



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2019/2400

Vår ref
19/2318-

Dato
14. august 2019

Dokument 8:148 S (2018-2019) - Representantforslag om en helhetlig og god fødselsomsorg i hele landet

Jeg viser til brev fra Stortingets helse- og omsorgskomite 21. mai 2019, vedlagt forslag fra stortingsrepresentantene Audun Lysbakken, Sheida Sangtarash og Kari Elisabeth Kaski om en helhetlig og god fødselsomsorg i hele landet.

Forslag 1 er å instruere helseforetakene om ikke å legge ned eksisterende fødeavdelinger. Jeg viser til at vi gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan (2015 – 2019) fikk avklart sykehusstruktur og akutfunksjoner ved de fleste sykehusene. Disse beslutningene ligger fast, og det foreligger ingen planer om nedleggelser av fødetilbud ved disse sykehusene. Det bidrar til forutsigbarhet og trygghet for befolkningen. Det pågår ingen aktiv sentralisering av fødeinstitusjoner i dag, men det vil kunne skje endringer som følge av endringer i sykehusstrukturen, f.eks. hvis sykehus slås sammen.

I forslag 2 foreslår representantene Lysbakken, Kaski og Sangtarash å sette ned et utvalg som ser på helheten i fødetilbudet og på hvordan man best kan sikre en kvalitativ og sikker svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. St. meld. nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*, jf. Innst. S. nr. 240 (2008-2009), la et viktig grunnlag for videre utvikling og kvalitetsforbedring av tilbudet til gravide, fødende og barselkvinner/ -familier. Som en oppfølging av meldingen ble det gitt en rekke oppdrag til regionale helseforetak og Helsedirektoratet som er fulgt opp gjennom de etterfølgende årene. Senest juni 2018 publiserte Helsedirektoratet revidert *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen* – det siste store arbeidet knyttet til oppdragene som ble gitt. Det er utviklet regionale, lokalt tilpassete planer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, og det er etablert samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner, om blant annet forebyggende helsetjenester og jordmørtjenester (jf. helse- og

omsorgstjenesteloven § 6), der ett siktemål med avtalene er felles utnyttelse av jordmorressursene.

Helsedirektoratet publiserte i 2010 veilederen *Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*, deretter *Retningslinje for hjemmefødsel – Svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender* i 2012 og i 2014 *Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. I retningslinjen for svangerskapsomsorgen som ble ferdigstilt i 2018, er det tatt inn anbefalingene fra *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold* fra 2014 og fra *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes* fra 2017. I tillegg publiserte Helsedirektoratet i 2018 *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Formålet med nasjonale faglige retningslinjer er å bidra til at helse- og omsorgstjenestene har god kvalitet, gjør riktige prioriteringer, ikke har uønsket variasjon i tjenestetilbudet, løser samhandlingsutfordringer og tilbyr helhetlige pasientforløp.

Da arbeidet med St. meld. nr. 12 pågikk, var man kjent med en utvikling med en gradvis tidligere utskrivning fra fødeinstitusjonene etter fødsel og et økende behov for samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette gjenspeiles både i regionale planer mv. og i barselretningslinjen fra 2014. I sistnevnte går det tydelig fram at kommunene og spesialisthelsetjenesten har et delt ansvar for barselperioden, der spesialisthelsetjenesten har ansvar for den tidlige perioden. Spesialisthelsetjenesten skal ikke bygge ned sitt tilbud før kommunene har utviklet et godt nok tilbud for oppfølging av mor og barn. Retningslinjen anbefaler at sykehusopphold tilpasses den enkelte kvinne og det nyfødte barnets behov, og setter ingen grense for hvor lenge barselomsorgen er spesialisthelsetjenestens ansvar. I oppdragsdokumentet for 2019 har jeg bedt helseregionene rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, og spesielt hvordan helseforetakene har fulgt opp anbefalingen om utreisevurdering.

Oppbygging av nye tilbud skjer gradvis, og stadig flere kommuner får på plass et godt tilbud til barselkvinner/-familier og nyfødte. I retningslinjen anbefales bl.a. tidlig hjemmebesøk av jordmor i tillegg til helsesykepleiers besøk innen to uker etter fødsel. For å legge til rette for at helsestasjonene kan implementere tidlig hjemmebesøk, er det fra 1. november 2018 presisert i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten at helsestasjonstilbudet skal inneholde tilbud om hjemmebesøk til mor etter fødsel og hjemmebesøk til nyfødte. SSB publiserte for første gang tall for tidlig hjemmebesøk for 2017, slik at det skal være mulig å følge utviklingen fremover. Allerede nå ser vi en positiv utvikling. Mens Kostra-tall for 2017 viste at 21 prosent eller 12 066 familier med nyfødte mottok hjemmebesøk av jordmor innen ett til to døgn etter barnets hjemkomst fra føde-/barselavdeling, viser foreløpige tall for 2018 at 34 prosent eller om lag 18 730 familier mottok tidlig hjemmebesøk av jordmor.

På bakgrunn av de nevnte store arbeidene, som bl.a. tar høyde for trenden med tidligere utskrivning fra fødeinstitusjonene, og den pågående positive utviklingen i tjenestene, kan jeg ikke se behov for en ny, større utredning om helheten i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Forslag 3 er å sørge for at det gjennomføres et nytt nasjonalt tilsyn med landets fødeavdelinger. Tilsynsmyndigheter er Statens helsetilsyn og fylkesmennene. Statens helsetilsyn er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og har det overordnede faglige ansvaret for blant annet helse- og omsorgstjenester. Tilsynsmyndighetene er uavhengig av løpende politisk styring, og prioriterer i stor utstrekning selv hvilke tjenester det skal føres tilsyn med og hvilke temaer tilsynet skal omfatte. Denne prioriteringen skjer blant annet på grunnlag av informasjon om risiko og sårbarhet. Den faglige uavhengigheten er et viktig prinsipp for tilsynsmyndighetenes tillit i befolkningen. Det er imidlertid anledning til å melde inn forslag til temaer for landsomfattende tilsyn når Statens helsetilsyn inviterer til det.

Forslag 4 er å sikre at gravide som har rett på følgetjeneste, får det, gjennom å sørge for at helseforetakene har nødvendige avtaler med jordmødre på plass, og utvide adgangen til å betale etter takst. Jeg viser til at Helsedirektorats veileder *Et trygt fødetilbud. Nasjonale krav til fødselsomsorgen* legger til grunn et behov for en døgnskuttinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste der det er halvannen times reisevei til fødestedet. Fra 2010 er det de regionale helseforetakene som har hatt ansvaret for beredskap for følgetjeneste og for selve følgetjenesten. Jeg har i oppdragsdokumentet for 2019 bedt helseregionene gjennomføre en kartlegging av hvordan følgetjenesten for fødende fungerer.

For å sikre at gravide og fødende i helseforetakenes ansvarsområde har en forsvarlig følgetjeneste, kan det være nødvendig for foretakene å inngå avtaler med kommuner om en lokal vaktberedskap. Kommuner kan etter avtale med helseforetak få ansvar for vaktberedskapen. Tilbakemeldingen fra de regionale helseforetakene tyder på at de fleste samarbeidsavtalene med kommunene inneholder avtaler om dette. Jeg viser til omtalen av samhandlingsavtaler i mitt svar på forslag 2.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte våren 2018 forslag til endringer i forskrift om utgifter til jordmorhjelp på høring. Hensikten var å tydeliggjøre ansvaret for organisering og finansiering av jordmorhjelp mellom kommuner og regionale helseforetak. I tillegg skulle forskriftsendringene klargjøre tolkning og bruk av enkelte takster for å sikre lik praksis for godtgjørelse for jordmorhjelp for Helfo i hele landet. Endringene i forskriften trådte i kraft 1. oktober 2018.

Fra 2018 ble 1 mill. kroner overført fra folketrygden til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Midlene som er overført fra trygden dekker de regionale helseforetakenes ansvar for fødselshjelp ved jordmor under følgetjeneste/transport til institusjon (kostnadsberegnet til om lag 0,4 mill. kroner) og for beredskap som regionale helseforetak har ansvar for (kostnadsberegnet til om lag 0,6 mill. kroner). Endringene er gjort innen en kostnadsnøytral ramme slik at de samlet sett ikke anslås å ha økonomiske konsekvenser for

staten. Det er uklart for meg hva representantene mener med å "utvide adgangen til å betale etter takst". Det vil ikke være aktuelt å innføre takster i forskrift om utgifter til jordmorhjelp for tjenester som helseforetakene har ansvar for.

Representantene foreslår i tiltak 5 en full gjennomgang av bemanningssituasjonen ved landets fødesteder for å sikre at bemanningen er god nok til at hver kvinne faktisk har tilgang til én-til-én-omsorg fra jordmor under den aktive delen av fødselen. Jeg viser til at det er helseforetakene som har ansvaret for å sikre forsvarlig bemanning ved sine fødeinstitusjoner. Helsedirektoratet har i den nasjonale faglige retningslinjen *Nytt liv og trygg barseltid for familien* gitt en anbefaling om at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over. Dette er en anbefaling, og ingen pasientrettighet. Det er et mål alle helseforetakene arbeider aktivt for å nå, men de store sesong- og dag til dag-variasjonene i fødselstall gjør det krevende å nå dette målet for alle fødende. Jeg har i oppdragsdokumentet til helseregionene bedt helseforetakene om å dokumentere når anbefalingen ikke er blitt fulgt opp.

Forslag 6 er at regjeringen bes om å fremme forslag i statsbudsjettet for 2020 om en finansieringsordning for kommunejordmødre som sikrer at kommunene ikke taper penger på å bruke jordmor i stedet for fastlege i oppfølging av gravide. Representantene viser til Stortingets vedtak nr. 748 (2017-2018) som regjeringen er i gang med å følge opp.

Svangerskaps- og barselomsorg er en viktig del av kommunens forebyggende tjenester. I Meld. St. 26 (2014-2015) om fremtidens primærhelsetjeneste er det et uttalt mål at tjenestene skal arbeide tverrfaglig. Som det går fram av meldingen kap. 14, understøtter dagens finansieringssystemer i liten grad dette. Kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder forebyggende aktivitet, er i hovedsak finansiert gjennom kommunenes frie inntekter. En del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, i hovedsak fastleger, legevakt og avtalebasert fysioterapi, finansieres i betydelig grad over folketrygden. Det gjelder i noen grad også jordmorhjelp, jf. forskrift om utgifter til jordmorhjelp. Ulike finansieringsordninger kan forhindre en hensiktsmessig og fleksibel arbeidsdeling mellom yrkesgrupper. Med utgangspunkt i Meld. St. 26 er det et mål på sikt i størst mulig grad å vurdere finansieringen av kommunale helse- og omsorgstjenester samlet.

Folketrygdfinansieringen gjør det relativt sett billigere for kommunene å ansette eller inngå avtale med personell som kan utløse trygderefusjoner enn å ansette personell som fullfinansieres av kommunen, f.eks. i helsestasjon. Mange har vært opptatt av at nettopp dette systemet fører til at kommunene i stor grad baserer seg på fastlegene i stedet for å benytte jordmor i svangerskapsomsorgen, og kanskje i noen grad også i barselomsorgen, selv om denne oftere foregår på helsestasjonen enn på fastlegekontoret. Det har vært en forståelse av at det har vært mer økonomisk lønnsomt for kommuner å benytte fastlege framfor å ansette jordmor. Dette forutsetter imidlertid at fastlegene i hovedsak er selvstendig næringsdrivende slik at kommunen kun betaler et per capitatilskudd som i dag utgjør rundt 25 pst. av fastlegens inntekt. Til sammenligning finansierer kommunen 100 pst. av jordmorens lønn gjennom ansettelse. Dette bildet har trolig endret seg. Forskning viser at det

er svært vanlig med blandete driftsformer i allmennpraksis og at langt færre leger enn det som før ble antatt, baserer seg på 100 pst. selvstendig næringsdrift. En undersøkelse KS fikk utført i 2017 viste at kommunene bruker til sammen om lag 400 mill. kroner årlig på fastlegene utover per capitatilskuddet. Rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen gjør at mange kommuner enten må ansette leger eller gi tilleggsytelser for å få nok fastleger. I noen kommuner er det utfordringer med å rekruttere både jordmor, fastlege og helsesykepleier, og mange kommuner samarbeider om tjenester. Kommunen kan velge om den vil inngå avtale med, eller ansette personell til å utføre tjenestene den har behov for. I utgangspunktet koster en fast ansatt fastlege kommunen om lag 1,1 mill. kroner mens en årslønn for jordmor eller helsesykepleier er om lag 730 000 kroner. Takstene som lege og jordmor tjener inn som ansatt i helsestasjon, vil tilfalle kommunen som arbeidsgiver. Nivået på takstene er tilpasset omsetningen i hhv. en lege- og en jordmorpraksis. I kommuner med en stor andel ansatte leger vil ikke bruk av fastlege i svangerskapsomsorgen være en billigere løsning for kommunen enn å benytte jordmor.

Stortinget fattet 24. mai 2018 følgende vedtak nr. 748: *"Stortinget ber regjeringen styrke den kommunale jordmortjenesten og vurdere ny finansiering, slik at det blir mer attraktivt for kommuner å tilsette jordmødre."* Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 154 S (2017-2018) om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel, og Representantforslag 168 S (2017-2018) om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg, jf. Innst. 280 S (2017-2018).

I behandlingen av Prop. 1 S (2018-2019), jf. Innst. 11 S (2018-2019), hadde helse- og omsorgskomiteen blant annet følgende merknad til kap. 2755, post 72 Jordmorhjelp:

"Komiteen mener det nå er behov for å vurdere å innføre en takst for jordmor som utfører hjemmebesøk til mor og barn, uavhengig av om kvinnen har født i sykehus eller hjemme. Komiteen ber departementet vurdere å innføre takst for hjemmebesøk til barselkvinner og nyfødte barn, utført av jordmor som er kommunalt tilsatt eller har driftsavtale med kommunen. Taksten for hjemmebesøk bør også kunne benyttes av privatpraktiserende jordmor som har ytt jordmorhjelp ved hjemmefødsel."

På denne bakgrunn har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag gjennom tildelingsbrevet for 2019 å vurdere finansiering av tjenester til gravide og barselkvinner/-familier som ytes av jordmor. Det er bedt om at vurderingene ses i sammenheng med finansieringen av tjenester til samme målgrupper som ytes av andre relevante yrkesgrupper som lege og helsesykepleier, samt ses i lys av hvordan det kan være ønskelig å utvikle finansieringen videre. Direktoratet er bedt om å drøfte og skissere minst to alternative finansieringsmodeller i tillegg til dagens modell, og er i denne forbindelse bedt om å vurdere spørsmålet om å innføre takst for jordmor som utfører hjemmebesøk til mor og barn, jf. helse- og omsorgskomiteens merknad til årets statsbudsjett. Oppdraget har frist 20. juni i år, og vil bli omtalt i Prop. 1 S for 2020.

Forslag 7 er at Stortinget ber regjeringen fremme forslag til en opptrappingsplan for økt kapasitet i den kommunale jordmortjenesten. Det er viktig med god kapasitet hos jordmødre i kommunene. Gravide etterspør jordmor i svangerskapsomsorgen, og både brukere og andre etterspør bedre kapasitet i barselomsorgen. Det er derfor et mål for Regjeringen å bygge ut jordmortilbudet. Fra 1. januar 2018 inngår jordmorkompetanse i den kjernekompetansen alle kommuner skal knytte til seg i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven.

Regjeringen har styrket den kommunale helsestasjons- og skolehelsetjenesten med over 1,3 mrd. kroner i perioden 2014 – 2019. Av dette er 430,4 mill. kroner avsatt til øremerket tilskudd. For 2019 er 40 mill. kroner av disse særskilt øremerket til jordmorkompetanse. Foreløpige tall fra KOSTRA viser at det i 2018 var over 460 jordmorårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette er en betydelig økning siden 2015. Samtidig viser foreløpige tall fra KOSTRA at antall årsverk jordmødre per 10 000 fødte i løpet av året har steget betraktelig siden 2015. Basert på den pågående kapasitetsøkningen i tjenesten som resultat av regjeringens styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten ser jeg ikke behov for en egen opptrappingsplan for økt jordmorkapasitet i kommunene.

Forslag 8 er at helseforetak og kommuner må inngå klare avtaler om oppfølging, hjemmebesøk m.m. før utskrivning av mor og barn, og tilby lengre barselopphold på sykehus om dette ikke er på plass. Jeg viser til at helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommuner og helseforetak å inngå forpliktende samarbeidsavtaler. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. Avtalene som inngås, har minstekrav når det gjelder fødselsomsorg, følgetjeneste og barselomsorg. Føde-/barselavdelinger kan også inngå avtaler med kommuner om andre forhold utover minstekravene. Det er helseregionene og kommunene som best kjenner behovene til sine innbyggere og som må vurdere hva avtaler bør inneholde. Jeg viser også til mitt svar på forslag 2, der jeg skriver at helseforetakene må forsikre seg om at det finnes et organisert barseltilbud i kommunen før mor og barn skrives ut, og at tidspunktet for utskrivning fra sykehus etter fødsel skal besluttes i samråd med kvinnen.

Forslag 9 er å innføre et grunnleggende prinsipp for fødselsomsorgen om at familier må sikres et nært og tilgjengelig fødetilbud uavhengig av bosted, og sikre at helseforetakene styrer etter dette. Regjeringen har slått fast at det skal være en desentralisert sykehusstruktur i Norge. I Nasjonal helse- og sykehusplan har vi sagt at fordelingen av mindre fødeavdelinger og fødestuer må sikre at det er nærhet til fødetilbudene, også utenom de store kvinneklinikkene. Det mener jeg er i tråd med forslag 9 i representantforslaget.

Oppsummert mener jeg forslagene til tiltak i representantforslaget allerede er ivare tatt i Nasjonal helse- og sykehusplan, samhandlingsavtaler mellom regionale helseforetak og kommuner, gjennom veiledere og nasjonale faglige retningslinjer utviklet av Helsedirektoratet og gjennom nye oppdrag på området, både til de regionale helseforetakene og til Helsedirektoratet.

Med hilsen

A handwritten signature in blue ink, reading "Bent Høie". The signature is written in a cursive, flowing style. The "B" is large and loops around the "ent". The "Høie" is written with a small "ø" and a final flourish.

Bent Høie



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2019/2421

Vår ref
19/2319-

Dato
18. juni 2019

Dokument 8:152 S (2018-2019) - Representantforslag om en offentlig utredning (NOU) om svangerskaps-, føde- og barseltilbudet i den offentlige helsetjenesten

Jeg viser til brev fra Stortingets helse- og omsorgskomiteé 21. mai 2019, vedlagt forslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Marit Arnstad, Trygve Slagsvold Vedum og Siv Mossleth om en offentlig utredning (NOU) om svangerskaps-, føde- og barseltilbudet i den offentlige helsetjenesten

Det blir fremmet ett konkret forslag:

Stortinget ber regjeringen strakt sette ned et offentlig utvalg for å utarbeide en NOU om svangerskaps-, føde og barseltilbudet i den offentlige helsetjenesten.

St. meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. Innst. S. nr. 240 (2008-2009), la et viktig grunnlag for videre utvikling og kvalitetsforbedring av tilbudet til gravide, fødende og barselkvinner/ -familier. Som en oppfølging av meldingen ble det gitt en rekke oppdrag til regionale helseforetak og Helsedirektoratet som er fulgt opp gjennom de foregående årene. Senest juni 2018 publiserte Helsedirektoratet revidert Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen – det siste store arbeidet knyttet til oppdragene som ble gitt. Det er utviklet regionale, lokalt tilpassete planer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, og det er etablert samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner, om blant annet forebyggende helsetjenester og jordmortjenester (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6), der ett siktemål med avtalene er felles utnyttelse av jordmorressursene.

Helsedirektoratet publiserte i 2010 veilederen Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen, deretter Retningslinje for hjemmefødsel – Svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender i 2012 og i 2014 Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. I retningslinjen for svangerskapsomsorgen som ble ferdigstilt i 2018, er det tatt inn anbefalingene fra Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold fra 2014 og fra Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes fra 2017. I tillegg publiserte Helsedirektoratet i 2018 Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Formålet med nasjonale faglige retningslinjer er å bidra til at helse- og omsorgstjenestene har god kvalitet, gjør riktige prioriteringer, ikke har uønsket variasjon i tjenestetilbudet, løser samhandlingsutfordringer og tilbyr helhetlige pasientforløp.

Da arbeidet med St. meld. nr. 12 pågikk, var man kjent med en utvikling med en gradvis tidligere utskrivning fra fødeinstitusjonene etter fødsel og et økende behov for samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette gjenspeiles både i regionale planer mv. og i barselretningslinjen fra 2014. I sistnevnte går det tydelig fram at kommunene og spesialisthelsetjenesten har et delt ansvar for barselperioden, der spesialisthelsetjenesten har ansvar for den tidlige perioden. Spesialisthelsetjenesten skal ikke bygge ned sitt tilbud før kommunene har utviklet et godt nok tilbud for oppfølging av mor og barn. Retningslinjen anbefaler at sykehusopphold tilpasses den enkelte kvinne og det nyfødte barnets behov, og setter ingen grense for hvor lenge barselomsorgen er spesialisthelsetjenestens ansvar. I oppdragsdokumentet for 2019 har jeg bedt helseregionene rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, og spesielt hvordan helseforetakene har fulgt opp anbefalingen om utreisevurdering.

Oppbygging av nye tilbud skjer gradvis, og stadig flere kommuner får på plass et godt tilbud til barselkvinner/-familier og nyfødte. I retningslinjen anbefales bl.a. tidlig hjemmebesøk av jordmor i tillegg til helsesykepleiers besøk innen to uker etter fødsel. For å legge til rette for at helsestasjonene kan implementere tidlig hjemmebesøk, er det fra 1. november 2018 presisert i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten at helsestasjonstilbudet skal inneholde tilbud om hjemmebesøk til mor etter fødsel og hjemmebesøk til nyfødte. SSB publiserte for første gang tall for tidlig hjemmebesøk for 2017, slik at det skal være mulig å følge utviklingen fremover. Allerede nå ser vi en positiv utvikling. Mens Kostra-tall for 2017 viste at 21 prosent eller 12 066 familier med nyfødte mottok hjemmebesøk av jordmor innen ett til to døgn etter barnets hjemkomst fra føde-/barselavdeling, viser foreløpige tall for 2018 at 34 prosent eller om lag 18 730 familier mottok tidlig hjemmebesøk av jordmor.

På bakgrunn av de nevnte store arbeidene, som bl.a. tar høyde for trenden med tidligere utskrivning fra fødeinstitusjonene, og den pågående positive utviklingen i tjenestene, kan jeg ikke se behov for en ny, større utredning om helheten i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Med hilsen

A handwritten signature in blue ink, reading "Bent Høie". The signature is written in a cursive, flowing style with a prominent initial "B".

Bent Høie