



Innst. S. nr. 240

(2008–2009)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

St.meld. nr. 12 (2008–2009)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. En gledelig begivenhet

Til Stortinget

1. SAMMENDRAG

1.1 Regjeringens mål

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

Som bakgrunn for meldingen framholdes det at svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge holder svært høy kvalitet i internasjonal sammenheng, men at det likevel er flere forhold som taler for at den kan forbedres på en del viktige områder. Det uttales 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 framstår som fragmentert og lite sammenhengende.

Det redegjøres for tidligere sentrale dokumenter av betydning for meldingen som redegjørelse i St.prp. nr. 1 (2007–2008), St.prp. nr. 59 (2007–2008)

Akuttmedisinske tilbud ved lokalsykehus og St.prp. nr. 1 (2006–2007) Nasjonal helseplan og Nasjonal rammeavtale for samhandling.

Nasjonalt råd for fødselsomsorgen har vært trukket inn i arbeidet med stortingsmeldingen og har drøftet spørsmål av faglig karakter.

1.2 Fakta om fruktbarhet og fødsler

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 toppsjiktet i Europa.

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 8 000 i forhold til 2008.

1.3 Gravides og fødendes særlige pasientrettigheter

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.

1.4 En helhetlig svangerskapsomsorg

Det er et mål at kvinner skal tilbys kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Ifølge Retningslinjer for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet 2005) innebærer det å møte så få fagpersoner som mulig. Det framholdes at en slik ønsket kontinuitet på individnivå ofte mangler i dag fordi 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 samordnet.

Det redegjøres for organisatorisk utvikling av svangerskapsomsorgen og for dagens organisering av svangerskapsomsorgen.

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.

Det framholdes at 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 framholdes at det har vært gjennomført tiltak for å stimulere kommunene til å styrke jordmortjenesten, men at det fortsatt er utfordringer knyttet til jordmorkapasiteten i svangerskapsomsorgen.

Det uttales at en todelt forankring av jordmortjenesten slik vi har i dag, der jordmødre i kommunene driver svangerskapsomsorg og jordmødre i spesialisthelsetjenesten bistår ved fødsler, ikke utnytter jordmødrenes spesialkompetanse på hele svangerskaps-, fødsels- og barselforløpet. Det understrekes at en organisering av jordmortjenesten som bedre ivaretar jordmors samlede kompetanse, bedre vil kunne bidra til helhet og kontinuitet i tjenesten og større trygghet hos brukerne.

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

Det påpekes at kommunenes utgifter til svangerskapsomsorg utført av fastlegene dekkes gjennom per capita-tilskuddet, og at det økonomisk gunstigste

for kommunen derfor er å la fastlegene utføre svangerskapskontrollene i sin private praksis.

Regjeringen ser behov for å bedre tilgjengeligheten til lokal jordmortjeneste for å styrke kvaliteten på omsorgen og bidra til å nå målet om reell valgfrihet for gravide.

Etter Regjeringens syn er det behov for å vurdere oppgavefordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste når det gjelder framtidig organisering av den lokale jordmortjenesten. Det framholdes at det finnes to alternativer for endret organisering av jordmortjenesten; enten at kommuner og helseforetak inngår avtaler om jordmortjenesten, eller at den kommunale jordmortjenesten forankres i helseforetakene. De to modellene omtales nærmere i meldingen.

Det understrekes at uavhengig av valg av modell bør jordmødre pålegges gjennom lokale samarbeidsavtaler å samarbeide med de ulike fagmiljøene i kommunene, og det vektlegges at allmennleger/fastleger fortsatt vil ha en sentral rolle i svangerskapsomsorgen.

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

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.

Departementet vil be Helsedirektoratet legge særlig vekt på tiltak for å sikre helhet og kontinuitet for grupper med påvist risiko og spesielle behov i nye felles nasjonale retningslinjer for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Det understrekes at det må sikres brukermedvirkning i utarbeidelsen av retningslinjene, og retningslinjene skal omfatte hvordan kvinnens partner kan integreres på alle nivåer.

Svangerskapsomsorg til kvinner med innvandrerbakgrunn drøftes særskilt, og det uttales at det må legges til rette for at gravide og fødende får oppfylt sine rettigheter til medvirkning og informasjon. Det framholdes at tilgjengelighet til tolk på fødeavdelinger kan være en utfordring fordi fødsler kan skje akutt og gjennom hele døgnet. Det understrekes at 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.

1.5 Følgetjeneste til fødested for gravide

Regjeringen ønsker å skape et mer enhetlig system for finansiering og tydelig ansvars plassering for følgetjenesten, og det foreslås at ansvaret for følgetjenesten legges til regionale helseforetak i tråd med ansvar for annen syke transport inklusiv ambulansetjeneste. Regjeringen mener at 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.

Regjeringen foreslår at det i samarbeid med berørte kommuner må etableres et system for å vurdere gravide ved akutte problemstillinger og avgjøre hvem som har behov for følge.

1.6 Et trygt fødetilbud

Det foreslås at inndelingen i tre nivåer av fødeinstitusjoner (kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue) opprettholdes, men at 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 skal utarbeides av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene, og Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal trekkes inn i arbeidet. De regionale helseforetakene skal 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. Jordmorstyrte fødestuer skal også kunne opprettes i sykehus i tilslutning til større fødeavdelinger for å gi et differensiert tilbud. Fødestuer skal ta imot kvinner med forventet normal fødsel av friskt barn.

Det uttales at 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.

Fødetilbud for risikofødsler skal legges til kvinneklinikker. Disse skal ha tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barneavdeling for intensivbehandling av nyfødte. Fødetilbud til kvinner med særlig behov for oppfølging skal sentraliseres. Det uttales at de regionale helseforetakene bør vurdere behovet for flerregionale funksjoner og/eller landsfunksjoner.

Etter departementets syn bør de regionale helseforetakene legge til rette for at det dannes faglige nettverk innen og mellom helseforetakene, gjerne

med utgangspunkt i større avdelinger for tilrettelegging av hospiterings-/rotasjonsordninger og felles arenaer for drøfting av faglige spørsmål.

Regjeringen foreslår at de regionale helseforetakene skal 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. Helsedirektoratet/Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal ha anledning til å uttale seg om utkastet.

Hjemmefødsler skal inkluderes i de faglige retningslinjene for en samlet svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

1.7 En familievennlig barselomsorg

Det redegjøres i meldingen for utviklingstrekk i barselomsorgen.

Etter Regjeringens syn må barseltiden organiseres på en måte som gjør at kvinner med helseproblemer etter fødsel fanges opp og tilbys individuell oppfølging. Det framholdes at en betydelig andel barn trenger spesiell oppfølging i nyfødtperioden.

Etter Regjeringens mening bør 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, mener Regjeringen at helseforetak og kommuner bør inngå avtaler som sikrer felles utnyttelse i barselomsorgen slik at nødvendig oppfølging av mor og barn de første dagene skjer i samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Ved en modell hvor den lokale jordmortjenesten forankres i helseforetakene, finner Regjeringen det naturlig at de regionale helseforetakene 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.

Det understrekes at det ved tidlig hjemreise må bygges opp kompetanse ved helsestasjonene for å utføre nødvendige medisinske undersøkelser av nyfødte som hørselsscreening og nyfødtsscreening 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.

1.8 Kvalitet i alle ledd

Medisinsk fødselsregister (MFR) er et landsomfattende helseregister over alle fødsler i Norge. Det framholdes at MFR allerede har en rekke behandlingsdata, men at hvis registret skal kunne utnytte sitt potensial som redskap for kvalitetsforbedring, er det behov for at registret utvikles med hensyn til datasett, tilgjengelighet av oppdaterte resultater og forankring i kliniske miljøer. Data som i dag mangler, og som vurderes som sentrale for å vurdere fødselsutfall for mor og barn, er for eksempel opplysninger om tidligere sykdommer, data om mors helse, høyde og vekt (BMI) og data knyttet til rusmidler og psykisk helse.

Regjeringen foreslår at forskrift om medisinsk fødselsregister endres for å tydeliggjøre kvalitetsforbedring som formål for registeret, og at datasettet utvides til å inkludere flere opplysninger om svangerskapet.

Regjeringen foreslår videre at de regionale helseforetakene får i oppdrag å videreutvikle perinatalkomiteenes rolle som ledd i å styrke kvalitetsarbeidet i svangerskaps- og fødselsomsorgen og at Helsedirektoratet/Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal trekkes inn i dette arbeidet.

1.9 Et bredt brukerperspektiv

Regjeringen foreslår at brukererfaringer om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen skal innhentes gjennom en nasjonal temaundersøkelse. Undersøkelsen skal omfatte både kvinners og partnerners erfaringer, herunder kvinner og partnere med innvandrerbakgrunn.

Det foreslås også at Helsedirektoratet skal opprette en nettbasert helseportal med offentlig informasjon rettet mot gravide, fødende og ammende.

1.10 Administrative og økonomiske konsekvenser

Dersom jordmortjenesten blir forankret i de regionale helseforetakene vil det være behov for lovendringer. Kommunens ansvar for jordmortjeneste som en deltjeneste i kommunehelsetjenesteloven vil da falle bort. Prinsippene for fordeling av inntekter til spesialisthelsetjenesten vil bli lagt til grunn også for jordmortjenesten, dvs. at det flyttes midler fra rammetilskuddet til kommunesektoren til basisbevilgningen til regionale helseforetak. Refusjonene fra folketrygdens kap. 2755 post 72 Refusjon for jord-

morhjelp vil bli rettet inn mot regionale helseforetak og lagt inn i ISF-ordningen.

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. Takstene for dekning av jordmors deltakelse ved følgetjeneste vil bli rettet inn mot regionale helseforetak, og disse takstene vil bli lagt inn i ISF-ordningen. Beredskap for følgetjeneste vil måtte 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.

Departementet foreslår at Nasjonalt råd for fødselsomsorg får en rådgivende funksjon overfor Helsedirektoratet når det gjelder faglige spørsmål knyttet til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, og at rådets medlemmer skal oppnevnes av Helsedirektoratet og bistå direktoratet i informasjonsarbeid rettet mot befolkningen og fagmiljøene. Virksomheten til Nasjonalt råd for fødselsomsorg og oppdrag til Helsedirektoratet skal finansieres gjennom departementets budsjettamme.

2. KOMITEENS MERKNADER

2.1 Generelt

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Jan Böhler, Sonja Mandt-Bartholsen, Dag Ole Teigen og Lise Wiik, fra Fremskrittspartiet, Jan-Henrik Fredriksen, Vigdis Giltun og lederen Harald T. Nesvik, fra Høyre, Inge Lønning og Sonja Irene Sjøli, fra Sosialistisk Venstreparti, Olav Gunnar Ballo, fra Kristelig Folkeparti, Laila Dåvøy, fra Senterpartiet, Trygve Slagsvold Vedum, og fra Venstre, Gunvald Ludvigsen, vil understreke betydningen av en faglig god svangerskapsomsorg, et trygt fødetilbud og et godt og tilrettelagt tilbud om støtte og hjelp i barseltiden. En god opplevelse gjennom denne perioden er avgjørende for å sikre god helse hos mor og barn, familiens trivsel og mestrings- evne, og dermed en god start på familielivet.

Komiteen vil fremheve at forekomsten av komplikasjoner, skader og dødsfall i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid er svært lav i Norge sammenlignet med mange andre land. Til tross for dette mener komiteen det er behov for forbedringer på flere områder.

Komiteen viser også til at problemene rundt sommerstengte fødeavdelinger, for liten kapasitet og overfylte fødeavdelinger, rapporter om nestenulykker, en økning i avviksmeldinger og mangel på jordmødre både ved fødeavdelingene og i kommunehelsetjenesten flere ganger er blitt tatt opp i Stortinget i løpet av de siste tre årene.

Komiteen viser til at det er et overordnet mål for helsetjenesten at pasientene opplever et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud. Gode resultater avhenger av en samordning av tjenestene og av at brukernes behov sees i et helhetlig perspektiv.

Komiteen vil fremheve den brede enigheten om at det generelle mål for helsepolitikken er å prioritere de gruppene som trenger det mest, både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Komiteen vil spesielt legge vekt på at en god svangerskapsomsorg kan medvirke til å redusere sosiale ulikheter i helse, og mener at det forebyggende arbeidet må styrkes betydelig.

Komiteen vil understreke at grupper med særlige behov, herunder kvinner med minoritetsbakgrunn, skal prioriteres. Ved utvikling av en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal det legges vekt på nødvendig forståelse for ulike språk og kulturer.

Komiteen vil understreke at de regionale helseforetakene og kommunene sammen må ta ansvar for et helhetlig helsetilbud. Komiteen vil fremholde at helhetlig ansvar og organisering skal ivareta kapasitet, kvalitet, kontinuitet, valgfrihet, trygghet og en samlet ressursutnyttelse. For å oppnå dette er det nødvendig med gode samhandlingstiltak og samarbeid både organisatorisk og tverrfaglig, i tillegg til et sterkt og godt lederskap. Det er dokumentert at kvinner som får en helhetlig oppfølging, får et bedre utfall av fødselshjelpen.

Komiteen slutter seg til Regjeringens fem satsningsområder: En helhetlig svangerskapsomsorg, et trygt fødetilbud, et familievennlig barseltilbud, kvalitet i alle ledd og et bredt brukerperspektiv.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet støtter hovedinnholdet i St.meld. nr. 12 (2008–2009) om en helhetlig og faglig god svangerskapsomsorg som gir like rettigheter og valgmuligheter for gravide og fødende uavhengig av hvor du bor i landet, egen økonomi og etnisk opprinnelse.

Disse medlemmer er sterkt kritiske til sommerstengte fødeavdelinger, nedbemanning og nedleggelse av fødestuer begrunnet med økonomiske argumenter og mener at det må legges planer for behovsdekning basert på informasjon om antall fødende i de respektive regioner.

Komiteen støtter Regjeringens forslag om å pålegge de regionale helseforetakene å utarbeide helhetlige og flerårige planer for fødselsomsorgen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er enig i de generelle målene for helsepolitikken i Norge, men er skeptiske til den "rasjonering" av helsetjenester som skjer gjennom finansieringssystemet og politiske prioriteringer på forskjellige områder.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener at ikke bare de gruppene som trenger det mest, men alle som trenger det, skal ha rett til helsetjenester både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil understreke at alle som har behov for helsetjenester, skal ha rett til et godt og tilstrekkelig faglig tilbud kombinert med omsorg og verdighet uten forskjellsbehandling. Dette skal etter disse medlemmers mening også gjelde kvinner med minoritetsbakgrunn. Disse medlemmer vil imidlertid ikke godta at denne gruppen skal prioriteres verken i fødselsomsorgen eller i andre sammenhenger, men gis samme gode, faglige oppfølging som alle andre.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at Regjeringen Stoltenberg allerede i 2006 varslet at den ville legge frem en handlingsplan for en bedre svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Etter to år ble det imidlertid klart at det ikke ble noen handlingsplan, og disse medlemmer viser til at representanter for Høyre våren 2008 fremmet forslag med 13 konkrete tiltak for å få fortløp i arbeidet med å bedre tilbudet. Dette forslaget ble ikke realitetsbehandlet i Stortinget fordi Regjeringen hadde varslet en stortingsmelding i februar 2009.

2.2 Gravide og fødendes rettigheter

2.2.1 Valg av fødested

Komiteen viser til at fritt sykehusvalg også skal gjelde for fødende, men i praksis betyr det at dersom en kvinne ønsker å føde ved en bestemt fødeavdeling, gjelder retten bare så langt sykehuset har kapasitet. Komiteen mener for liten kapasitet ved noen av de store fødeinstitusjonene i realiteten undergraver de fødendes rett til å velge fødested. Det kan være ulike grunner til at mange foretrekker en bestemt fødeavdeling, og komiteen mener det er nødvendig med god informasjon til kvinnen, lege

eller jordmor om at det må søkes fødeplass så tidlig i svangerskapet som mulig. Komiteen mener videre at dersom en aktuell fødeavdeling ser at den ikke kommer til å ha kapasitet når kvinnen forventes å føde, skal kvinnen ha informasjon om dette i god tid før forventet fødsel.

2.2.2 *Spørsmål om keisersnitt*

Komiteen viser til at det utføres over 9 000 keisersnitt i Norge per år, og at andelen er stigende. Komiteen har merket seg årsakene til økningen, også at stadig flere kvinner ønsker keisersnitt selv om det ikke er medisinsk indikasjon for det. Komiteen viser til at helsepersonell er ansvarlig for at helsehjelpen er forsvarlig og derfor skal ta den endelige beslutningen om det skal utføres keisersnitt eller ikke. Normal fødsel benyttes som førstevalg ved ukompliserte fødsler, og det skal gode faglige grunner til for å velge keisersnitt. Komiteen vil understreke helsepersonells informasjonsplikt overfor kvinnen om hva keisersnitt innebærer, risiko og andre forhold som kan ha betydning for forsvarlighetsvurderingen.

Komiteen vil i tillegg understreke kvinnes rett til informasjon, veiledning og medbestemmelse også i andre situasjoner enn keisersnitt som for eksempel igangsetting av fødsel, smertelindring etc.

2.2.3 *Ultralydundersøkelse*

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Venstre, vil understreke at eventuelle endringer i dagens ordning med ultralydundersøkelser i svangerskapet må være godt faglig begrunnet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil vise til at Regjeringen har varslet at det i forbindelse med den planlagte evalueringen av bioteknologiloven vil bli foretatt en vurdering av dagens regler og praksis for bruk av slike undersøkelser.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre viser til at gravide får tilbud om ultralyd i uke 17–19, men at det ut over dette tilbys ultralydundersøkelser på medisinsk indikasjon. Videre viser disse medlemmer til at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i juni 2008 publiserte en rapport med en vurdering av effekt og diagnostisk verdi av ultralydundersøkelser i første, andre og tredje trimester. Kunnskapssenteret gikk gjennom all tilgjengelig dokumentasjon og fant ingen generell helseeffekt for mor og barn ved å innføre rutinemessig ultralyd i 11.–12. uke eller i 32.

uke. Rapporten konkluderte imidlertid med at tidlig ultralyd gir bedre grunnlag for å avdekke kromosomfeil, som Downs syndrom. Disse medlemmer understreker at innføring av nye helsetilbud må sees i en prioriteringsmessig sammenheng, som sikrer at helsetilbudet først og fremst styrkes for de pasientene som trenger det mest, og der nytteeffekten er størst. Videre understreker disse medlemmer at bruk av ny teknologi må være i samsvar med formålsbestemmelsen i lov om bioteknologi, der det heter at teknologien skal utnyttes til beste for mennesker i et samfunn der det er plass for alle.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til debatten rundt gravide kvinners rett til ultralydundersøkelse i henholdsvis uke 11–14 eller/og i uke 17–19 og debatten i Stortinget basert på interpellasjon fra stortingsrepresentant Sonja Irene Sjøli den 27. april 2009. Professor Sturla Eik-Nes ved St. Olavs Hospital i Trondheim har lenge hevdet at det allerede i uke 12 er mulig å oppdage grove, alvorlige utviklingsavvik hos fostre som vi i dag ikke oppdager før i uke 18. I de tilfeller der slike alvorlige avvik blir oppdaget, mener disse medlemmer det vil være bedre for alle involverte at en eventuell avgjørelse om å foreta en abort kan komme så tidlig som mulig. Disse medlemmer vil også peke på de muligheter som vil åpne seg når det gjelder å planlegge eventuell behandling eller tilrettelegging for det nyfødte barnet eller til og med gi behandling før fødselen.

Utvidet ultralyd kombinert med blodprøve/duotest/dobbeltest tilbys ved flere privatklinikker i Norge til kvinner under 38 år hvis de betaler testen selv, men kvinner som er over 38 når fødselen forventes, eller som har Down syndrom i familien, kan få utført testen på offentlig sykehus. Før uke 17–19 må den gravide ut over dette i tilfeller hvor det ikke er indikasjon på at noe er galt, selv betale for ultralydundersøkelser.

Det er i dag ikke noe forbud mot å ta ultralydundersøkelse i 12. svangerskapsuke, men det må imidlertid i de fleste tilfellene betales av den enkelte selv. Slik disse medlemmer ser det, kan dette skape classeskillemellom dem som kjenner muligheten og har økonomi til å betale for undersøkelsen, og dem som ikke har slik kunnskap og økonomisk evne. Ultralydundersøkelsen kan etter disse medlemmers mening bidra til å styrke de følelsesmessige båndene mellom far, mor og det ufødte barnet – og eventuelt andre barn i familien. Kanskje kan en bevisstgjøring tidlig i svangerskapet om at fosteret virkelig er et barn og ikke bare uferdige celler, føre til at færre velger å ta abort også før uke 12. Disse medlemmer er opptatt av de fordeler tidlig ultralydundersøkelse kan gi hvis det tilbys gratis til alle

gravide i 11.–13. svangerskapsuke. Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen legge frem forslag om å gi et offentlig tilbud om ultralydundersøkelse til gravide kvinner i 11.–13. svangerskapsuke."

2.3 En helhetlig svangerskapsomsorg

Komiteen mener at svangerskapsomsorgen er avgjørende for å sikre god helse hos mor og barn, både fysisk og psykisk. Svangerskapsomsorgen skal sikre et helhetlig tilbud om oppfølging som omfatter helsemessige og sosiale forhold som har betydning for familien og det kommende barnet. Det må sikres et tverrfaglig samarbeid mellom leger, jordmødre og annet personell. Det er særlig viktig at familier med helsemessige og sosiale problemer får god oppfølging. Organiseringen av svangerskapsomsorgen må bidra til kontinuitet i tilbudet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid.

Meldingen refererer til undersøkelser som viser at jordmortjenesten er mangelfull og geografisk skjevfordelt. Små stillingsbrøker representerer en særlig utfordring i mindre kommuner. Komiteen merker seg at dette fører til dårlig tilgjengelighet til jordmortjenesten, begrensede muligheter for faglig utvikling og vanskelige arbeidsforhold for jordmødrene. Som følge av dette får mange gravide ingen reell mulighet for å velge mellom oppfølging fra lege eller jordmor i svangerskapet.

Komiteen mener det er behov for å styrke svangerskapsomsorgen og da særlig jordmortjenesten. Dette vil bidra til bedre oppfølging av den gravide, barnet og familien.

Komiteen viser til at Regjeringen skisserer to ulike modeller for organisering av jordmortjenesten uten å konkludere med hensyn til valg av modell.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener at jordmortjenesten som hovedregel må være et kommunalt ansvar. Slik flertallet ser det, vil dette være den best egnede forvaltningsmodellen for å sikre nærhet og tilgjengelighet til tilbudet for brukere i hele landet. En videreføring av det kommunale ansvaret legger bedre til rette for en lokal tilpasning av tilbudet enn en statlig forvaltning av tilbudet. Videre vil flertallet peke på at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å yte tjenester til familiene gjennom hele livsløpet. Et kommunalt ansvar for den lokale jordmortjenesten og svangerskapsomsorgen vil derfor legge bedre til rette for kontinuitet i oppfølgingen gjennom tiden før og under svangerskap, bar-

seltid, spedbarnstid og barnets oppvekst. Det kommunale hjelpeapparatets kjennskap til brukere med helsemessige og sosiale problemer kan være en viktig forutsetning for god oppfølging gjennom svangerskapet og tiden etter fødsel. En videreføring av det kommunale ansvaret for jordmortjenesten legger også til rette for et tverrfaglig samarbeid mellom jordmortjenesten og andre kommunale tjenester gjennom svangerskapet. Flertallet vil videre peke på at de fleste gravide er friske og har begrenset behov for spesialisthelsetjenestens tilbud. Etter flertallets vurdering vil et fortsatt kommunalt ansvar for jordmortjenesten være i samsvar med prinsippet om at ansvaret for helsetjenesten skal plasseres på laveste effektive omsorgsnivå.

Komiteen mener at en viktig premiss for god utnyttning av og likeverdig tilgang til den kommunale jordmortjenesten bør være at kommunene inngår interkommunalt samarbeid der dette er nødvendig. Spesielt gjelder dette for mindre kommuner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, er av den oppfatning at fortsatt kommunal forankring vil underbygge det kommunale ansvar for en helhetlig oppfølging av mor og barn hvor også jordmortjenesten inngår, og oppfordrer kommunene til å legge til rette for at lokal jordmor kan ha en sentral rolle i svangerskaps- og barselomsorg i samarbeid med helsestasjon og fastlege.

Flertallet mener at god kompetanse i fødselsomsorgen er av særlig betydning i områder med lang reisevei til fødeinstitusjonen. Disse forholdene bør derfor inngå som del av det foreslåtte avtalesystemet som skal regulere samarbeidet mellom kommuner/samarbeidende kommuner og tilhørende helseforetak. Flere helseforetak og kommuner har allerede inngått samarbeidsavtaler om svangerskapsomsorg. For å sikre tilgang til jordmortjenester bør de nye avtalene åpne for at slike ordninger videreføres dersom begge parter finner dette hensiktsmessig.

Flertallet mener at lokal jordmortjeneste fortsatt skal være et kommunalt ansvar, og at kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå avtaler for å sikre felles utnyttelse av jordmorressursene. Flertallet forutsetter at dette vil inngå som en del av det generelle avtalesystemet som foreslås innført i forbindelse med samhandlingsreformen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til den bebudede meldingen om samhandling i helsevesenet som ifølge Regjeringen skal legges frem for Stortinget i juni 2009. Forsinkel-

sen fra den opprinnelig planlagte fremleggelse fører dessverre etter disse medlemmers mening til at meldingen ikke kan behandles i denne sesjonen. Disse medlemmer anser imidlertid at det må være fornuftig å avvente innholdet i denne meldingen før man tar stilling til organiseringen av jordmortjenestene i fremtiden, selv om mye taler for at det er viktig å beholde tilbudet om jordmortjenester nærmest mulig brukerne. Skal man vurdere det samlede helsetilbudet under ett og utnytte de muligheter som kan ligge i bedre og tettere samhandling til beste for brukerne, mener disse medlemmer det er lite hensiktsmessig å binde seg til enkeltstående løsninger i dag.

Komiteen vil understreke at det er et generelt behov for å styrke den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å sikre bedre tilbud til pasientene og bedre ressursbruk i helsetjenesten. Norge er i verdenstoppen når det gjelder bevilgninger per innbygger til helsetjenesten. Til tross for dette rangeres Norge lavt i flere undersøkelser av sammenheng mellom ressursinnsats og resultater. Slik komiteen ser det, skyldes dette blant annet en skjevfordeling av ressurser mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mens det har vært en sterk ressursvekt i spesialisthelsetjenesten de siste årene, har det vært lav reell vekst i bevilgningene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette fører til mangelfulle helse- og omsorgstjenester i pasientenes nærmiljø og dermed høyere forbruk av spesialisthelsetjenester enn nødvendig. Samtidig fører denne skjevfordelingen til at det satses for lite på forebyggende helsetjenester. Slik komiteen ser det, må ressursinnsatsen i helsetjenesten i større grad rettes mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette vil bidra til at pasientene får bedre helsehjelp der de bor, og samtidig føre til bedre ressursbruk i helsesektoren.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener at en overføring av ansvaret for den kommunale jordmortjenesten til spesialisthelsetjenesten ved helseforetakene ikke vil være i samsvar med målet om å styrke primærhelsetjenesten.

Selv om den lokale jordmortjenesten som hovedregel skal være et kommunalt ansvar, stiller flertallet seg positivt til at det kan inngås avtaler om ulike former for ansvarsfordeling på tvers av kommuner og helseforetak. Dette er særlig aktuelt for mindre kommuner, der stillingsbrøkene for jordmødre er små.

Komiteen mener at gjennom samarbeid mellom helseforetak og kommuner kan både tilgjenge-

ligheten til tilbudet og kvaliteten i tjenesten styrkes. Komiteen har merket seg at flere kommuner og helseforetak har gode samarbeidsavtaler om jordmortjenesten som sikrer bedre tjenester til brukerne og god utnyttelse av personell i sektoren. Slik komiteen ser det, er det imidlertid nødvendig å sikre bedre finansieringsordninger som stimulerer til samhandling og desentraliserte tilbud. Komiteen ber Regjeringen fremlegge forslag til slike ordninger i forbindelse med den varslede stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. Komiteen understreker at avtalene må sikre klare ansvarsforhold og ryddige arbeidsforhold for jordmødrene.

Komiteen mener at jordmortjenesten må styrkes ressursmessig, slik at gravide får bedre tilbud om oppfølging. Det er spesielt viktig at tilbudet forbedres for gravide med særlige behov. Jordmordekningen må styrkes, og det må utarbeides planer for å sikre økt rekruttering av jordmødre. Komiteen viser til at det er forventet en økning i antall fødte på vel 8 000 barn i 2020 i forhold til 2008. Hvis en legger dekningsgraden for jordmødre for 2007 til grunn, innebærer dette ifølge Helsedirektoratet at det er behov for 336 flere jordmødre til å utføre 269 nye årsverk. Komiteen mener derfor at det er grunn til å vurdere en økning av dagens studiekapasitet for å opprettholde dagens dekningsgrad og møte forventet økning i antall fødsler. Komiteen har merket seg at beregningen legger dagens ansvar og organisering til grunn. Det må også etableres ordninger som sikrer bedre muligheter for kompetanseutvikling og erfaringsutveksling. På bakgrunn av dette fremmer komiteen følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å fremme forslag til tiltak for å styrke jordmortjenesten både med hensyn til kapasitet og kvalitet, og at dette forelegges Stortinget i egnet form."

Slik komiteen ser det, må ressursveksten i helsetjenesten vris mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten i fremtiden. Dette vil også bidra til å styrke svangerskapsomsorgen og tjenestene til barnefamilier.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, forutsetter at Regjeringen følger opp dette i forbindelse med forslag til statsbudsjett for 2010.

Komiteen mener at grupper med særlige behov må prioriteres også i svangerskapsomsorgen. God oppfølging gjennom svangerskapet er et viktig grunnlag for å ivareta familiens helse og trivsel. Gravide som har helsemessige problemer som medfører komplikasjoner, må sikres tverrfaglig oppfølging,

der jordmødres og legers komplementære kompetanse utnyttes. Komiteen støtter forslaget fra Nasjonalt råd for fødselsomsorg om at det må etableres tverrfaglige team som sikrer oppfølging av gravide og familier som har helsemessige eller sosiale problemer. Det er etter komiteens vurdering også viktig at familier som har behov for det, sikres god og tett oppfølging etter fødsel og i spedbarnstiden, slik at barna opplever god omsorg. Komiteen ber Regjeringen påse at dette omtales i de nye retningslinjene for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Komiteen mener det er svært urovekkende at kommunikasjonsproblemer fører til økt forekomst av komplikasjoner og dødfødsler blant kvinner med minoritetsbakgrunn. Komiteen har merket seg at Regjeringen vil utarbeide en nettbasert informasjonsportal om svangerskap, fødsel og barseltid på flere språk. Komiteen mener at denne informasjonen må gjøres tilgjengelig på flere språk også i skriftlig form, og ber Regjeringen om å sørge for at informasjonen er tilgjengelig i hele landet. Videre mener komiteen at tolketjenesten må styrkes. Komiteen viser til Duola-prosjektet i regi av brukerorganisasjonen Liv laga, som skal bidra til at kvinner med minoritetsbakgrunn får et bedre tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltid.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ber Regjeringen om å fremlegge forslag til støtteordninger for tiltak som skal bidra til bedre helsetjenester i forbindelse med svangerskap og fødsel, herunder for minoritetskvinner. På bakgrunn av dette fremmer flertallet følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2010 om å fremlegge forslag til en tilskuddsordning som kan bidra til utvikling av et bedre og mer sammenhengende tilbud gjennom hele svangerskapet, fødsel og barseltid. Ordningen må utformes slik at den bidrar til å utvikle bedre tilbud til gravide og familier med særlige behov."

Komiteen viser til at bruk av rusmidler under svangerskapet kan påføre barn betydelige helseskader. Etter komiteens mening er det nødvendig å legge føre-var-prinsippet til grunn og sikre at hensynet til å beskytte barnet mot helseskader tillegges avgjørende vekt. Komiteen understreker at helse- og sosialtjenesten må samarbeide om tiltak som sikrer at gravide som har rusmiddelproblemer, får bedre støtte til å gjennomføre et rusfritt svangerskap. Sosialtjenesten har plikt til å vurdere behov for tvangstil-

tak for å beskytte barnet etter lov om sosiale tjenester § 6-2a, dersom frivillige hjelpetiltak ikke fører frem.

Komiteen viser til at utvidelsen av tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering fører til et økende antall LAR-brukere som får barn. De siste ti år er det født om lag 150 barn av mødre som får vedlikeholdsbehandling. Det vises til Rapport 31/2008 fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som omhandler medikamentell vedlikeholdsbehandling av gravide. Det fremgår av rapporten at mødre som får vedlikeholdsbehandling under svangerskapet, føder barn med abstinens, lavere fødselsvekt og mulighet for utviklings- og atferdsforstyrrelser. Etter Kunnskapssenterets vurdering foreligger det ikke tilstrekkelig kunnskap til å gi klare anbefalinger om vedlikeholdsbehandling av gravide. I stortingsmeldingen varsles det at Helsedirektoratet vil fremlegge retningslinjer for vedlikeholdsbehandling av gravide i løpet av 2010. Slik komiteen ser det, har samfunnet et særlig ansvar for å beskytte barn mot helseproblemer og risiko for helseskader. Føre-var-prinsippet må ligge til grunn, og det vil ikke være etisk forsvarlig å utføre studier som kan føre til at barn påføres helseproblemer som kan unngås.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener at det derfor må legges til rette for at LAR-brukere som planlegger graviditet, kan slutte med vedlikeholdsbehandling før svangerskapet og i stedet tilbys tett oppfølging og medikamentfri behandling gjennom graviditeten. Både institusjonsopphold og andre hjelpetiltak må vurderes som alternativ til vedlikeholdsbehandling. I de tilfeller der frivillige hjelpetiltak ikke gir barnet tilstrekkelig beskyttelse, må sosialtjenesten vurdere tvungen tilbakeholdelse av den gravide etter lov om sosiale tjenester § 6-2a for å beskytte det ufødte barnet.

På bakgrunn av dette fremmer komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om snarest å utarbeide retningslinjer og støttetiltak som sikrer at LAR-brukere som planlegger graviditet, avslutter vedlikeholdsbehandling før svangerskapet og i stedet tilbys andre egnede støttetiltak som legger til rette for et rusmiddel- og medikamentfritt svangerskap."

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at

Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet nå utarbeider nasjonale retningslinjer for gravide i legemiddelassistert rehabilitering og oppfølgingstiltak for familiene fram til barna når skolealder. Kvinner i LAR som planlegger graviditet, og som frivillig ønsker å trappe ned substitusjonslegemiddelet, faller innenfor oppdraget for retningslinje-arbeidet. Kvinner som er i LAR, og som ønsker å trappe ned før de blir gravide, skal tilbys nødvendig støtte og oppfølging. Flertallet merker seg at det ikke er faglig konsensus om LAR-behandling hos gravide. Eventuelle bivirkninger og senvirkninger av LAR-behandling på gravide bør derfor kartlegges bedre. Det må utvises varsomhet i LAR-behandling til gravide med tanke på at barna kan rammes av negative konsekvenser som eventuelt ikke er fullt ut kjent for fagmiljøene på det nåværende tidspunkt.

For de aller fleste preges svangerskaps-, barsel- og småbarnstiden av glede og forventninger. Komiteen viser til en rapport utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten der det refereres til undersøkelser som viser at 5–20 prosent av norske kvinner rammes av fødselsdepresjon. Når psykiske problemer rammer gravide og foreldre, kan dette ha stor innvirkning på utviklingen av relasjonen til barnet og dermed på barnets helse og hele familiens livssituasjon. Komiteen mener det er viktig at temaet psykisk helse vies større oppmerksomhet i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, slik at det kan iverksettes hjelpetiltak for dem som har behov for dette. Komiteen har merket seg at det er avholdt konferanser, og at Folkehelseinstituttet har utgitt en bok om temaet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener det bør iverksettes informasjonstiltak om psykisk helse for alle gravide, blant annet for å skape større åpenhet om psykiske problemer i denne fasen av livet og for å forebygge utvikling av mer alvorlige psykiske lidelser.

Komiteen viser til bl.a. Helsedirektoratets nettbaserte helseportal til gravide og fødende som skal omfatte informasjon om graviditet og fødsel i tilknytning til psykisk helse, og til styrkingen av helsestasjonene som følge av Opptrappingsplanen for psykisk helse. I tillegg bør det utarbeides skriftlig informasjonsmateriell slik at de som ikke benytter nettbaserte tjenester, kan få den samme informasjonen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener det er viktig med god og

nødvendig informasjon til fødende kvinner for å skape en trygg atmosfære og bidra til at kvinnen er kjent med de forandringer og den utvikling som skjer gjennom et svangerskap og ved en fødsel. Disse medlemmer er imidlertid skeptiske til generell og overdreven informasjon om psykiske lidelser og muligheten for psykiske reaksjoner av forskjellig art som kan inntreffe i forbindelse med svangerskap og fødsel. Disse medlemmer vil ikke bidra til å skremme og eventuelt øke frykt gjennom informasjon om farlige og skremmende tilstander som tross alt bare rammer et mindretall. Det må imidlertid, slik disse medlemmer ser det, legges stor vekt på informasjon og grundig oppfølging av dem som rammes av uventede og problemfylte situasjoner i forbindelse med graviditet og fødsel.

Komiteen viser til at kommunene kan organisere jordmortjenesten ved å tilsette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtale med privatpraktiserende personell. Det ytes trygderefusjon for svangerskapskontroller utført av jordmødre både i privat avtalepraksis og i offentlig virksomhet.

Slik komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ser det, bør flere jordmødre gis mulighet for å ha driftstilskudd med trygderefusjon og dermed bidra til bedre tilgjengelighet til tjenesten og et større mangfold i tilbudet.

Komiteen viser til at det i blant annet Storbritannia, Nederland, New Zealand og Danmark har blitt innført ulike ordninger hvor én eller flere jordmødre i gruppe tar ansvar for oppfølging av et antall kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid, såkalt "Kjent jordmor"-ordning. Kvinnene mottar nødvendig oppfølging fra sin fastlege der det er behov.

Komiteen viser til at en helhetlig oppfølging er forebyggende og helsefremmende arbeid for hele familien. Komiteen er kjent med at Kvinneklubben på Rikshospitalet (RH) i Oslo har presentert et prosjekt "Helhetlig oppfølging i svangerskap, fødsel og barseltid – kjent jordmor i Oslo" for å sikre større valgmuligheter og bedre forutsigbarhet. Hensikten med prosjektet er å tilby kvinner kontinuitet, kjennskap og trygghet, og ordningen baserer seg på at kvinnen skal ha tilgang til kjente jordmødre som står til hennes rådighet når hun trenger det gjennom graviditet, fødsel og barseltid. I tillegg legges til rette for at jordmødre kan ha en annerledes organisering av arbeidstiden enn det som er vanlig, innenfor rammen av arbeidsmiljølovens bestemmelser. Jordmødrene vil få benytte, utvikle og beholde bredden i sin kompetanse. Prosjektet foreslås som et spleiselag og samhandlingstiltak mellom Oslo kommune og RH. Det

forutsettes at RH garanterer kvinner i prosjektet fast fødeplass, og det vil i tillegg bli utredet et samarbeid med fødestuen "Føderiket", som ligger under RH.

"Kjent jordmor" er prøvet ut med hell i flere land og er også under utprøving i Telemark i prosjektet "Jordmor der mor bor". Komiteen mener at "Kjent jordmor"-prosjekt er mulig å implementere gjennom et samarbeid mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten over hele landet både i større byer og i distrikt, der det ligger til rette for det.

Komiteen vil understreke at dette forutsetter en god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og at det utvikles finansierungsordninger som understøtter et slikt samarbeid og samhandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ber Regjeringen bidra til å igangsette "Kjent jordmor"-prosjekt i Oslo og i de andre storbyene hvor det ligger til rette for det.

2.4 Følgetjenesten

Komiteen mener at følgetjenesten er svært viktig for å sikre medisinsk forsvarlige forhold for fødende. Samtidig har følgetjenesten stor betydning for å sikre at gravide, særlig i distriktene, opplever trygghet ved reise til fødestedet. Undersøkelser som refereres i meldingen, viser at i 39 prosent av kommunene er det én times reisevei til fødestedet, og at 8 prosent av gravide har mer enn halvannen times reisevei til fødestedet. Gravide har ikke lovfestet rett til følgetjeneste. Komiteen viser til Helse- og omsorgsdepartementets problemnotat om fødselsomsorgen der det fremgår at 40 prosent av kommunene med over én times reisevei til fødested ikke har en følgetjeneste. Bare 38 prosent hadde døgnkontinuerlig følgetjeneste. De øvrige 22 prosent hadde følgetjeneste, men den var ikke kontinuerlig. Under halvparten av kommunene som hadde følgetjeneste, hadde en vikarordning.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, støtter Regjeringens forslag om å overføre ansvaret for følgetjenesten til de regionale helseforetakene og mener det er positivt at følgetjenesten dermed samordnes med den øvrige syke transportsen, inklusiv ambulansetjenesten.

Komiteen mener imidlertid at forslaget om en plikt for helseforetaket til å vurdere behovet for følgetjeneste ikke gir tilstrekkelig trygghet for fødende kvinner med lang reisevei til fødestedet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener derfor det må innføres en individuell rett til følgetjeneste for gravide med mer enn én times reisevei til fødestedet, dersom den gravide selv ønsker dette. Flertallet vil understreke at følgetjenesten må utføres av kvalifisert personell som lege eller jordmor. På bakgrunn av dette fremmer flertallet følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å fremlegge forslag til en lovbestemmelse som sikrer en individuell rett til følgetjeneste for gravide kvinner med mer enn én times reisevei til fødestedet."

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at syke transports allerede er en del av ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Regjeringen peker på at det i samsvar med anbefaling fra Nasjonalt råd for fødselsomsorgen er naturlig å foreslå én til halvannen times reisevei som veiledende grense, men dette vil avhenge av kommunikasjonsforhold, hvor langt fødselen er kommet etc. Behovet for følgetjeneste må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at jordmortjenester ved følgetjeneste i dag finansieres gjennom folketrygden, og at ansvaret for syke transports ble overført til de regionale helseforetakene i 2004. Disse medlemmer gikk imot å overføre dette ansvaret begrunnet i pasientenes rettigheter og faren for at en overføring til helseforetakene ville gjøre transportsen og kvaliteten på denne avhengig av foretakenes økonomi til enhver tid. Disse medlemmer vil påstå at kvaliteten på og tilgjengeligheten til tilbudet var bedre for pasientene så lenge dette var en rettighet finansiert av folketrygden. En overføring av ansvaret for jordmortjenester ved følgetjenestene vil, slik disse medlemmer ser det, kunne føre til en forringelse av tilbudet til fødende kvinner med særlig lang reisevei til fødestedet. Den beste kvalitetsmessige følgetjenesten mener disse medlemmer ville oppnås dersom både transportsen og jordmortjenesten var finansiert gjennom NAV og på denne måten utgjorde en rettighet for brukeren. Disse medlemmer vil på denne bakgrunn ikke støtte Regjeringens forslag.

2.5 Et trygt fødetilbud

Komiteen viser til at det de siste 35 år har vært en betydelig sentralisering av fødsler, og at ca. to tredjedeler av barn som fødes i Norge, blir født ved store fødeavdelinger. Komiteen har merket seg at fødselstallet ved mange fødestuer gradvis er blitt

mindre de senere år som følge av endringer i befolkningsstrukturen, men også fordi mange friske kvinner med forventet normal fødsel velger å føde ved større avdelinger i stedet for fødestuer som er nærmere bostedet.

Komiteen viser til St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap, jf. Innst. S. nr. 300 (2000–2001), og vedtak om desentralisert og differensiert fødselsomsorg.

Komiteen viser til at Nasjonalt råd for fødselsomsorg ble opprettet i 2002 for å bidra til gjennomføringen av Stortingets vedtak. Videre viser komiteen til Rådets sluttrapport fra 13. februar 2008 som ble oversendt Sosial- og helsedirektoratet.

Komiteen har merket seg at Statens helsetilsyn fant innholdet i sluttrapporten fra Nasjonalt råd for fødselsomsorg så bekymringsfullt at Helsetilsynet besluttet å foreta en gjennomgang av sine tilsynserfaringer innen fødselshjelpen fra 2004 til 2008 ved små fødeinstitusjoner med mindre enn 500 fødsler.

Komiteen vil bemerke at vedtaket om nivåinndelingen av fødeinstitusjonene forutsatte at gravide 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.

Komiteen har merket seg at det de senere år på grunn av betydelige omstillingsprosesser i helseforetakene har vært foretatt økonomisk motiverte endringer i fødetilbudet ved en del fødeavdelinger, som har ført til et dårligere tilbud til fødende. Komiteen mener det er uakseptabelt at fødetilbudet svekkes av økonomiske årsaker, og at fødekvinnene opplever mer stress og større utrygghet. Komiteen vil understreke at det må stilles krav til de regionale helseforetakene om at det ikke skal foretas økonomisk motiverte omstillinger som fører til et dårligere fødetilbud.

Komiteen vil påpeke at sommerstengte fødetilbud fører til lange reiseavstander og utrygghet for mange kvinner i distriktene. Problemet forsterkes ved at følgetjenesten ikke er tilstrekkelig utbygget, og at det ikke er jordmorberedskap. Komiteen mener det er uheldig å redusere kapasiteten og bemanningen når tilstrømmingen av antall fødende er størst, erfaringsmessig i juni, juli og august.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ber derfor Regjeringen å pålegge de regionale helseforetakene å sikre at fødetilbudene så langt som overhodet mulig holder åpent også i sommer- og ferietiden.

Komiteen mener at dersom det ikke er mulig å sikre forsvarlig drift i disse periodene, må helsefore-

takene samarbeide med kommunene om å sikre en forsvarlig følgetjeneste med jordmor eller lege for fødekvinne.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener dette må gjelde fødekvinne som har mer enn én times vei til fødeavdelingen.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, støtter forslaget om at regionale helseforetak får ansvar for følgetjenesten av gravide til fødested.

Komiteen mener at det må inngås lokale samarbeidsavtaler om jordmorberedskap for å sikre tryggheten for fødende også ved eventuelle sommer- og feriestengninger.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at dette allerede er ivarettet gjennom oppdragsdokumentene til regionale helseforetak for 2009, og viser til omtale i meldingen under punkt 6.7; Sommer- og feriestegning av fødeinstitusjoner. Regjeringens forslag om at regionale helseforetak får ansvar for følgetjeneste og lokale samarbeidsavtaler om jordmorberedskap, vil bidra til å opprettholde trygghet for fødende også ved eventuelle sommer- og feriestengninger.

Komiteen har merket seg at det har vært uttrykt bekymring omkring enkelte av omstillingsprosessene fra fødeavdeling til fødestue, og at disse innebærer mindre grad av medisinsk beredskap og færre tilbud av metoder for smertelindring. Komiteen mener at erfaringene med disse omstillingene har vist at det er viktig med gode og bredt inkluderende lokale prosesser ved utviklings- og omstillingsarbeidet.

Komiteen støtter Regjeringens forslag om at de regionale helseforetakene pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet sammen med berørte kommuner, og mener det er viktig at planen også omfatter svangerskaps- og barselomsorg. Komiteen mener planen må sikre tilstrekkelig kapasitet i forhold til fødselstall, og at den må være i samsvar med utvikling av akuttilbudet ved lokalsykehus. Komiteen vil understreke at det må sikres et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Videre vil komiteen understreke at planen også må omfatte planer for rekruttering og plassering av utdannings-

stillinger for gynekologer, og at det sikres tilstrekkelig rekruttering av jordmødre.

Komiteen mener det er viktig i planleggingen å vektlegge antall fødende i opptaksområdet og å ta hensyn til geografi, kommunikasjonsmuligheter, struktur for lokal jordmortjeneste og følgetjeneste. Komiteen mener i tillegg at det skal tas hensyn til kultur- og språkforskjeller i de ulike regionene. Komiteen er opptatt av at brukere med relevant kompetanse trekkes med i utarbeidelsen av planen, og at både Helsedirektoratet og Nasjonalt råd for fødselsomsorg trekkes aktivt med i dette arbeidet.

Komiteen støtter Regjeringens forslag om at inndelingen i tre nivåer av fødeinstitusjonene: kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue, opprettholdes, og at de nåværende tallgrenser oppheves og erstattes av nasjonale kvalitetskrav til fødeinstitusjonene. Komiteen mener slike kvalitetskrav bl.a. må være kompetansekrav til ansatte, rotasjons- og hospiteringsordninger, kurs og trening i akutte situasjoner, samt retningslinjer for hvilke gravide som bør føde ved de enkelte fødeenhetene. I tillegg mener komiteen at det er et sentralt kvalitetskrav å sikre stabilitet i fagmiljøene og forsvarlige vaktordninger for gynekologer ved de små fødeavdelingene. Komiteen har merket seg at Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene skal utarbeide kvalitetskrav, og at Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal trekkes inn i arbeidet. Komiteen vil understreke at de regionale helseforetakene må pålegges å etablere et system som sikrer at kvalitetskravene følges opp, og at fagmiljøene og brukerorganisasjonene må inkluderes i arbeidet med utarbeidelse av kvalitetskravene.

Komiteen er kjent med at Den Norske Jordmorforening og brukerorganisasjonen "Liv laga" i innspill til Helse- og omsorgsdepartementet har påpekt at kvinner i aktiv fødsel ofte er overlatt til seg selv som følge av for dårlig bemanning ved fødeavdelingene. Komiteen viser til retningslinjene fra WHO der det heter at en kvinne i aktiv fødsel ikke bør forlates alene. Komiteen ber Regjeringen om å utarbeide nasjonale retningslinjer som sikrer at kvinner i aktiv fødsel har kvalifisert fødselshjelp til stede dersom hun ønsker det, for å ivareta kvinnens trygghet og redusere farene for komplikasjoner.

Komiteen viser til at det i meldingen foreslås at Helsedirektoratet skal utarbeide nasjonale retningslinjer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ber Regjeringen sørge for at jordmorbemanningen ved fødeavdelingene

styrkes for å sikre en bedre oppfølging av fødekvinne.

Komiteen viser til Regjeringens forslag i meldingen om at de regionale helseforetakene pålegges å utarbeide en flerårig, helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen sammen med berørte kommuner.

Komiteen er opptatt av at familier som venter eller har fått barn med nedsatt funksjonsevne, får tidlig støtte og nødvendig profesjonell bistand. Dette gjelder både før fødsel og særlig etter fødselen. Komiteen vil understreke at dette kan innebære stor usikkerhet og bekymring hos familien, og det trengs bistand fra fagpersoner som både kan gi hjelp ved psykososiale problemstillinger, informasjon om funksjonshemningen, samt være familiens støtteperson når det gjelder de ulike velferdstjenester det vil være behov for. Komiteen mener at helsefaglig og sosialfaglig kompetanse samt kunnskap om funksjonshemningen er nødvendig for å kunne ivareta en slik funksjon. Komiteen viser til Oslo universitetssykehus Ullevål som har en ansatt vernepleier i en spesialistkonsulentfunksjon ved kvinneklinikken/barnesenteret.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ser på denne ordningen som svært positiv og vil be Regjeringen om å sikre tilsvarende tilbud ved andre fødeinstitusjoner.

Flertallet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen opprette rådgivere på alle barneavdelinger på sykehus som skal ha en koordinerende og rådgivende funksjon for familier som venter eller får et barn med nedsatt funksjonsevne."

Komiteen mener at tilsvarende kompetanse må være tilgjengelig i kommunene/helsestasjonene og bidra til at foreldre i større grad kan være foreldre og ikke koordinatører. Komiteen vil understreke at behovene for denne gruppen må gjenspeile seg i en plan for en helhetlig og sammenhengende omsorg.

Komiteen mener det bør være en kommunal/interkommunal (barne)koordinator i kommunene som har et tett samarbeid med rådgiveren på sykehuset. Koordinatoren i kommunen bør ha oversikt over og informere om hvilke tjenester kommunen kan tilby familien, være behjelpelig med utfylling av søknader og innhenting av dokumentasjon, koordinere ansvarsgruppemøter og sikre at individuell plan blir en realitet. Samarbeid mellom en rådgiver på sykehusets barneavdeling og en koordinator i kommunen vil

ha stor betydning for at familiene opplever helhetlige hjelpetiltak.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen bidra til at kommunene oppretter koordinatorene for familier med barn som har behov for sammensatte tjenester på grunn av nedsatt funksjonsevne."

Flertallet viser til forslag fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet i Innst. S. nr. 150 (2006–2007) om at Regjeringen vurderer tiltak for å sikre kompetanse ved sykehusene og i kommunene overfor familier som venter eller har fått et funksjonshemmet barn. Videre viser flertallet til merknad fra komiteen der det står at "Regjeringen tar sikte på å revidere strategiplanen (for familier med barn som har nedsatt funksjonsevne) i løpet av dette året". Flertallet kan ikke se at Regjeringen har fulgt opp noe av dette, verken i 2007 eller siden.

Komiteen vil fremheve at forberedelse til fødsel og foreldreskap starter allerede ved første kontroll i svangerskapet. Å bidra til at kvinnen får trygghet for at fødsel i utgangspunktet er en normal fysiologisk prosess er avgjørende for motivasjonen når fødselsarbeidet starter. Komiteen viser til at alle tiltak i svangerskaps- og fødselsomsorgen skal baseres på kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbaserte retningslinjer for svangerskap, fødsel og barseltid bør omhandle forhold som fremmer den normale fysiologiske fødsel. Støtte under fødsel gir positive resultater for kvinnen og det nyfødte barnet; det samme gjelder kontinuitet i omsorgen.

WHO har utviklet overordnede mål og prinsipper både når det gjelder program og anbefalinger for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, og komiteen mener disse prinsippene må legges til grunn for organiseringen og utviklingen av omsorgen og tjenestetilbudet. Komiteen viser for øvrig til omtalen av "Kjent jordmor"-prosjektet.

2.5.1 Fødestuer

Komiteen viser til at Stortinget i 2002 vedtok at ansvaret for fødestuene skulle legges til regionale helseforetak.

Komiteen mener fødestuer er en viktig del av det helhetlige tilbudet. De har en viktig funksjon både i storbyene og i distriktene og må opprettholdes. Fødestuene kan være lokalisert i tilslutning til en fødeavdeling med full medisinsk beredskap, i et lokalsykehus uten fødeavdeling eller være en frittstående

enhet. Komiteen mener videre at fødestuer er et godt tilbud til kvinner med forventet normal fødsel av friske barn, men at kvinner som blir vurdert til å ha risikofaktorer ved fødsel, må føde ved fødeavdelinger med god medisinsk beredskap.

Komiteen er opptatt av å sikre både en desentralisert og differensiert fødselsomsorg og mener at fødestuer bidrar til det. Ved fødestuene gis det et fødetilbud som støtter opp under fødselen som en normal prosess med vekt på liten medisinsk intervensjon.

Komiteen mener at jordmorstyrte fødestuer kan opprettes utenfor sykehus eller i sykehus uten fødeavdeling for å gi et desentralisert tilbud. Videre mener komiteen at jordmorstyrte fødestuer kan opprettes i sykehus i tilknytning til større fødeavdelinger slik at de kan gi et differensiert tilbud. Det er etablert slike tilbud flere steder med svært godt resultat, og komiteen mener de må opprettholdes. Det gjelder bl.a. tilbud ved kvinneklinikkene i Bergen, Stavanger og Oslo.

Komiteen viser til "Føderiket", som er en frittstående fødestue i Oslo under Rikshospitalet. Det ble åpnet i 2007 og er et fem-års prosjekt. "Føderiket" representerer et meget godt og viktig tilbud til fødekvinne i hovedstadsområdet, og i tillegg representerer det en faglig spydspiss for å tilrettelegge den normale fødsel uten medisinsk intervensjon. Komiteen er svært positiv til dette tilbudet og vil henstille til Oslo kommune og Rikshospitalet om å inngå et tettere samarbeid når det gjelder svangerskapsomsorgen for å bidra til å videreutvikle et tilbud om en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i denne regionen.

2.5.2 Forsterkede fødestuer

Komiteen viser til at man ved enkelte fødestuer, som i Odda, Lofoten og Lærdal, av lokale årsaker har valgt å omstille fødeavdeling til fødestue med beredskap for akutte keisersnitt. Forsterkede fødestuer ledes av jordmor og har i tillegg gynekolog eller kirurg i beredskap for hastekeisersnitt. For mange fødende er tryggheten som ligger i muligheten for hastekeisersnitt, viktig. Komiteen vil understreke at forutsetningen for å opprettholde slike fødetilbud er en god seleksjon av gravide med en viss risiko for komplikasjoner og henvisning til en fødeavdeling eller kvinneklinikk med høy faglig beredskap. Komiteen mener at ved store avstander og vanskelige transportforhold er forsterkede fødestuer en god løsning. Komiteen vil imidlertid påpeke at disse tilbudene er svært sårbare og er avhengig av en unik kompetanse hos få fagpersoner. Det blir for eksempel stadig færre kirurger som kan og vil påta seg ansvar for å utføre et hastekeisersnitt bl.a. fordi de gjør det så sjelden.

På bakgrunn av dette fremmer komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å kartlegge personellsituasjonen ved de forsterkede fødestuene i et 5–10 års perspektiv og iverksette tiltak for å skape nødvendig trygghet og forutsigbarhet."

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at Regjeringen foreslår at regionale helseforetak skal utarbeide flerårige og lokalt tilpassede planer for fødetilbudet i regionen sammen med berørte kommuner. Planen skal sikre de fødende i regionen et desentralisert, differensiert og forutsigbart tilbud og bl.a. omfatte planer for rekruttering og utdanningsstillinger for gynekologer.

Komiteen mener det er viktig at det på steder med lang reisevei legges til rette for at jordmødre kan forløse lokalt når transportfødsler ikke kan unngås.

2.5.3 Fødeavdelinger

Komiteen viser til at fødeavdelinger har høye krav til beredskap fordi fødsler skjer gjennom hele døgnet. Komiteen er kjent med at rekrutteringen av gynekologer er vanskelig ved mange små og enkelte større fødeavdelinger. En del fødeavdelinger og forsterkede fødestuer er avhengig av vikar for å dekke vakter. Komiteen har merket seg at det er en utfordring å opprettholde god nok kvalitet ved at vikarleger ikke alltid er fortrolig med rutiner og prosedyrer. Komiteen viser for øvrig til at tidligere Nasjonalt råd for fødselsomsorg blant annet i sin sluttrapport i februar 2007 uttrykte sterk bekymring for kvaliteten ved de små fødeavdelingene, noe som førte til at Statens helsetilsyn foretok en gjennomgang av tilsyn ved fødeavdelinger med mindre enn 500 fødsler. Helsetilsynet konkluderte på grunnlag av gjennomgangen i 2008 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.

Komiteen finner det nødvendig å trekke frem de forhold Helsetilsynet påpekte når det gjelder risikoområder/faktorer som innebærer en risiko for pasientbehandlingen:

- 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
- mangelfull seleksjon eller overflytting av risikogravide
- mangelfull opplæring og implementering av prosedyrer og rutiner
- mangelfull 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.

Komiteen ser med sterk bekymring på Helse-tilsynets konklusjoner og ber Regjeringen igangsette nødvendige tiltak for å sikre et faglig forsvarlig tilbud ved de små fødeavdelingene.

2.5.4 Kvinneklinikker

Komiteen har merket seg at mer enn to tredjedeler av de gravide føder ved store fødeinstitusjoner/kvinneklinikker, og at fødselstallet varierer fra 700 til 7 000 fødsler. Komiteen mener at fødetilbud for risikofødsler, hvor det er eller kan oppstå komplikasjoner og eller sykdom hos mor eller barn, legges til kvinneklinikker med nødvendig faglig tverrfaglig kompetanse og høy beredskap. Komiteen mener det er nødvendig med tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsbemanning og barneavdeling med mulighet for intensivbehandling av nyfødte.

Komiteen vil påpeke at de største kvinneklinikkene har særlige utfordringer med å sikre kontinuitet i behandlingen, informasjonsoverføring og individuelt tilpassede tilbud. I tillegg har komiteen registrert at det er en stor arbeidsbelastning på hver vakt og mye ubekvem arbeidstid. Dette er forhold som bidrar til høy turnover av ansatte, noe komiteen mener kan påvirke kvaliteten på fødetilbudet. Komiteen viser til at det fødes flest barn ved de store avdelingene, og at det er viktig å sikre god kvalitet på tilbudet. Komiteen mener derfor det vil være hensiktsmessig at det gjennomføres tilsyn også ved de store fødeavdelingene.

Komiteen deler bekymringen for at fødende med lav risiko for komplikasjoner får unødig intervensjoner når de føder i høyt spesialiserte fødeavdelinger. Komiteen har merket seg at 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. Komiteen mener det er svært positivt at mange store fødeavdelinger gjennomfører tiltak for å differensiere tilbudet. Videre er komiteen tilfreds med at det ved enkelte store fødeavdelinger er etablert såkalte myk-enheter og fødestuer.

Komiteen påpeker at fødende i utgangspunktet er friske, og mener det gir feil signal når intervensjon i fødselshjelpen premieres økonomisk. Komiteen vil derfor henstille til Regjeringen om å ta hensyn til dette i vurderingen av finansiering av fødselshjelpen.

2.5.5 *Hjemmefødsler*

Komiteen har merket seg at hjemmefødsler forekommer relativt sjelden i Norge, og at det i 2007 var 233 planlagte og ikke-planlagte hjemmefødsler. Komiteen mener det er viktig å skille mellom planlagte og ufrivillige hjemmefødsler. Det er stor forskjell på å føde trygt hjemme med en kjent jordmor til stede og å føde alene uplanlagt uten kvalifisert fødselshjelp.

Komiteen er opptatt av å sikre god kvalitet og et godt tilbud om hjemmefødsler for dem som ønsker det, og støtter derfor forslaget om at hjemmefødsler inkluderes i de faglige retningslinjer for en samlet svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

2.5.6 *Rekruttering av fagpersonell*

2.5.6.1 GYNEKOLOGER

Komiteen mener at den flerårige helhetlige planen for fødetilbudet må omfatte planer for rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for gynekologer. Komiteen har merket seg en undersøkelse fra Norsk gynekologisk forening våren 2008 som tyder på at det vil bli et underskudd på spesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp fram mot 2015–2020. Årsaken er lav utdanningskapasitet, høy avgang av leger som når pensjonsalder, og at yngre sykehusleger ikke er villige til vaktbelastninger og lange arbeidsuker. Komiteen har videre merket seg at mange avdelinger, både store og små, er avhengig av vikarer, og at andelen utenlandske leger er relativt høy. Komiteen ser med bekymring på at det er vanskelig å rekruttere gynekologer til små avdelinger, og at det er for få utdanningsstillinger ved disse avdelingene. Arbeidssituasjonen ved de små avdelingene med stor vaktbelastning og lite pasientvolum gjør at det er vanskelig å rekruttere gynekologer. For å bedre rekrutteringssituasjonen ved de små avdelingene mener komiteen det bør legges vekt på å utdanne gynekologer med breddekompetanse.

Komiteen er kjent med at det er mange privatpraktiserende spesialister som har driftsavtaler med regionale helseforetak, men at det ikke har vært noen økning av antall hjemler siden 1998. Komiteen mener det må være et mål at spesialister med driftsavtaler skal bidra til å oppfylle helseforetakenes "sørge for ansvar". Komiteen mener det bør vurderes, der hvor det ligger til rette for det, om privatpraktiserende gynekologer kan inngå i vaktberedskapen ved fødeavdelingene.

2.5.6.2 JORDMØDRE

Komiteen viser til at det er forventet en økning i antall fødte på vel 8 000 barn i 2020 i forhold til 2008. Hvis en legger dekningsgraden for jordmødre for 2007 til grunn, innebærer dette ifølge Helsedirektoratet at det er behov for 336 flere jordmødre til å utføre 269 nye årsverk, og at det er grunn til å vurdere en økning av dagens studiekapasitet for å opprettholde dagens dekningsgrad og møte forventet økning i antall fødsler. Komiteen har merket seg at beregningen legger dagens ansvar og organisering til grunn. Det vises til komiteens forslag om en plan for å sikre økt rekruttering av jordmødre, som fremmet under kapitlet om svangerskapsomsorgen.

Komiteen har merket seg at en krevende arbeidssituasjon på sykehus med stor vaktbelastning og høy andel deltidsstillinger både ved sykehus og i kommunene, bidrar til at avgangen fra jordmoryrket er relativt stor. Komiteen mener det er behov for å øke utdanningskapasiteten for jordmødre mer enn det Helsedirektoratet har anslått, for å følge opp forslagene i stortingsmeldingen for å sikre en kvalitativt god svangerskapsomsorg og fødselshjelp i framtida.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, fremmer derfor følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å øke utdanningskapasiteten for jordmødre."

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at det arbeides med å styrke kapasiteten i sykepleierutdanningen som er grunnutdanningen for dem som videreutdanner seg til jordmor. Videre vises det til data fra HelseMod der det går fram at andelen som fullfører påbegynt jordmorutdanning, er høy, og at rundt 90 prosent av de utdannede arbeider i helse- og omsorgstjenesten. Utviklingen i utdanningskapasiteten for jordmødre følges nøye med hensyn til tilbud og etterspørsel i samarbeid med Kunnskapsdepartementet og Helsedirektoratet. Det bør også være et mål å utnytte dagens jordmorressurser på en bedre måte bl.a. gjennom opprettelse av større stillinger, først og fremst i kommunene, men også i helseforetakene. Det bør også arbeides for å gjøre stillingene mer attraktive med tanke på å rekruttere jordmødre som i dag arbeider i andre typer stillinger, tilbake til stillinger med behov for spesifikk jordmorkompetanse.

2.5.6.3 BARNEPLEIERE

Komiteen har merket seg at antall sysselsatte og årsverk for hjelpepleiere i spesialisthelsetjenesten

er redusert med 10 prosent de siste tre årene. Det mener komiteen er bekymringsfullt. Barnepleiere assisterer jordmødrene ved fødsel og er mye i kontakt med mor og barn etter fødselen for bl.a. å gi ammeveiledning. Komiteen har merket seg at den nye fireårige utdanningen til helsefagarbeider vil erstatte tidligere utdanninger til hjelpepleier og omsorgsarbeider. Videre har komiteen merket seg at nåværende antall elever under utdanning til helsefagarbeider ikke er tilstrekkelig for å erstatte avgangen av hjelpepleiere. Komiteen mener dette vil kunne ha negative konsekvenser for tilgangen på fagarbeidere med kompetanse innen barsel- og barnepleie.

På bakgrunn av dette fremmer komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen bidra til at kapasiteten for utdanning av helsefagarbeidere med kompetanse innen barsel- og barnepleie økes for å sikre tilstrekkelig kapasitet."

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at helsefagarbeiderutdanningen allerede har god kapasitet. Utfordringen er å få unge mennesker til å søke seg til utdanningen. Gjennom videreutdanning, for eksempel innen barsel- og barnepleie, er det lagt til rette for et formalisert fremtidig karriereløp for helsefagarbeidere. Et slikt utdanningsløp med mulighet for påbygning vil kunne virke rekrutterende til grunnutdanningen som helsefagarbeider.

2.5.6.4 SYKEPLEIERE

Komiteen mener at videreutdanningen for sykepleiere innen nyfødttmedisin som skjer på Lovisenberg diakonale høgskole, må fortsette for å kunne sikre kompetanse på å ivareta de sykeste barna. Komiteen vet at tilbudet finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet og Kultur- og kirkedepartementet, og at det i oppdragsdokumentet oppfordres til bruk av disse plassene, men mener at dette bør samles og sikres en forutsigbar drift.

2.5.6.5 FAGLIGE NETTVERK

Komiteen vil påpeke at det er en krevende oppgave å opprettholde et godt tjenestetilbud i et land med spredt bosetting og lange avstander. Det stiller store krav til god organisering og samhandling mellom de ulike fødeinstitusjonene. Komiteen mener at faglige nettverk mellom de ulike aktører og nivåer kan være et godt virkemiddel for å gjøre de små fødeenheter mer robuste og sikre en bedre kvalitet og

trygghet. Komiteen mener de regionale helseforetakene må legge til rette for at det dannes faglige nettverk innen helseforetakene og mellom helseforetakene. Det vil være en fordel at det tas utgangspunkt i de større avdelingene, og komiteen mener det er spesielt viktig å tilrettelegge for hospiterings- og rotasjonsordninger, og at det blir en felles arena for å drøfte faglige spørsmål.

2.5.6.6 NASJONALE RETNINGSLINJER FOR FØDSELSOMSORGEN

Komiteen er tilfreds med at Helsedirektoratet skal utarbeide nasjonale retningslinjer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, og at retningslinjene blant annet bør omfatte håndtering av overtidige svangerskap. Komiteen mener dette er et positivt tiltak for å sikre helhet og kvalitet i tjenestene.

2.6 En familievennlig barselomsorg

Komiteen har merket seg utviklingstrekkene de siste tiår når det gjelder barselomsorgen som viser at det har vært en reduksjon i varigheten av barseltiden på sykehus ned mot to–tre dager for kvinner med ukompliserte fødsler og med friskt barn. Komiteen vil påpeke at det innebærer at kvinner i en del tilfeller reiser hjem før ammingen eller flaskematingen har kommet godt i gang, og at det derfor vil være behov for oppfølging av mor og barn etter hjemkomsten. Komiteen mener at ingen mødre bør sendes hjem før ammingen eller flaskemating er godt etablert, eller at fødestedet har forsikret seg om at kvinnen får god oppfølging fra helsestasjon/ammepoliklinikk eller Ammehjelpen. Komiteen mener derfor det vil være gunstig med en fleksibel liggetid på barselavdelingen. Komiteen vil for øvrig minne om retningslinjene for Mor–barn–vennlige fødesteder hvor det i punkt 10 sies følgende:

"Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde/barselavdelingen og helsestasjonen. Helsestasjonen bør informere om Ammehjelpen, og støtte opprettelse av ammehjelpsgrupper."

Komiteen vil understreke at barseltiden må organiseres på en måte som gjør at kvinner med helseproblemer, også psykiske og sosiale problemer, etter fødsel fanges opp, og at de tilbys tilstrekkelig oppfølging.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener den lokale jordmortjenesten fortsatt skal være et kommunalt ansvar, og at helseforetak og kommuner må inngå avtaler

som sikrer felles utnyttelse av jordmødre i barselomsorgen.

Komiteen vil understreke at den nødvendige oppfølging av mor og barn de første dagene etter hjemkomst bør skje gjennom et godt samarbeid mellom fødeinstitusjonene og kommunehelsetjenesten.

Selv om den lokale jordmørtjenesten fortsatt skal være lokalt forankret, mener komiteen det ikke er noe i veien for at spesialisthelsetjenesten kan ha ansvar for mor og barn i fem dager, som en veiledende grense, etter hjemkomsten fra fødeavdelingen. Komiteen mener uansett det må være en ordning hvor kvinnene kan kontakte føde/barselavdelingen om råd om for eksempel amming eller andre problemer utenom kontortiden på helsestasjonen de første dagene.

Komiteen viser til at helsestasjonsprogrammet for barn 0–5 år anbefaler hjemmebesøk i løpet av de første to ukene etter fødselen og etablering av barsel/nettverksgrupper innen fire uker. Komiteen mener det bør gis tilbud om hjemmebesøk i løpet av de første to ukene etter fødselen til alle, og ber Regjeringen vurdere en endring i helsestasjonsprogrammet.

Komiteen vil understreke at det ved tidlig hjemreise fra fødeavdelingen må sikres en kompetanse for å utføre nødvendige medisinske undersøkelser av den nyfødte som hørselsscreening og nyfødtscreening i form av blodprøve for å oppdage sjeldne, men alvorlige, medfødte sykdommer. Komiteen mener det også er helt nødvendig å sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet for å følge utviklingen av gulsott hos nyfødte, samt sikre at ammingen kommer i gang, og at vektøkningen er tilfredsstillende. Komiteen vil i denne sammenheng peke på muligheten for å dra nytte av spesialisthelsetjenestens kompetanse både ved helsestasjonene og i hjemmene gjennom en god samhandling.

Komiteen vil også understreke betydningen av at foreldrene får nødvendig informasjon både skriftlig og muntlig om mulige komplikasjoner hos mor og barn.

Komiteen er kjent med de positive effektene av amming og anerkjenner det viktige arbeidet som gjøres for å fremme amming. Samtidig vil komiteen understreke at kvinner som av ulike årsaker ikke kan eller vil amme, må få bedre informasjon om flaskemating. Departementet bes påse at det utarbeides veiledningsmateriell om dette som er tilgjengelig for helsepersonell og brukere.

Komiteen har merket seg ordninger som "Familiens hus/familiesentre" som er en lokalt forankret, samordnet og samlokalisert virksomhet for barn, unge og foreldre. Det vises til at modellen er evaluert og anbefalt som en organisasjonsmodell for landets kommuner, og at det allerede finnes 60 slike

virksomheter i Norge. Komiteen mener dette er en god modell som flere kommuner bør etablere.

Komiteen er enig i at fars tilstedeværelse i ukene rundt fødsel, og ikke minst etter hjemkomsten fra fødeavdelingen, er sentral for å etablere rollen som omsorgsperson og for å gi støtte og trygghet til mor i denne fasen. Komiteen mener det er viktig å vurdere tiltak som sikrer bedre ordninger for omsorgspermisjon også for far. Komiteen vil påpeke at sene meldinger fra fødeinstitusjonen til kommunen kan forsinke oppfølgingen av familien i barseltiden, og mener det er behov for å utvikle løsninger som sikrer raske meldinger til helsestasjonene/jordmødrene. Komiteen vil sterkt anmode Regjeringen om at arbeidet med å sikre at helsestasjonene skal kunne motta elektronisk melding raskt etter fødsel, må forseres.

Komiteen mener helsestasjons- og skolehelsetjenesten spiller en nøkkelrolle i et effektivt forebyggende helsearbeid, bl.a. som lavterskel helsetilbud for gravide, småbarnsfamilier, barn og unge. Til tross for en styrking gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse er kapasiteten fortsatt for lav tatt i betraktning behovene og potensialet for forebygging. Komiteen imøteser en ytterligere satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsesøster- og helsestasjonstjenesten har gode muligheter for å drive oppsøkende virksomhet helt fra spedbarnsstadiet, og derved en god mulighet for å gi råd og sette inn hjelpetiltak på et tidlig tidspunkt, før alvorlige problemer utvikler seg. Komiteen vil understreke behovet for å sikre at en større andel av ressursene i helsetjenesten bevilges til kommunale helse- og omsorgstiltak, herunder helsestasjonene.

Komiteen viser til et prøveprosjekt i regi av kvinneklinikken ved Haukeland sykehus i Helse Bergen, der mødre som forlater sykehuset innen ett døgn etter fødsel, får tilbud om hjemmebesøk av jordmor inntil tre ganger. Komiteen har merket seg de positive erfaringene med ordningen og mener det bør legges til rette for tilsvarende tilbud flere steder.

Komiteen viser til prosjektet der familier med tidlig hjemreise tilbys oppfølging i hjemmet av jordmor. Nødvendige prøver av barnet tas hjemme slik at familien ikke behøver å reise til sykehuset for dette. Tilbudet er frivillig og tilbys dem med normalt svangerskap og normal fødsel til termin som bor i rimelig reiseavstand til kvinneklinikken. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt sin støtte til dette prosjektet i 2009. I prosjektet er det medberegnet en innsparing for helseforetaket ved at sykehussenger frigis. I tilsagnet for 2009 er det derfor lagt som premiss at dette tilbudet på sikt dekkes innenfor helseforetakets rammer. Det er positivt at det finnes et slikt tilbud, men komiteen vil påpeke at det må være et frivillig tilbud for de familiene som ønsker det. Det må videre

legges godt til rette for at jordmor følger opp i hjemmet. Dersom dette skal gjennomføres i distrikt med lang vei til sykehus, må det legges til rette for at lokal jordmor kan tilby hjemmebesøk, men dette forutsetter nødvendig kompetanse og opplæring gjennom avtale mellom kommune og helseforetak.

2.7 Kvalitet i alle ledd

Komiteen viser til at tilbudet til gravide, fødende og barselfamilier i Norge er blant det beste i verden, men mener det fortsatt er betydelige utfordringer med å sikre god kvalitet i alle ledd. Komiteen er opptatt av at det må etableres et mer systematisk og kontinuerlig kvalitetsarbeid i hele helsetjenesten, herunder i svangerskapsomsorgen, fødetilbudet og barselomsorgen.

Komiteen støtter Regjeringens forslag om å oppheve dagens tallgrenser for nivåinndelingen i fødselsomsorgen og mener det vil være hensiktsmessig å erstatte disse med mer treffsikre krav til kvalitet og kompetanse. Tallgrensene kan ha ført til at frykt for nedleggelse ved de mindre fødeenhetene har medført en for restriktiv praksis når det gjelder henvisning til større fødeenheter, og dermed økt risikoen for komplikasjoner og kvalitetssvikt. Komiteen vil imidlertid påpeke at mengdetrening er relevant for å sikre god kvalitet i tilbudet, og forutsetter at nye krav til hospiteringsordninger og kompetanseutvikling ivaretar dette. Videre vil komiteen understreke at god grunnbemanning, kompetanse og kontinuitet blant personalet er avgjørende for å sikre kvaliteten i tilbudet.

Slik komiteen ser det, må de nye kvalitetskravene innebære strukturelle krav som bidrar til stabile og robuste fagmiljøer og til å forhindre permanente ordninger med bruk av vikarer/vikarstafetter. Videre må det stilles krav til skriftlige rutiner og prosedyrer, samt trening på modeller for behandling av mor og barn.

Komiteen mener også at det er nødvendig å videreutvikle krav til resultat som omfatter flere forhold enn dagens indikatorer. Det vises til at National Institute of Clinical Excellence i Storbritannia i 2007 publiserte 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. Komiteen har merket seg at Sundhetsstyrelsen i Danmark har tilsvarende retningslinjer under utarbeidelse.

Komiteen ønsker fortgang i arbeidet med å utvikle nye kvalitetsindikatorer, og understreker at disse må gjøres offentlig tilgjengelige slik at brukere,

helsepersonell og myndigheter kan få nødvendig innsyn i tjenestenes kvalitet.

Komiteen mener at Medisinsk fødselsregister (MFR) skal være et redskap for kvalitetsutvikling i fødetilbudet. Dette krever, slik komiteen ser det, at registerets virksomhet styrkes slik at data kan gjøres tilgjengelig raskere. Videre må data gjøres tilgjengelig på institusjonsnivå, slik at det kan gi grunnlag for konkrete forbedringstiltak. Komiteen mener et tettere samarbeid mellom fagmiljøene og MFR vil bidra til å forbedre arbeidet med kvalitetsutvikling. Det kan være hensiktsmessig å utvide datasettet for å sikre at fødselsregisteret blir bedre egnet for kvalitetsforbedring.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil imidlertid understreke behovet for å ivareta personvernet ved registrering av sensitive opplysninger på individnivå og ber Regjeringen sørge for at registeret krypteres for å sikre at færrest mulig gis innsyn i pasientenes private forhold.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at Medisinsk fødselsregister er hjemlet i helseregisterloven § 8 som pålegger intern kryptering.

Komiteen støtter forslaget om å gi perinatalkomiteene en mer fremtredende rolle i kvalitetsarbeidet innenfor de regionale helseforetakene og i samhandlingen med primærhelsetjenesten.

2.8 Et bredt brukerperspektiv

Komiteen er tilfreds med at Regjeringen legger sterk vekt på brukermedvirning i utviklingen av helsetjenester. Komiteen mener det er en styrke at brukere med relevant kompetanse trekkes inn ved utarbeidelsen av regionale planer for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, og ved utarbeidelsen av nasjonale retningslinjer innen området.

Komiteen mener det er positivt at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal gjennomføre en nasjonal temaundersøkelse som skal omfatte både kvinnens og partnerens erfaringer, herunder kvinner og partnere med innvandringsbakgrunn. Videre mener komiteen det er viktig at resultatene knyttes opp til den enkelte enhet, og at resultatene blir tilgjengelig. Kunnskap kan bidra til å bedre tilbudet, og komiteen mener det må bli en del av kvalitetssikringsarbeidet.

Komiteen stiller seg positiv til at det etableres en kvalitetssikret og lett tilgjengelig helseportal for gravide, fødende og ammende samt partnere hvor all offentlig informasjon er samlet. Komiteen har merket seg at helseportalen skal omfatte informasjon om psykisk helse i forbindelse med graviditet og fødsel, og at all informasjon skal bli tilgjengelig for kvinner med innvandringsbakgrunn og deres partnere. Komiteen vil i tillegg understreke at det må sikres at informasjonen er tilgjengelig for brukere med nedsatt funksjonsevne eller særlige behov, og at informasjonen må gjøres lett tilgjengelig i skriftlig form for dem som ikke benytter nettbaserte tjenester.

2.9 Administrative og økonomiske konsekvenser

Komiteen har merket seg de økonomiske konsekvensene av Regjeringens forslag.

Komiteen savner imidlertid en problematisering av de økonomiske intensivordningene i fødselsomsorgen.

Komiteen påpeker at fødende i utgangspunktet er friske, og mener det gir feil signal når intervensjon i fødselshjelpen premieres økonomisk. Komiteen vil derfor henstille til Regjeringen om å ta hensyn til dette i vurderingen av finansiering av fødselshjelpen.

Komiteen registrerer at Regjeringen foreslår å omdanne Nasjonalt råd for fødselsomsorg til et rådgivende organ for Helsedirektoratet for faglige spørsmål knyttet til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Komiteen vil påpeke at rådet fortsatt bør ha en sterk faglig forankring.

3. FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

Stortinget ber Regjeringen om snarest å utarbeide retningslinjer og støttetiltak som sikrer at LAR-brukere som planlegger graviditet, avslutter vedlikeholdsbehandling før svangerskapet og i stedet tilbys andre egnede støttetiltak som legger til rette for et rusmiddel- og medikamentfritt svangerskap.

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Forslag 2

Stortinget ber Regjeringen legge frem forslag om å gi et offentlig tilbud om ultralydundersøkelse til gravide kvinner i 11.–13. svangerskapsuke.

4. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteens tilråding til I–VII fremmes av Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre.

Komiteens tilråding til VIII og IX fremmes av en samlet komité.

Komiteen viser til meldingen og merknadene og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

I

Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2010 om å fremlegge forslag til en tilskuddsordning som kan bidra til utvikling av et bedre og mer sammenhengende tilbud gjennom hele svangerskapet, fødsel og barseltid. Ordningen må utformes slik at den bidrar til å utvikle bedre tilbud til gravide og familier med særlige behov.

II

Stortinget ber Regjeringen om å fremlegge forslag til en lovbestemmelse som sikrer en individuell rett til følgetjeneste for gravide kvinner med mer enn én times reisevei til fødestedet.

III

Stortinget ber Regjeringen opprette rådgivere på alle barneavdelinger på sykehus som skal ha en koordinerende og rådgivende funksjon for familier som venter eller får et barn med nedsatt funksjonsevne.

IV

Stortinget ber Regjeringen bidra til at kommunene oppretter koordinatorene for familier med barn som har behov for sammensatte tjenester på grunn av nedsatt funksjonsevne.

V

Stortinget ber Regjeringen om å kartlegge personellsituasjonen ved de forsterkede fødestuene i et 5–10 års perspektiv og iverksette tiltak for å skape nødvendig trygghet og forutsigbarhet.

VI

Stortinget ber Regjeringen om å øke utdanningskapasiteten for jordmødre.

VII

Stortinget ber Regjeringen bidra til at kapasiteten for utdanning av helsefagarbeidere med kompetanse innen barsel- og barnepleie økes for å sikre tilstrekkelig kapasitet.

VIII

Stortinget ber Regjeringen om å fremme forslag til tiltak for å styrke jordmortjenesten både med hensyn til kapasitet og kvalitet, og at dette forelegges Stortinget i egnet form.

IX

St.meld. nr. 12 (2008–2009) – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. En gledelig begivenhet – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 14. mai 2009

Harald T. Nesvik

leder

Sonja Irene Sjøli

ordfører

