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels og barselomsorg. I punkt 6.7.2 foreslår departementet at Helsedirektoratet får i oppdrag å utarbeide nasjonale kvalitetskrav til fødeinstitusjoner i samarbeid med regionale helseforetak.

8.1.3 Medisinsk fødselsregister

Medisinsk fødselsregister (MFR) er et landsomfattende helseregister over alle fødsler i Norge. Nasjonalt folkehelseinstitutt er databehandlingsansvarlig for Medisinsk fødselsregister.

Medisinsk fødselsregister er etablert i henhold til helseregisterloven og forskrift om medisinsk fødselsregister. Registeret er personidentifiserbart og registrerer data fra alle fødsler og spontanaborter etter 12. svangerskapsuke i Norge.

Formålet er å overvåke hyppighet av, og studere årsaksforhold ved sykdom og dødsfall blant kvinner i forbindelse med svangerskap, fødsel og i barselperioden. I tillegg er formålet å drive, fremme og gi grunnlag for forskning med sikte på å bedre kvaliteten innen svangerskapsomsorg, fødselshjelp og nyfødtsomsorg ved identifisering og overvåking av kvalitetsindikatorer. Opplysninger i MFR brukes til styring, planlegging og kvalitets sikring av tjenesten, utarbeiding av statistikk og til forskning.

Helsetilsynet påpeker i rapporten fra det landsomfattende tilsynet med fødeinstitusjoner i 2004 at det bør utarbeides et sett data som skal registreres ved alle fødeinstitusjoner og benyttes til kvalitetsarbeid og virksomhetsstyring.

Medisinsk fødselsregister har allerede en rekke behandlingsdata, men det er behov for at registret utvikles med hensyn til datasett, tilgjengelighet av oppdaterte resultater og forankring i kliniske miljøer hvis registret skal kunne utnytte sitt potensial som redskap for kvalitetsforbedring. MFR kan i dag benyttes til kvalitetsforbedring, men departementet ønsker å tydeliggjøre denne funksjonen i formålsbestemmelsen.

Etter departementets syn er det behov for en begrenset utvidelse av datasettet for å sikre at registret blir et godt redskap for kvalitetsforbedring. Data som i dag mangler er for eksempel opplysninger om tidligere sykdommer, data om mors helse, høyde og vekt (BMI). Dette er opplysninger som er sentrale for å vurdere fødselsutfall for mor og barn. Andre opplysninger av betydning er knyttet til rusmidler og psykisk helse. Disse opplysningene kan sammenliknes med opplysninger om røyking i dagens MFR, og ved en eventuell utvidelse av datasettet bør det vurderes om disse opplysninger sidestilles med opplysninger om røyking slik at de forutsetter samtykke fra de registrerte. En presisering av formålet og utvidelse av datasettet som omtalt her, forutsetter endringer i Medisinsk fødselsregisterforskriften.

Dagens fødselstall er et delprosjekt under *Dagens helsetall* der formålet er å fullføre innføring av elektronisk fødselsmelding og utvikle et system der sykehusene raskt kan få tilbakemeldinger på rapporterte data i form av institusjonsstatistikk. Det bør ligge godt til rette for at Medisinsk fødselsregister gjennom disse prosjektene får til rask og kvalitetssikret leveranse. Som ledd i prosjektet har Medisinsk fødselsregister utarbeidet forslag til kliniske kvalitetsindikatorer. Enkeltinstitusjoner kan gjennom prosjektet måle egne resultater opp mot de foreslåtte indikatorene og også sammenligne seg med andre institusjoner. På sikt kan det etableres kliniske kvalitetsindikatorer som det er enighet om i fagmiljøet og som kan brukes i kvalitetsforbedringsarbeidet nasjonalt.

8.1.4 Nasjonal enhet for pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet er en forutsetning for god kvalitet i tjenesten. Pasientsikkerhet innebærer at mor og barn beskyttes mot skade eller risiko for skade gjennom hele forløpet. Dette innebærer at man må sette et søkelys på pasientforløp, samhandling osv. slik at uheldige hendelser ikke forekommer. Fødeinstitusjoner har ofte tidspress. Uheldige hendelser kan få spesielt tragiske konsekvenser fordi både mor og barn kan skades. Teamarbeid, kommunikasjon og øving på akutte situasjoner er derfor svært viktig.

Det er etablert en nasjonal enhet for pasientsikkerhet (NAPS) i tilknytning til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Enheten skal bl.a. samle kunnskap og skape anvendbar læringsinformasjon til helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan gjøres for bedre pasientsikkerhet. Enheten skal også utvikle/foreslå måleindikatorer for pasientsikkerhet og analysere data i eksisterende nasjonale meldesystemer for å lære hvorfor uønskede hendelser oppstår og for å foreslå konkrete tiltak for å hindre gjentakelse av hendelser.

8.1.5 Annet kvalitetsarbeid

Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse mv

En strategiplan for kvinners helse ble presentert i St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*. Strategien bygger i hovedsak på kunnskap og tilrådinger presentert i NOU 1999:13 *Kvinnens helse i Norge*. Kvinnehelsestrategien 2003-2013 er konsentrert om to akser. Den ene er å inkludere et kjønnsperspektiv i all virksomhet hvor dette er relevant. Den andre er å fokusere spesielt på syk-

dommer som utelukkende kvinner lider av, eller sykdommer hvor kvinner er i flertall eller har spesielle vansker. Svangerskap, barselomsorg og fødsel et av temaene i strategien.

Et nasjonalt medisinsk kompetansesenter for kvinnehelse ble etablert ved Rikshospitalet i 2006. Viktige oppgaver er forskning og fagutvikling, undervisning i grunn-, videre- og etterutdanning, veiledning og rådgiving, og spredning av informasjon. Kompetansesenteret har et særskilt fokus blant annet på sykdommer som primært rammer kvinner, herunder reproduktiv helse.

Nasjonalt senter for fostermedisin

Nasjonalt senter for fostermedisin ved St. Olavs hospital har landsfunksjon i avansert invasiv fostermedisin. Senteret er nasjonalt kompetansesenter for oppgaver innen diagnostikk og behandling av foster med spesielle tilstander. Senteret driver undervisning i grunn-, videre- og etterutdanning, veiledning og informasjonsvirksomhet samt forskning. Ved senteret er det gjennomført flere doktorgradsarbeider om terminbestemmelse av fostre og ultralydsdiagnostikk. Senteret driver opplæring av leger og jordmødre i ultralydundersøkelse av gravide.

Norsk pasientskadeerstatning

Skade på barn i forbindelse med fødsler utgjør tre prosent av sakene som blir behandlet hos Norsk pasientskadeerstatning. Følgene av en fødselsskade er ofte svært alvorlig, og erstatningsutbetalingene i disse sakene blir derfor ofte høyere enn i andre saker som behandles av Norsk Pasientskadeerstatning. Utbetalinger til fødselsskade utgjør nesten 20 prosent av NPEs totale utbetalinger. Utviklingen viser at erstatningsbeløpet er blitt høyere over tid. Den høyeste erstatningssummen som hittil er utbetalt er på over 9 mill. kroner.

Handlingsplan for reduksjon av fødselsrifter

På oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet *Nasjonalt råd for fødselsomsorg* i 2005 en handlingsplan for å redusere fødselsrifter (sfinkterskader, dvs. overrivning av endetarmens lukkemuskel i forbindelse med en fødsel). Dette var en oppfølging av Helsetilsynets funn ved landsomfattende tilsyn ved 24 fødeinstitusjoner i 2004. Der fant man store forskjeller mellom fødeavdelinger og generelt for høy forekomst av skader etter fødselsrifter.

Fra 2005 har det pågått en studie ved fem større fødeavdelinger, der man har sett på effekten av en ny metode for å forebygge rifter. Det er publisert en artikkel fra studien som på den aktuelle avdelingen har vist at intervensjonen medførte en nedgang i fødselsrifter fra 4,03 prosent til 1,17 prosent. Dette er et godt eksempel på hvordan systematisk tilsyn har ført til bedre kvalitet i tjenesten.

Helse Sør-Øst RHF skal gjennom Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse ivareta et nasjonalt ansvar for å spre kompetanse om tiltak for å redusere antallet alvorlige fødselsrifter.

Perinatalkomiteer

Perinatalkomiteene ble opprettet på initiativ fra Helsedirektoratet i 1984 som ett av flere tiltak for å redusere perinatal dødelighet i Norge.

Hovedoppgavene var å foreta audit av alle perinatale dødsfall og holde fylkesvise kurs for helsepersonell. Komiteene ble tverrfaglig sammensatt med gynekolog, jordmor, allmennlege, barnelege, patolog og neonatalsykepleier. De første årene lå komiteene under fylkeslegene. Fra 1989 ble ansvaret lagt til fylkeskommunene.

Gjennom styringsdokumentene for 2003 ble regionale helseforetak anmodet om at perinatalkomiteene videreføres regionalt. Slik føringen er gitt fra nasjonale helsemyndigheter, har de enkelte regioner stor frihet i om arbeidet skal videreføres i en regional komité eller flere komiteer. Komiteene har i dag ulik forankring og organisering.

All erfaring med kvalitetsarbeid tilsier at arbeidet må ha ledelsens oppmerksomhet og støtte dersom det skal ha effekt. Helseforetakene må ha systemer og en kultur for å lære av sine feil og drive kontinuerlig forbedringsarbeid. En innvending mot perinatalkomiteenes arbeid har vært at de i varierende grad har vært ledelsesforankret, og at erfaringene og kunnskapen i komiteene i ulik grad har vært lagt til grunn for systematisk forbedringsarbeid i virksomhetene.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg mener at perinatalkomiteene bør videreutvikles som et viktig ledd i kvalitetsarbeidet innenfor de regionale helseforetakene i samhandling med primærhelsetjenesten. Målene for komiteenes arbeid bør blant annet være å bidra til felles virkelighetsforståelse og oppfatning av hva som er kvalitet på de ulike nivåer i omsorgen og blant de ulike profesjoner, gjennomgang av enkelthendelser som ledd i erfaringslæring, oppdateringsmøter for aktuelle yrkesgrupper og fellesmøter med brukerrepresentanter.

8.1.6 Vurdering

Departementet deler rådets vurdering og foreslår at perinatalkomiteenes rolle videreutvikles med vekt på systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i tjenesten. Det må sikres ledelsesforankring og samordning med virksomhetenes øvrige kvalitetsforbedringsarbeid. Perinatalkomiteene vil kunne bidra til å følge opp at fødeinstitusjonene i regionen følger opp nasjonale kvalitetskrav og nasjonale faglige retningslinjer.

Regjeringen foreslår

- Forskrift om medisinsk fødselsregister endres for å tydeliggjøre kvalitetsforbedring som formål for registeret, og datasettet utvides til å inkludere flere opplysninger om svangerskapet.
- Regionale helseforetak får i oppdrag å videreutvikle perinatalkomiteenes rolle som ledd i å styrke kvalitetsarbeidet i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Helsedirektoratet/Nasjonalt råd for fødselsomsorg trekkes inn i arbeidet.

Min dagbok



Presentasjon av føde- og barselavdelingen
OBS! Inneholder bruk av lyd



Sykehuset
Asker og Bærum

Navigation icons: a hamburger menu icon on the left and back/forward arrow icons on the right.

Figur 9.1 Brukervennlig informasjon i form av lydbok.

Foto: www.fotomarte.no

9 Et bredt brukerperspektiv

9.1 Innledning

Det finnes ingen klar definisjon av hvem som er bruker innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. I snever forstand er brukeren den gravide/fødende og hennes barn. På dette området vil imidlertid også partner, familien og befolkningen for øvrig, herunder lokalsamfunnet, ha sterke interesser. Skillet mellom bruker- og borgerbegrepet blir på mange måter utfordret da så å si hele befolkningen vil innta brukerståstedet gjennom faser i livet.

Lov om helseforetak inneholder krav om at regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter. Gjennom årlige oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet er regionale helseforetak pålagt å opprette brukerutvalg.

Regjeringen legger vekt på en sterk brukermedvirkning ved utvikling av helsetjenesten. I Nasjonal helseplan (2007-2010) ble det foreslått å legge til rette for medvirkning fra brukere og pårørende. En sterkere brukerrolle er en av de seks bærebjelker som i planperioden skal prege alle typer helsetjenester.

Helseplanen peker på at brukerne og deres pårørende er eksperter på egen situasjon i behandling og rehabilitering av den enkelte pasient, men brukerperspektivet er også nødvendig ved planlegging og utvikling av helsetjenesten.

Organisert brukermedvirkning innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg har kort tradisjon i Norge. Organisasjonen Liv Laga sprang ut fra Aksjon mot fødekaos i 2006. Innen Norske Kvinners Sanitetsforening har grupper innen Ung Sanitet særlig vært aktive i forbindelse med lokale omstillingsprosesser.

Brukerepresentanter fra Liv Laga og Norske Kvinners Sanitetsforening (Ung Sanitet) ble oppnevnt som medlemmer i Nasjonalt råd for fødselsomsorg i 2008.

I kapittel 6 er det foreslått at brukere med relevant kompetanse skal trekkes inn ved utarbeid-

se av regionale planer for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, og at Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal uttale seg om utkastet. Det er videre foreslått at brukere skal trekkes inn ved utarbeidelse av nasjonale retningslinjer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

9.2 Brukererfaringsundersøkelser

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har ansvar for å utarbeide brukererfaringsundersøkelser. Undersøkelsene gjennomføres ved spørreskjemaundersøkelser blant pasienter/brukere/klienter, foresatte/pårørende og samarbeidspartnere.

Hovedformålet med nasjonale brukererfaringsundersøkelser er å framskaffe systematisk informasjon om brukernes erfaringer med helsetjenesten, som et ledd i å overvåke og forbedre praksis. Resultatene skal kunne brukes til virksomhetsstyring, kvalitetsforbedring, og som grunnlag for fritt sykehusvalg. I tillegg skal de gi allmennheten innsyn i resultatene av ressursinnsatsen i sektoren.

Resultatene publiseres blant annet i en egen rapportserie på Kunnskapssenterets hjemmeside, og på www.frittisykehusvalg.no. Det gjennomføres både faste brukerundersøkelser og temaundersøkelser. Det er ikke gjennomført nasjonale brukerundersøkelser om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge tidligere, men det er gjennomført flere lokale undersøkelser blant annet ved St. Olavs hospital, Ullevål Universitetssykehus og Akershus Universitetssykehus. På oppdrag fra Helsedirektoratet utførte TNS Gallup i 2003 en brukerundersøkelse om svangerskapsomsorg.

Flere land, blant annet England, Skottland og Sverige, har gjennomført nasjonale spørreundersøkelser om kvinners erfaringer med fødselsrelaterte helsetjenester, hvor kvinners tilfredshet med svangerskapsomsorg, føde- og barseltilbud ble kartlagt.

Departementet vil gi Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i oppdrag å gjennomføre en nasjonal temaundersøkelse for å innhente brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Undersøkelsen skal omfatte både kvinners og partnernes erfaringer, herunder kvinner og partnere med innvandrerbakgrunn. Spørsmål om depresjon, angst og forventninger bør inkluderes.

9.3 Informasjon om graviditet, fødsels- og barselomsorg fra helsemyndighetene

Kvinnenes egen kunnskap om svangerskap og fødsel endres. Mange unge kvinner mangler elementær kunnskap om sin egen kropp og hva som skjer i forbindelse med graviditet og fødsel. Mye god erfaring fra generasjonen før overføres ikke lenger. Informasjonstilgangen i dag er enorm, blant annet via Internett, men det betyr ikke at kvinnene i dag sitter på mer korrekt og relevant kunnskap. Kvinner som har lest seg til kunnskap, kan ha lite relevant kunnskap og kan mangle praktisk kunnskap.

Det finnes i dag en rekke private norske nettsider som gir informasjon om svangerskap, fødsel og barselomsorg.

Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens legemiddelverk og NAKMI er blant offentlige instanser som har mye relevant informasjon både for gravide/fødende og for helsepersonell, men det finnes ikke noe eget nettsted med samlet informasjon. Eksempler på slik informasjon er blant annet alkohol og graviditet, kosthold

for gravide, gravide og fysisk aktivitet, bruk av legemidler under graviditet og amming, bruk av helsefarlige stoffer i f. eks. kjemikalier og kosmetikk under amming og graviditet, HIV-testing av gravide, keisersnitt, råd om amming og om nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsler.

Det er derfor behov for en lett tilgjengelig helseportal for gravide, fødende og ammende samt partnere hvor all offentlig helseinformasjon er samlet. Av mandatet til Nasjonalt råd for fødselsomsorg framgår det at rådet skal bistå i informasjonsarbeid rettet mot befolkning og fagmiljø. Sekretariatet for rådet er lagt til Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet vil få i oppdrag å samle all offentlig helseinformasjon i en nettbasert helseportal rettet mot gravide og fødende. Helseportalen skal omfatte informasjon om graviditet og fødsel i forhold til psykisk helse. Det skal legges vekt på at all informasjon er tilgjengelig for kvinner med innvandrerbakgrunn og deres partnere.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal bistå i arbeidet, og helseportalen skal inkludere informasjon om rådets virksomhet.

Regjeringen foreslår

- Brukererfaringer om svangerskaps-, og fødsels- og barselomsorgen skal innhentes gjennom en nasjonal temaundersøkelse. Undersøkelsen skal omfatte både kvinners og partnernes erfaringer, herunder kvinner og partnere med innvandrerbakgrunn.
- Helsedirektoratet skal opprette en nettbasert helseportal med offentlig informasjon rettet mot gravide, fødende og ammende.



Figur 10.1

Foto: Samfoto

10 Administrative og økonomiske konsekvenser

10.1 Administrative konsekvenser

Forankring av lokal jordmortjeneste sees i sammenheng med samhandlingsreformen. Forslaget om forankring av jordmortjenesten i regionale helseforetak vil medføre behov for lovendringer. Kommunens ansvar for jordmortjeneste som en deltjeneste i lov om helsetjenester i kommunene vil falle bort.

En eventuell videreføring av jordmortjenesten som et kommunalt ansvar, men med overføring av ansvaret for følgetjenesten til regionale helseforetak vil kunne medføre behov for å endre forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp.

10.1.1 Nasjonalt råd for fødselsomsorg

Vedtaket om å opprette Nasjonalt råd for fødselsomsorg ble gjort før helseforetaksreformen og opprettelsen av Helsedirektoratet. Det er i dag en uklar avgrensning mellom rådets mandat og etablerte ansvarsstrukturer der Helsedirektoratet har en faglig normerende rolle med ansvar for å utarbeide faglige retningslinjer og standarder, og de regionale helseforetakene har et ansvar for å tilby forsvarlige tjenester innen vedtatte økonomiske rammer.

Departementet foreslår derfor at rådet får en rådgivende funksjon overfor Helsedirektoratet når det gjelder faglige spørsmål knyttet til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Rådets medlemmer oppnevnes av Helsedirektoratet.

Rådet skal også bistå Helsedirektoratet i informasjonsarbeid rettet mot befolkningen og fagmiljøene. Rådet skal være tverrfaglig sammensatt av representanter for brukere, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Beslutninger som tas av rådet skal være offentlige med mindre annet følger av lovpålagt taushetsplikt.

10.2 Økonomiske konsekvenser

Virksomheten til Nasjonalt råd for fødselsomsorg og oppdrag til Helsedirektoratet finansieres gjennom departementets budsjetttramme.

Ved en overføring av jordmortjenesten til helseforetak vil prinsippene for fordeling av inntekter til spesialisthelsetjenesten legges til grunn også for jordmortjenesten. Dette innebærer flytting av midler fra rammetilskuddet til kommunesektoren til basisbevilgningen til regionale helseforetak. Refusjonene fra folketrygdens kap. 2755, post 72 refusjon for jordmorhjelp rettes inn mot regionale helseforetak og legges inn i ISF-ordningen.

En eventuell videreføring av jordmortjenesten som et kommunalt ansvar, men med overføring av ansvaret for følgetjenesten til regionale helseforetak medfører at takstene for dekning av jordmors deltakelse ved følgetjeneste vil bli rettet inn mot regionale helseforetak og disse takstene vil legges inn i ISF-ordningen (jf. Kap. 2755, post 72 refusjon for jordmorhjelp og forskrift om stønad til dekning av utgifter til dekning av jordmorhjelp). Beredskap for følgetjeneste må dekkes innenfor rammen til regionale helseforetak.

Ved dagens organisering av lokal jordmortjeneste er det anslått at kommunenes utgifter til beredskap for følgetjeneste er ca 3 mill kroner. I tillegg påløper kostnader over folketrygden når jordmor følger den gravide til fødested. Samlede utgifter anslås til høyst 10 mill kroner årlig.

Regjeringen foreslår

- Nasjonalt råd for fødselsomsorg omdannes til et rådgivende råd for Helsedirektoratet for faglige spørsmål knyttet til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 13. februar 2009 om *En gledelig begivenhet* blir sendt Stortinget.

Litteraturliste

Offentlige dokumenter mv

NOU 1984:17 Perinatal omsorg i Norge

St. meld. nr. 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan (i tråd med anbefalinger i NOU 1984:17 Perinatal omsorg i Norge).

St.meld. nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane («Røynslemeldinga»), jf. Innst. S. nr. 219 (1989-90) (i tråd med anbefalinger i NOU 1984:17 Perinatal omsorg i Norge).

Ot. prp. nr. 3 (1990-91) Om lov om endringer i lov 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd og i visse andre lover.

Ot. prp. nr. 60 (1993-94) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover, jf. Innst. O. nr. 65 (1993-94).

NOU 1999:13 Kvinners helse i Norge

St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap, jf. Innst. S. nr. 300 (2000-2001).

St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge.

Ot.prp. nr. 89 (2002-2003) Om lov om endringar i folketrygdlova (refusjon for svangerskapskontroll utført av jordmor i privat praksis), jf. Innst. O. nr. 3 (2003-2004).

St.prp. nr 1 (2006-2007) for Helse- og omsorgsdepartementet, Nasjonal helseplan

St. prp. nr 1 (2007-2008) for Helse- og omsorgsdepartementet

Hvor i Norge skal kvinner føde? Rapport fra Nasjonal fagkonferanse om fødselsomsorgen – Norges Forskningsråd og Statens helsetilsyn 1999

Oversikt over aktuelle rapporter, retningslinjer, veiledninger, hefter, brosjyrer mv. rettet mot fagpersoner og brukere publisert av Folkehelseinstituttet

Rapporter

Fødsler i Norge 2003/2004. Årsrapport for Medisinsk fødselsregister. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Bergen 2006. ISBN – ISSN 1504-3320. <http://www.fhi.no/dav/86597b0117.pdf>

Fødsler i Norge 2001/2002. Årsrapport for Medisinsk fødselsregister. Nasjonalt folkehelseinstitutt/Universitetet i Bergen. Bergen 2004. ISBN 82-7454-041-7. <http://www.fhi.no/dav/f1065301e2.pdf>

Zahl P-H, Rognerud M, Strand BH, Tverdal Aa. Bedre helse – større forskjeller. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2003:1. ISBN: 82-8082-027-2, ISSN: 1503-1403. <http://www.fhi.no/dav/0EB6ECF43DA24756BF986931D0AAD2C6.pdf>

Myklestad I. Forebygging av uønskede tenårings-svangerskap. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2003:2. ISSN: 1503-1403, ISBN: 82-8082-026-4.

<http://www.fhi.no/dav/DF94BF8E2FE546E4AFBD46A2519B4BD9.pdf>

Waage H, Magnus P. Undersøkelse av mulige årsaker til reduksjonsdeformiteter i Rana og Grenland. Rapport 2003:4. ISSN-trykt: 1503-1403, ISBN-trykt: 82-8082-032-9.

Dalgard OS og medarbeidere ved divisjon for psykisk helse. Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2006:2. ISSN: 1503-1403, ISBN: 82-8082-158-9 trykt utgave, ISBN: 82-8082-159-7 elektronisk utgave.

<http://www.fhi.no/dav/8AF0E9B952.pdf>

Dybing E, Stoltenberg C. Kunnskapsoppsummering om barns helse og miljø. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2006:3. <http://www.fhi.no/dav/a90373d03b.pdf>

Grøholt EK, Nordhagen R. Barns helse i Norden/Children's health in the Nordic Countries. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2005:6. ISBN 82-8082-140-6 trykt utgave,

ISBN 82-8082-141-4 elektronisk utgave, ISSN 1503-1403. <http://www.fhi.no/dav/54A59EE417.pdf>

Næss Ø, Rognerud M, Strand BH. Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2007:1. ISSN:1503-1403, ISBN: 978-82-8082-186-7 trykt utgave,

ISBN: 978-82-8082-187-4 elektronisk utgave. <http://www.fhi.no/dav/1AE74B1D58.pdf>

Surén P, Grjibovski A, Stoltenberg C. Inngifte i Norge – Omfang og medisinske konsekvenser. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2007:2. ISBN:978-82-8082-191-1 trykt utgave, ISBN:978-82-8082-192-8 elektronisk utgave, ISSN:1503-1403. <http://www.fhi.no/dav/9b8f570dcd.pdf>

Veiledninger

Veiledning for utfylling av melding til Medisinsk fødselsregister, IK-1002 (IS-1002) med Forskrift om innsamling og behandling helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (MFR-forskriften) og Informasjon om melding til Medisinsk fødselsregister (informasjon til fødende). Revidert 01.11.04.

<http://www.fhi.no/artikler?id=54138>

Melding av fødsel til Medisinsk fødselsregister. Nettside med veiledninger og skjemaer. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,3287:1:0:0::0:0

MRSA-veilederen. Smittevern 10. Nasjonalt folkehelseinstitutt 2004. ISSN-trykt: 1500-8479, ISBN-trykt: 82-8082-095-7, ISBN-elektronisk: 82-8082-096-5. <http://www.fhi.no/dav/44BC7CDADD.pdf>

Sandbu S (red.). Vaksinasjonsboka – Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell 2006. Smittevern 14. Nasjonalt folkehelseinstitutt 2006. ISSN: 1500-8479, ISBN: 82-8082-157-0 trykt utgave, ISBN: 82-8082-180-5 elektronisk utgave. <http://www.fhi.no/dav/5a8dfa36c1.pdf>

Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta. Smittevern 15. Nasjonalt folkehelseinstitutt 2006. ISSN: 1500-8479, ISBN: 82-8082-171-6 trykt utgave, ISBN: 82-8082-172-4 elektronisk utgave.

<http://www.fhi.no/dav/912976c21a.pdf>

Brosjyrer

Ørstavik R, Cappelen I, Stoltenberg C. Helseregistre redder liv. Brosjyre. Nasjonalt folkehelseinstitutt 2005. 82-8082-128-7 (trykt utgave), 82-8082-129-5 (elektronisk utgave). <http://www.fhi.no/dav/DFA781C001.pdf>

Tilbud om hivtest til alle gravide. Brosjyre (Folder). Nasjonalt folkehelseinstitutt 2004. <http://www.fhi.no/dav/C24770CCC3.pdf>

Fødselsnytt

Nyhetsbrev om forskning basert på data fra Medisinsk fødselsregister, Den norske Mor og barn undersøkelsen mv. Målgruppen er først og

fremst fødeavdelinger og barneklinner. Formålet er å formidle forskningsinformasjon som er et direkte resultat av de opplysningene målgruppen registrerer og sender til Medisinsk fødselsregister. Nyhetsbrevet inneholder også endringer i og presiseringer av registreringsrutiner ved utfylling av medisinsk fødselsmelding. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5618:0:15,3325:1:0:0::0:0

Nasjonalt folkehelseinstituttets Faktaark:

Abort. Faglig revidert 19.12.2007. <http://www.fhi.no/artikler?id=50711>

Diabetes i svangerskapet. Faglig revidert 07.07.2006. <http://www.fhi.no/artikler?id=48302>

Følatilskudd og svangerskap. Faglig revidert 24.07.2007. <http://www.fhi.no/artikler?id=51398>

Fruktbarhet, fødealder og helse. Opprettet 18.02.2008. <http://www.fhi.no/artikler?id=67742>

Fødselsdepresjon. Opprettet 2007. <http://www.fhi.no/artikler?id=66503>

Fødselsvekt. Faglig revidert 21.05.2007. <http://www.fhi.no/artikler?id=53664>

Keisersnitt. Faglig revidert 02.2007. <http://www.fhi.no/artikler?id=52705>

Perinatal dødelighet (dødfødsel og dødsfall i første leveuke). Faglig revidert 03.08.2007. <http://www.fhi.no/artikler?id=50919>

Annet

Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Nasjonalt folkehelseinstitutt 2007. ISBN: (Kun trykt utgave)

Litteratur fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Reinar LM, Smedslund G, Fretheim A, Hofmann B, Thürmer H. Rutinemessig ultralydundersøkelse i svangerskapet. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 11 – 2008. ISBN 978-82-8121-203-9 ISSN 1890-1298 <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/2759.cms>

Fretheim A, Hviding K

The evidence-base for facility-based deliveries in low- and middle income countries. Notat hsteoppdrag 2008. ISBN 978-82-8121-205-3

- <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/2191.cms>
Kakad M , Hammerstrøm K , Fretheim A , Kirkehei I
Tiltak blant unge menn for å øke bruken av kondomer. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 09 – 2008. ISBN 978-82-8121-199-5 ISSN 1890-1298
Tiltak blant unge menn for å øke bruken av kondomer, Rapport Nr 9-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/2066.cms>
Bjertnæs Ø A, Bukholm G
Vurdering av muligheten for en nasjonal brukerfaringsundersøkelse om fødselsomsorgen i Norge . Notat hasteoppdrag 2008. ISBN 978-82-8121-215-2
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/3619.cms>
Vist G E, Frønsdal K , Johansen M , Hofmann B , Fretheim A
Helseeffekt av nyfødtscreening for medfødte stoffskiftesykdommer. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 22 – 2007. ISBN 978-82-8121-185-8 ISSN 1890-1298
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1146.cms>
Holte T O, Norderhaug I
In vitro-modning av ubefruktede egg ved assistert befruktning. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 18 – 2007. ISBN 978– 82–8121–167-4 ISSN 1890-1298
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1122.cms>
Gjertsen M K, Johansen M , Movik E , Norderhaug I
Forebygging av infeksjon med gruppe B-streptokokker i nyfødtp perioden. Notat 2006. ISBN 82-8121-114-8
<http://www.kunnskapssenteret.no/Nyheter/866.cms>
Reinar L
Hvordan forebygge og behandle svangerskapsdiabetes? . Notat 2006. ISBN 82-8121-078-8
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/2209.cms>
Børdahl P , Kakad M , Kumle M , Lie R , Moster D, Myrhaug H , Schmidt N
Jordmorstyrte fødestuer. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16 – 2006. ISBN 82-8121-108-3 ISSN 1503-9544
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/690.cms>
Reinar L , , Langengen I , Markestad T
Tiltak for oppfølging av for tidlig fødte barn. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 07 – 2006. ISBN 82-8121-089-3 ISSN 1890-1298
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1029.cms>
Myrhaug H T, Norderhaug I
Fødeavdelinger, fødestuer, pasientvolum og behandlingsskvalitet. Notat 2005. ISBN 82-8121-070-2
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/2211.cms>
Hviding K
Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 10 – 2005. ISBN 82-8121-073-7 ISSN 1503-9544
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1198.cms>
Alquist R , Grøgaard J , Hellenes K , Hofmann B , Myr R , Reinar L , Rognum T , Nilsen A , Nilsen E , Saugstad O , Aalen O
Samsoving, smokk, amming og krybbedød – finnes det en sammenheng?. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 05 – 2005. ISBN 82-8121-049-4 ISSN 1503-9544
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1242.cms>
Larun L , Lyngstadaas A , Langengen I , Mørland B
Svangerskap og psykisk helse. Kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap og første året etter fødsel. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 02 – 2005. ISBN 82-8121-027-3 ISSN 1503-9544
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1249.cms>
Nordheim L , Mørland B
Mulige fysiologiske eller psykiske effekter av tidlig mor–barn-kontakt. Notat hasteoppdrag 2004. ISBN 82-8121-071-0
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/2271.cms>
Oppsummering av tilgjengelige systematiske oversikter relatert til svangerskap og fødsel fra Cochrane Database of Systematic Reviews er publisert her:
Hofmeyer GJ, Neilson JP, Alfirevic Z et al. A Cochrane Pocketbook. Pregnancy and Childbirth. Includes bibliographical references and index. Wiley Cochrane Series. Chichester. 2008. ISBN 978-0-470-51845-8

*Helsedirektoratet**Skjema/blanketter*

Medisinsk registrering av fødsel IS-1002 http://www.shdir.no/publikasjoner/skjema/medisinsk_registrering_av_foedsel
Informasjon om ultralyd i svangerskapet IS-1228 http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1228_2657a.pdf

Rapporter

Nyfødtmedisin – en faglig og organisatorisk gjennomgang
Fra veske til skjerm – helsekort for gravide IS-1432

Nasjonale faglige retningslinjer

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen IS-1179 http://www.shdir.no/portal/page?_pageid=134,67665&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref134_76551_134_67665_67665.art-SectionId=2492&navigation1_parentItemId=996&_piref134_76551_134_67665_67665.articleId=19103
Retningslinjer for svangerskapsomsorgen – Kortversjon – anbefalinger IS-1339 http://www.shdir.no/publikasjoner/retningslinjer/nasjonale_faglige/retningslinjer_for_svangerskapsomsorgen_kortversjon_41680
A National Clinical Guideline for Antenatal Care Short Version – Recommendations IS-1339/E

http://www.shdir.no/portal/page?_pageid=134,67665&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref134_76551_134_67665_67665.art-SectionId=2492&navigation1_parentItemId=996&_piref134_76551_134_67665_67665.articleId=73926

Brosjyrer

Røykeslutt program for gravide IS-1215 http://www.shdir.no/publikasjoner/faktahefter/r_ykesluttprogram_for_gravide_bokm_1_13504
Er du Gravid? IS-1243 http://www.shdir.no/publikasjoner/faktahefter/er_du_gravid_19092
Nei takk, jeg er gravid IS-1319 http://www.shdir.no/publikasjoner/faktahefter/nei_takk_jeg_er_gravid_33636
Graviditet, fødsel og barseltid i Norge IS-1396 Bokmål, IS-1396 Engelsk, IS-1396 Urdu, IS-1396 Arabisk, IS-1396 Somali
Gode råd til deg som planlegger eller venter barn IS-1500 http://www.shdir.no/publikasjoner/faktahefter/alkoholfritt_svangerskap_i_80903
Alkoholfritt svangerskap Gode råd til deg som er ung IS-1501 http://www.shdir.no/publikasjoner/faktahefter/alkoholfritt_svangerskap_ii_80905

Vedlegg 1

Oppsummering av tilsynserfaringer 2004-2008 fra Statens helsetilsyn

Tilsynserfaringer 2004

Helsetilsynet presenterte i 2004 oppsummering av funn og erfaringer etter et landsomfattende tilsyn med 26 av landets ca 60 fødeinstitusjoner. Ett tilsyn ble gjennomført i 2003, de andre i 2004. Det ble ført tilsyn med fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker i landets fem helseregioner. Det ble undersøkt om helseforetakene gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedring sikrer at fødeinstitusjonene er tilrettelagt slik at de oppfyller krav til forsvarlig virksomhet. Tilsynet hadde et faglig fokus.

Selv om Norge er et av verdens tryggeste land å føde i, viste tilsynet at det fortsatt er mulig å bli bedre. Det er først og fremst de enkelte helseforetakene som må sørge for at det som er påpekt ved hvert tilsyn blir fulgt opp og rettet. Tilsynet avdekket også områder som bør følges opp nasjonalt.

Tilsynet undersøkte fire hovedtema:

- seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner
- overvåking og oppfølging av noen utvalgte tilstander
- håndtering av akutte situasjoner
- læring og forbedring

Fødeinstitusjonene hadde med få unntak utarbeidet seleksjonskriterier. Enkelte fødeinstitusjoner tok imot kvinner som ut fra tilstand og risiko burde vært selektert eller overflyttet til fødeinstitusjon med høyere beredskap. Institusjonene ble tilrådet å gjennomgå seleksjonskriteriene jevnlig for å se om de blir fulgt og om de er i samsvar med kompetanse og beredskap i egen virksomhet. Forsvarlig overvåking av fødende er omfattende og krever godt samarbeid mellom lege og jordmor. På flere områder avdekket tilsynet at det var uklare retningslinjer og uklar kommunikasjon mellom lege og jordmor. Mange institusjoner manglet møtesteder der de kunne diskutere faglige spørsmål, samarbeidsforhold og bli enige om faglige rutiner. Dette får innvirkning på det faglige tilbudet til fødende. Hensiktsmessige arenaer for utvikling av

samarbeidet bør etableres. Tilsynet viste stor usikkerhet knyttet til fødeinstitusjonenes registreringer av ulike komplikasjoner og resultater i forbindelse med fødsler. På nasjonalt nivå foreligger det ikke pålitelige tall som gir grunnlag for oppfatning om hva som kan være akseptabel forekomst av komplikasjoner som for eksempel store postpartumbledninger og store perinealrupturer. Helsetilsynet foreslo at sentrale helsemyndigheter og fagmiljøene arbeidet seg fram til konsensus om dette.

Det var likevel enighet om at perinealrupturer (grad III og IV) forekommer for ofte. Når skaden har oppstått, er behandlingen i noen tilfeller ikke i samsvar med forsvarlig praksis. Helsetilsynet mente at dette ikke er akseptabelt. Det må arbeides for å finne årsakene til store perinealrupturer slik at forekomsten kan reduseres. Dette er en oppgave som involverer de enkelte fødeinstitusjonene, forskningsmiljø og andre fagmiljøer, og sentrale helsemyndigheter. Fødselskomplikasjoner kan i stor grad forutsies. Likevel vil det i noen situasjoner oppstå akutte og uforutsette situasjoner. Dette hadde de fleste fødeinstitusjonene gode rutiner for å håndtere. Tilsynet avdekket at det flere steder var behov for mer systematisk øving.

Tilsynssaker knyttet til svangerskap og fødsler

I perioden 2003 til 2006 behandlet Statens helsetilsyn 33 tilsynssaker knyttet til svangerskap og fødsler. Sakene omhandlet 21 barnedødsfall, fem barn med alvorlig fødselsskade og to mødredødsfall. Helsetilsynet i fylkene vurderte i samme periode 274 saker innen fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer, Norsk Pasientskadeerstatning fattet vedtak i 237 saker med fødselsskade på barnet, mens helseforetakene selv meldte ca. 350 hendelser som avvik. Følgende forhold gikk igjen i tilsynssakene:

- mangelfull observasjon/oppfølging under fødsel
- feiltolkning av elektronisk fosterovervåking

- manglende innhenting av bistand og for sen intervensjon ved unormal utvikling
- uerfarent helsepersonell eller vikarer.

Statens helsetilsyn avdekket at uklare ansvarsforhold og mangelfull kommunikasjon mellom involvert helsepersonell har bidratt til uforsvarlig helsehjelp. Dette gjaldt både mellom jordmor og ansvarshavende jordmor, mellom jordmor og lege, og mellom lege og overlege. Dette har skjedd på alle nivåer, men har særlig forekommet på travle vakter hvor bemanningen i utgangspunktet er marginal.

Gjennomgang av tilsyn i 2008 med små fødeinstitusjoner med mindre enn 500 fødsler årlig

På bakgrunn av sluttrapporten fra Nasjonalt råd for fødselsomsorg våren 2008 utarbeidet Statens helsetilsyn en rapport som blant annet beskriver opplysninger fra Helsetilsynene i fylket om små fødeinstitusjoner med mindre enn 500 fødsler.

I perioden 2004 til våren 2008 var det gjennomført planlagt tilsyn ved 38 av landets 60 fødeinstitusjoner. Ifølge Statens helsetilsyn forekommer flere av forholdene som er avdekket ved tilsyn fra små fødeavdelinger også ved de større fødeavdelingene og ved kvinneklinikkene. Tilsynserfaring med små fødeavdelinger er fragmentarisk og kan ikke danne grunnlag for en systematisk evaluering av disse. På grunnlag av tilsynserfaring generelt pekte Helsetilsynet på flere risikoområder/-faktorer som innebærer risiko for pasientbehandlingen. Disse er:

- Rekrutteringsproblemer som fører til avhengighet av vikarer/vikarstafetter
 - Ujevn faglig kvalitet
 - Kulturelle og språklige problemer
 - Mangelfull faglig oppdatering og trening på samhandling i akutte situasjoner
- Manglende seleksjon eller overflytting av risikogravide
 - Mangelfull opplæring og implementering av prosedyrer og rutiner
 - Manglende overvåkning av resultater og systematisk avviksbehandling
 - Tilsynssaker, meldinger og annen tilsynsaktivitet viser at flere av disse risikofaktorene har inntrådt ved små fødeavdelinger enkeltvis eller i kombinasjon.

De fleste fødende kan forvente en normal fødsel. Disse vil kunne få et forsvarlig fødetilbud ved fødestuer som følger vedtatte kriterier for seleksjon og overflytting. Statens helsetilsyn mente imidlertid at risikogravide og fødende som viser tegn på unormal utvikling under fødsel, vil ha en økt risiko for alvorlige komplikasjoner ved å føde på en liten og sårbar fødeavdeling. Imidlertid kan vedvarende vikarordninger etter tilsynets vurdering fungere tilfredsstillende der det er etablert fast samarbeid med andre institusjoner som sørger for kontinuitet og lokal kunnskap hos vikarene. Etter tilsynets vurdering bør slike ordninger forbeholdes avdelinger med de lengste avstandene til en større fødeavdeling.

Etter Statens helsetilsyns mening har mange av de små fødeavdelingene som ikke er omgjort til fødestuer slik Stortingsvedtaket fra 2001 forutsatte, store utfordringer knyttet til å tilby de risikogravide en forsvarlig fødselshjelp. Både klinisk erfaring og tilsynserfaring viser at det i svært mange tilfeller er mulig å identifisere risikogravide før og under fødsel, slik at de kan henvises i tide til en større fødeavdeling med bedre mulighet til å håndtere problemer som oppstår.

Etter Statens helsetilsyns vurdering er det ikke tilsynsmessig grunnlag for å endre tidligere anbefalinger om å omgjøre de fleste av landets små fødeavdelinger til fødestuer.

Vedlegg 2

Oppsummering av virksomheten i Nasjonalt råd for fødselsomsorg 2002-2007

I forbindelse med behandlingen av Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap vedtok Stortinget å be regjeringen om å opprette et nasjonalt råd for fødselsomsorgen med flerårig funksjonstid som skal bistå i omstillingsprosessen, kvalitetssikring og evaluering av drift i forbindelse med organisering av desentralisert og differensiert fødselsomsorg. Rådet fikk følgende mandat:

Rådet skal på nasjonalt nivå bistå de regionale helseforetak i omstillingsprosessen. Rådets kontakt mot virksomheter og lokale fagmiljø må skje i samråd med de regionale helseforetak. Videre skal rådet komme med anbefalinger om forhold som kan påvirke omstillingsprosessen og sikre kontakt mot eksisterende fagmiljø på området.

Med bakgrunn i dette skal rådet:

1. Bistå i omstillingsprosessen gjennom rådgivning vedrørende faglige, administrative og organisatoriske forhold. Bistå i informasjonsarbeid rettet mot befolkningen og fagmiljø.
2. Ha en sentral faglig rolle når det gjelder kvalitetssikring og evaluering av omlegging av drift. Utarbeide forslag til seleksjonskriterier for lavrisikoenheter, bemanningsnormer, videreutdanning og krav til praktiske ferdigheter. Utarbeide forslag til felles registrerings skjema for utkomme av hver enkelt fødsel og alle overflyttinger. Komme med forslag angående transport av fødende og nyfødte. Utrede ansvarsforhold ved drift av fødestuer.
3. Bistå i annet utredningsarbeid knyttet til svangerskaps- og fødselsomsorg, blant annet forslag om trygderefusjon for jordmødre og vurdering av jordmortjenesten og følgetjenesten i kommunene.

Rådet har rapportert til Helsedirektoratet.

Rådet har samarbeidet med regionale helseforetak i prosesser knyttet til omlegging av små fødeavdelinger til fødestuer. I samråd med regionale helseforetak og helseforetak opprettet rådet faglige rådgivningsgrupper ved opprettelse av nye

fødestuer. Rådet har videre vært engasjert i informasjonsvirksomhet og prosjekter om differensiering ved fødeavdelinger og kvinneklinikker. Rådet har arbeidet bredt inn mot fagmiljøene og arrangert en rekke kurs, seminarer og konferanser med stor deltakelse. Det er blant annet gjennomført følgende tiltak:

I 2003 arrangerte rådet en fødestuekonferanse hvor hovedtemaene var faglig grunnlag for fødestuevirksomhet, ansvarsforhold ved fødestuedrift, desentralisert og differensiert fødselsomsorg i andre land, erfaringer fra tidligere omleggingsprosesser til fødestuer og fra mange års fødestuedrift i Norge. Det er videre arrangert kurs i praktisk og teoretisk akutt fødselshjelp spesielt for jordmødre og leger med tilknytning til fødestuer. Hensikten har vært å bidra til faglig kvalitet ved fødestuene, både de som startet opp som fødestuer etter omstillinger, og de etablerte fødestuene.

I 2005 arrangerte Nasjonalt råd for fødselsomsorg og Helsedirektoratet en konferanse om implementering av nye faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen, og om differensiert svangerskaps- og fødselsomsorg. Det gjennomgående fokus var på samhandling og kontinuitet gjennom svangerskap og fødsel. I 2005 ble det også avholdt en konferanse om samhandling og differensiering.

Rådet har utarbeidet skjema og rutiner for tilleggsregistrering av fødsler ved overflyttinger fra fødestuene og bistått direktoratet i annet utredningsarbeid innenfor svangerskaps- og fødselsomsorgen. Rådet har gitt vurderinger eller høringsuttalelser om ansvarsforhold ved fødestuene, trygderefusjon for jordmødre, ny forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen.

Rådet har i perioden 2002-2007 dessuten skrevet artikler og kronikker og har generelt lagt vekt på å være tilgjengelig og i løpende dialog med fødestuer og helseforetak.

Rådet utarbeidet i 2005 en rapport om status etter tre år og utfordringer framover og i 2008 en rapport ved avslutningen av mandatperioden.

Vedlegg 3

Organisering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Danmark, Sverige og Finland

Danmark

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er regulert av Sundhedsloven (lov nr 546 av 24. juni 2005). Formålet med omsorgen er definert som:

«Formålet med helsevesenets innsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode er å bidra til, mor og barn får så godt et forløp som mulig. Innsatsen skal virke helsefremmende, forebyggende og behandlende og styrke og bistå kvinden og hennes partner/familie under hele forløpet. Målet er, at denne periode oppleves som en sammenhengende, naturlig livsprosess med mulighet for personlig utvikling, trygghet og sikkerhet.»

Felles retningslinjer for svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen er under utarbeidelse. (Sundhedsstyrelsen *Anbefalinger for svangreomsorgen* Høringsutkast, juni 2007). Retningslinjene inneholder forholdsvis detaljerte anbefalinger for praksis. Kvinnens mulighet til informert samtykke og en god opplevelse av omsorgen og livsprosessen vektlegges.

Generelt for svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen

Omsorgen er differensiert og inndeles i fire nivåer:

Nivå 1 er tilbudet til friske kvinner uten risikofaktorer og ivaretas av jordmor, praktiserende lege (fastlege), pleiepersonalet på føde- og barselavdeling (jordmødre, hjelpepleiere og sykepleiere) og helsesøster.

Nivå 2 er et utvidet tilbud som kan ivaretas av de før nevnte faggrupper. Det kan f eks være kvinner med tidligere mislykket ammeforløp eller med økt risiko for svangerskapsdiabetes.

Nivå 3 er et utvidet tilbud som involverer et mer tverrfaglig samarbeid med andre faggrupper. Det kan dreie seg om kvinner med somatiske eller psykiske sykdommer eller tilstander, eller sosioøkonomiske problemstillinger.

Nivå 4 involverer samarbeid med spesialisthelsetjenester som f eks familieinstitusjoner eller psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Kvinner plasseres i dette nivået når det vurderes at mor/foreldrene vil ha vanskeligheter med å ivareta barnet etter fødselen.

Svangerskapsomsorgen

De sentrale emnene for svangerskapsomsorgen er morens og fosterets velvære, helsefremmende og forebyggende arbeid og risikosporing.

Jordmor og praktiserende lege er kvinnens primære kontakter under svangerskapet. Basisprogrammet for friske gravide er fire til syv konsultasjoner hos jordmor, tre hos legen og to ultralydundersøkelser. Ved behov involveres andre faggrupper, som f eks helsesøster, fødselslege, andre spesialleger eller sosionom. Det anbefales at det offentlige (primært jordmødre) arrangerer fødsels- og foreldreforbereende kurs, at disse skal være gratis og at alle skal ha tilbud om kurs.

Fødselsomsorgen

Formålet med fødselsomsorgen er å sikre trygge forløp, at mor og barn kommer gjennom fødselen med best mulig helsetilstand, å minimere komplikasjoner og bidra til en god fødselsopplevelse for kvinnen og hennes partner.

Det er fritt sykehusvalg i Danmark, og kvinnen kan velge fødested innen sin region. Ønsket fra kvinnen innfris i den grad fødestedet har kapasitet til å motta kvinnen. Kvinnen kan velge hjemmefødsel, fødsel på jordmorledet fødeklinikk eller fødeavdeling i sykehus. Fødeavdelingene har en overordnet funksjon, enkelte har landsdekkende eller regionale funksjoner. De fleste kvinner føder på sykehus, det er 1-2 prosent planlagte hjemmefødsler. Hjemmefødsler ivaretas av jordmødre ansatt ved Jordmorsentre eller av private ordninger. Alle helseregioner skal tilrettelegge et tilbud til kvinner som ønsker å føde hjemme.

Normale fødsler ivaretas av jordmødre. Ved komplikasjoner eller der kvinnen har høy risiko for komplikasjoner, har fødselslegen det overordnede ansvaret for forløpet. Andre faggrupper som f eks anestesilege (narkoselege) eller barnelege involveres ved behov.

Barselomsorgen

De sentrale emnene for barselomsorgen er etablering av den nye familien, mors fysiske og psykiske restituering, etablering av amming og pleie og omsorg for den nyfødte. Barseloppholdet kan være i barselavdeling på sykehus, på barselhotell eller hjemme. Vanligvis har jordmor (i samarbeid med annet pleiepersonell) ansvaret for denne perioden inntil helsesøster overtar. Ved avvikende forløp involveres andre faggrupper, som f eks barneleger.

Helsesøster kommer vanligvis på hjembesøk i løpet av den første uken etter utskrivning fra sykehus, eller en til to uker etter hjemmefødsel eller ambulante fødsel (der fødselen foregår på sykehus og mor og barn reiser hjem i løpet av noen timer). Ved hjemmefødsler og ambulante fødsler drar jordmor på ett til to hjembesøk og har ansvaret for at de vanlige undersøkelser blir gjort og henvisninger sendt, deretter overtar helsesøster.

Faglige krav til fødeinstitusjonene

Fødeinstitusjonenes oppgave er å sørge for at fødslene forløper under faglig optimale forhold, og at de fødende og deres familier opplever imøtekommenhet, kontinuitet og trygghet. Fødeavdelinger og fødeklinikker i tilslutning til sykehus skal ha vaktplaner som redegjør for antall helsearbeidere og deres kvalifikasjoner, målsetninger for jordmødrenes tilstedeværelse på fødestuene, oppdatert (tidssvarende) teknologisk utstyr, evidensbaserte retningslinjer, også for seleksjon til fødested og plan for håndtering av situasjoner med behov for assistanse fra fødselslege, anestesilege eller spesialist i nyfødttmedisin. Avdelingene bør også ha en politikk på hvordan kvinnen og hennes partner blir mest mulig tilfreds med omsorgen, og at de føler at det blir tatt hensyn til deres ønsker.

Ved frittstående fødeklinikker og ved hjemmefødsler skal det være retningslinjer for hva som skal skje dersom det oppstår komplikasjoner.

Ansvar og roller

Den gravide har hyppigst kontakt med jordmor. Jordmortjenesten er organisert i «Jordmoder-

sentre», og de samme jordmødrene arbeider både i svangerskapsomsorgen og i fødeinstitusjonene. Dette sikrer kontinuitet med hensyn til informasjon, men ikke nødvendigvis personlig kontinuitet, det vil si at kvinnen bistås under fødselen av en jordmor hun kjenner fra svangerskapsomsorgen. Jordmor skal sammen med praktiserende lege sikre sammenheng og kontinuitet i omsorgen, og jordmors funksjon defineres som helsefremmende og forebyggende.

Den praktiserende legen kjenner ofte kvinnen fra før, og har mulighet til å gi råd og veiledning før en eventuell graviditet. Legen har bl a ansvar for å informere om fødested, og om muligheter og konsekvenser av ulike undersøkelser som f eks ultralydundersøkelse og fosterdiagnostikk. Den praktiserende legen skal sammen med jordmor sikre sammenheng og kontinuitet i omsorgen.

Fødselslege involveres i forløpet til kvinner med høy risiko for komplikasjoner og ivaretar kvinnen i samarbeid med jordmor og praktiserende lege.

Helsesøster er den primære kontakten til familien fra omkring en uke etter fødselen og tilbyr hjemmebesøk i barnets første leveår. Helsesøster kan også involveres i svangerskapet, dette gjøres spesielt for å støtte ressursene til sårbare familier. Helsesøster involverer og samarbeider med relevante faggrupper både i primær- og sekundærhelsetjenesten.

Sverige

Sverige har nasjonale retningslinjer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. *Helsetjenester før under og etter graviditeten*, Stockholm: Socialstyrelsen, 1996). Socialstyrelsen publiserte et dokument om ivaretagelse av normal fødsel i 2001 som gir oppsummering av hva som regnes som beste praksis ut fra forskningsbasert kunnskap. Det finnes flere lokale retningslinjer for deler av omsorgen.

Svangerskapsomsorgen

Formålet med svangerskapsomsorgen er å identifisere komplikasjoner under svangerskapet som kan påvirke kvinnens eller barnets helse samt forberedelse til fødsel og foreldrerollen. Svangerskapsomsorgen utføres ved helsestasjoner eller jordmorsentre, og er enten organisert under en kvinneklinikk eller fra primærhelsetjenesten. Svangerskapskontroller til kvinner med normale svangerskap utføres av jordmødre. Noen steder

går kvinnen en gang til lege tidlig i svangerskapet. Alle kvinner får tilbud om en eller to ultralydundersøkelser. Kvinner med sykdommer eller høy risiko for komplikasjoner går også til fødselslege, og andre faggrupper involveres ved behov. Ved normale svangerskap får førstegangsfødende tilbud om åtte til ni konsultasjoner hos jordmor, mens flergangsfødende får tilbud om seks til syv konsultasjoner. Det er vanlig at kvinnene går til flere konsultasjoner enn hva som er anbefalt.

Foreldreforberedende kurs anbefales som tilbud til alle, formålet er å styrke foreldrerollen, og kursene skal være kostnadsfrie. De fleste førstegangsfødende går til foreldreforberedende kurs.

Fødselsomsorgen

Formålet med fødselsomsorgen defineres som at man med minst mulig inngripen i fødselsforløpet skal oppnå en frisk mor og et friskt barn, samt en positiv fødselsopplevelse.

Praktisk talt alle kvinner føder på sykehus. Det finnes avdelinger for lavrisikofødende hvor det tilstrebes kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid, men ingen egentlige jordmorstyrte enheter i eller utenfor sykehus. Det har vært ABC-enheter i Göteborg og Stockholm, men disse er lagt ned. Mindre enn en promille føder hjemme, og anbefalingene for planlagte hjemmefødsler er restriktive i forhold til Danmark og Norge. Normale fødsler ivaretas av jordmødre. Ved komplikasjoner eller der kvinnen har høy risiko for komplikasjoner, har obstetriker det overordnede ansvaret for forløpet. Andre faggrupper som f.eks. anestesilege eller barnelege involveres ved behov.

Barselomsorgen

Formålet med barselomsorgen er å støtte familiedannelsen samt medisinsk omsorg til mor og barn. Barseltiden kan foregå på en tradisjonell avdeling eller på familieavdeling. Ved noen barselavdelinger arbeider bare jordmødre, mens det på andre også er annet pleiepersonell. Etter utskrivelse fra barselavdeling får helsesøster beskjed og overtar helsekontrollene fram til skolealder. Hennes arbeidsoppgaver er blant annet å støtte familiedannelsen, ta seg spesielt av utsatte eller sårbare foreldre og støtte og gi råd angående amming.

Ansvar og roller

Ved normale svangerskap, fødsler og barseltid er jordmødrene den sentrale faggruppen. Allmennpraktikeren er i liten eller ingen grad medvirkende i denne perioden. Fødselslege involveres i forløpet til kvinner med høy risiko for komplikasjoner og ivaretar kvinnen i samarbeid med jordmor. Helsesøster er den primære kontakten til familien fra omkring en uke etter fødselen til barnet starter på skolen.

Finland

Svangerskapsomsorgen

Formålet med svangerskapsomsorgen er å fremme helse og velvære hos foreldre, fosteret og det nyfødte barnet, å støtte foreldrene i familiedannelsen og fremme en sunn livsstil. Svangerskapsomsorgen ivaretas ved helsestasjoner, og ved normale svangerskap utføres den vanligvis av en helsesøster. Kvinnen går til 11-15 konsultasjoner, to til tre av disse er hos lege. Førstegangsfødende får tilbud om flere konsultasjoner enn kvinner som har født tidligere. Alle kvinner tilbys en ultralydundersøkelse. Kvinner med sykdommer eller høy risiko for komplikasjoner går også til fødselslege, og andre faggrupper involveres ved behov.

Fødselsomsorgen

Så godt som alle fødsler skjer ved landets 32 sykehus. Årlig er det ca 15 til 20 hjemmefødsler av totalt 59 000 fødsler. Andelen transportfødsler ligger mellom 0,3 og 0,5 prosent. Jordmødre er ansvarlig ved normale fødsler (vel 70 prosent). Høyrisiko svangerskap og fødsler er sentralisert til sentralsykehus og universitetssykehus.

Barselomsorgen

Helsesøster går på ett hjembesøk til familien etter at de er kommet hjem fra barselavdelingen, deretter fortsetter barnet og familien som klienter på helsestasjon fram til barnet er i skolealder.

Ansvar og roller

Den gravide har hyppigst kontakt med helsesøster, som også har et hjembesøk etter fødselen.

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Post- og distribusjon
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Faks: 22 24 27 86

Opplysninger om abonnement, løssalg og pris får man hos:
Akademika AS
Avdeling for offentlige publikasjoner
Postboks 84 Blindern, 0314 OSLO
E-post: offpubl@akademika.no
Telefon: 22 18 81 00
Faks: 22 18 81 01
Grønt nummer: 800 80 960

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no

Omslagsfoto: Signe Dons

Trykk: 07 Gruppen AS – 2/2009

