



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2022/619

Vår ref
22/611-

Dato
11. mars 2022

Dokument 8:85 S - Representantforslag 85 S (2021-2022) Om en bedre barselomsorg

Jeg viser til brev datert 7. februar 2022 fra helse- og omsorgskomiteen som ber om min uttalelse om ovennevnte representantforslag. Forslagene er:

1. Stortinget ber regjeringen utarbeide en nasjonal opptrappingsplan for jordmortjenesten for å sikre god oppfølging av gravide og en trygg fødsels- og barselomsorg over hele landet.
2. Stortinget ber regjeringen endre finansieringsmodell for fødetilbudet og erstatte innsatsstyrt finansiering med rammefinansiering.
3. Stortinget ber regjeringen innføre tilbud om én time hos fysioterapeut etter fødsel for alle fødekvinne, for å sjekke bekken/magemuskulaturen eller andre fysiske utfordringer etter svangerskap/fødsel.
4. Stortinget ber regjeringen sikre kvinner tilbud om en oppfølgingssamtale med jordmor eller fødselslege tre uker etter fødsel.
5. Stortinget ber regjeringen opprette et nasjonalt kompetansesenter for fødsels- og barselomsorg, blant annet med den hensikt å forebygge fødselsskader.
6. Stortinget ber regjeringen definere ammeveiledning som nødvendig helsehjelp, samt sikre at alle fødeavdelinger oppfyller kravene til Mor-barnvennlig standard, og at alle helsestasjoner er godkjent som ammekyndige.
7. Stortinget ber regjeringen rettighetsfeste hjemmebesøk av jordmor innen en uke etter fødsel.

8. Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å lovfeste retten til å ha med en støtteperson som mor velger, under svangerskap og fødsel og i barsel.

Forslag 1: Utarbeide en nasjonal opptrappingsplan for jordmortjenesten

Jeg er opptatt av at vi skal ha en trygg fødsels- og barselomsorg i sykehusene og kommunene. Noen steder opplever arbeidsgivere at det er utfordrende å rekruttere tilstrekkelig personell både til kommuner og til fødeavdelingene på sykehus. Regjeringen setter derfor i verk flere initiativ for å sikre god oppfølging av gravide og en trygg fødsels- og barselomsorg over hele landet. Jeg vurderer at dette helhetlige arbeidet vil ivareta intensjonene bak forslaget om en nasjonal opptrappingsplan.

Vi har i regjeringsplattformen varslet at det skal settes i gang et arbeid om det helhetlige føde- og barselstilbudet. Arbeidet vil blant annet omfatte bemanning, følgetjeneste, heltidsstillinger og ny finansieringsmodell. Regjeringen har også etablert en helsepersonellkommisjon for å få en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for personell og kompetanse fram mot 2040. Vi trenger faglig solide beskrivelser av de utfordringene sektoren står overfor. Helsepersonellkommisjonen skal etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgssektoren. Jeg håper kommisjonen kan bidra med innovative forslag til hvordan man kan løse opp i utfordringene, særlig i lys av framtidig medisinsk og teknologisk utvikling og organisering av sektoren. Grenseflatene mellom tjenesteområdene er viktige, særlig mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Behovet for overordnede felles løsninger skal ikke stå i veien for tilpasning til lokale behov.

For 2022 er det dessuten bevilget totalt 64 mill. kroner til opprettelse av 200 nye utdanningsstillinger for spesialsykepleiere i sykehusene, herunder for jordmorutdanningen. Opptakskapasiteten til sykepleierutdanningene skal økes tilsvarende 500 studieplasser fra og med høsten 2022. Utdanningsinstitusjonene skal så langt som mulig prioritere videreutdanninger for jordmødre og helsesykepleiere i tillegg til utdanningene i anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie. Samlet vil en økning på 200 utdanningsstillinger i spesialsykepleie og økning i studieplasser gi et godt grunnlag for å øke tilgangen på viktige spesialsykepleiergrupper, også jordmødre.

Forslag 2: Endre finansieringsmodell

De regionale helseforetakene er pålagt sørge for-ansvaret for spesialisthelsetjenester innenfor de bevilgninger og rammebetingelser som Stortinget vedtar. Det er en integrert del av de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar å beslutte hensiktsmessig organisering og finansiering av tjenestene de har ansvar for. Spesialisthelsetjenesten er i all hovedsak finansiert gjennom basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering. Innsatsstyrt finansiering utbetales fra staten til de regionale helseforetakene. Finansieringen av en føde- eller barselavdeling vil derfor avhenge av hvordan innsatsstyrt finansiering og øvrige midler videreføres til utøvende virksomheter. I Hurdalsplattformen har vi varslet at det skal settes i gang et arbeid for det helhetlige føde- og barselstilbudet. Arbeidet vil blant annet omfatte ny finansieringsmodell.

Forslag 3: Innføre tilbud om time hos fysioterapeut etter fødsel for alle fødekvinne

En undersøkelse hos fysioterapeut, slik forslagsstillerne ønsker, vil oftest skje i kommunen. Kommunene har etter helse- og omsorgstjenesteloven plikt til å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig medisinsk rehabilitering. Det er opp til den enkelte kommune å bemanne tjenestene med den typen kompetanse og kapasitet som gjør det mulig å oppfylle de lovkrav som gjelder.

Det er kommunene som har ansvar for fysioterapitjenester enten i form av å inngå avtaler med selvstendig næringsdrivende eller å ansette fysioterapeuter på fast lønn. De fleste kommuner har begge disse tilknytningsformene. Ved undersøkelse og behandling hos fysioterapeut med driftsavtale med kommunen betaler pasient egenandel.

Siden 2018 er det direkte tilgang til fysioterapi, det vil si at brukere selv kan ta direkte kontakt med fysioterapeut uten henvisning fra fastlege. Dermed kan alle som har behov for eller ønsker en vurdering fra en fysioterapeut selv ta kontakt. God informasjon om hvilke tjenester og tilbud som finnes i kommunen vil derfor være viktig.

Kommunene har gjennom forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, plikt til å sørge for at innbyggerne i kommunen gis nødvendig informasjon om det kommunale fysioterapitilbudet som ytes av fysioterapeuter med driftsavtale, inkludert hvilken tilleggskompetanse innen fysioterapifaget den enkelte fysioterapeut eventuelt innehar.

Fysioterapikompetanse er viktig i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og mange helsestasjoner har god erfaring med fysioterapeut som deltar i barselgrupper. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for, og legge til rette for, nødvendig samarbeid med blant annet relevante kommunale tjenester.

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonalfaglig retningslinje for barselomsorgen. Denne omfatter også anbefalinger om fysikalsk rehabilitering.

Jeg mener at dagens praksis sørger for et tilbud til de som har behov for rehabilitering etter fødsel.

Forslag 4: Sikre kvinner tilbud om en oppfølgingssamtale etter fødsel

I nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er det en anbefaling om at kvinner får tilbud om en kontroll fire til seks uker etter fødselen, eller når kvinnen ønsker det. For friske kvinner uten komplikasjoner er det manglende dokumentasjon for effekten av dette tiltaket. Kontroll etter fødselen foregår både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten hos fastlege eller jordmor og i spesialisthelsetjenesten avhengig av forløp og risiko. Ved komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsel eller barseltid vil det være oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Noen kvinner vil ha behov for tidligere kontroll hos fastlege. Det kan for eksempel være ved svangerskapsdiabetes, forhøyet blodtrykk, infeksjon, depresjon, kronisk sykdom eller andre tilstander som er kjent fra svangerskapet hvor fastlege har fulgt opp pasienten alene eller i

samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det anbefales at konsultasjonen er rettet inn mot både kvinnens fysiske og psykiske helse og at den omfatter informasjon/tilbud om prevensjon. Jeg mener at det allerede i dag er lagt til rette for at kvinner kan få en kontroll hos jordmor eller lege etter fødsel dersom det er behov for det.

Forslag 5: Opprette et nasjonalt kompetansesenter for fødsels- og barselomsorg

Det er i Prop. 1 S (2021-2022) avsatt 15 mill. kroner til et nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er behov for mer systematisk fag- og kompetanseutvikling og forskning innen de områdene tjenesten dekker. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en tverrfaglig tjeneste og det er viktig at et kompetansemiljø reflekterer dette. Kompetansemiljøet skal fortrinnsvis bli en del av et eksisterende fag- og kompetansemiljø rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester og således bidra til kompetansebygging i og veiledning av kommunene. Jeg forutsetter at kompetansemiljøet, når det er etablert, vil samarbeide med andre relevante kunnskaps- og kompetansemiljøer.

I spesialisthelsetjenesten kan de regionale helseforetakene søke Helsedirektoratet om å etablere nasjonale kompetansetjenester innen områder hvor det er behov for å bygge opp og spre kompetanse nasjonalt. Nasjonal kompetansetjenester inngår i det lov- og forskriftsregulerte systemet for nasjonale tjenester, og kan enten ha funksjon «opplæring» med en virketid på fem år eller funksjon «kompetanseoppbygging» med en virketid på ti år. Nasjonale kompetansetjenester skal ikke drive pasientbehandling.

Tiltak 6: Definere ammeveiledning som nødvendig helsehjelp

Fødende kvinner har krav på nødvendig helsehjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b. Tjenestene har en korresponderende plikt til å yte nødvendig helsehjelp til gravide og fødende. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for at tilbudet i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er sammenhengende og helhetlig. Å sørge for relevant ammeveiledning er en del av det helhetlige fødsels- og barselomsorgstilbudet. Det må foretas en konkret individuell vurdering av hva hvert enkelt barn og mor har behov for av oppfølging og veiledning om amming. I nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er det utarbeidet anbefalinger for ernæring og amming. Jeg mener derfor de overordnede rammene for ammeveiledning er ivarettatt gjennom dagens helselovgivning og Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje.

Å fremme, støtte og beskytte amming omtales i Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017/2023). Helsedirektoratet anbefaler at barn ammes hele det første året og gjerne lenger, hvis mor og barn trives med det. Som forslagsstillerne påpeker, er amming et av de mest effektive tiltakene for å fremme helse og forebygge sykdom både hos mor og barn. En helsetjeneste med god kvalitet på veiledning og tilrettelegging for amming er derfor viktig om vi skal nå målsetningen om å øke andelen spedbarn som ammes.

WHO og FNs barnefond (UNICEF) lanserte i 1991 «The Baby-Friendly Hospital Initiative» for å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn på føde- og barselavdelinger.

Norge har fulgt opp gjennom mor-barn-vennlig standard (MBVS), som er en minstestandard for landets føde- og barselavdelinger (jf. nasjonal faglige retningslinje om barselomsorgen). Basert på MBVS er det også utarbeidet standarder for neonatalavdelinger og helsestasjoner. I Norge er 41 av 45 sykehus godkjent som mor-barn-vennlige, og de har over 90 prosent av landets fødsler. I april 2021 var det 128 av 365 kommuner som hadde godkjente ammekyndige helsestasjoner. Disse betjener om lag halvparten av landets spedbarn/barn. Enhet for amming ved Folkehelseinstituttet arbeider kontinuerlig med å veilede og oppfordre føde- og barselsenheter, neonatalavdelinger, samt helsestasjoner om å bli godkjente i henhold til mor-barn-vennlig standard, med mål om at flest mulig barn ammes i henhold til anbefalingene.

Forslag 7: Rettighetsfeste hjemmebesøk av jordmor innen en uke etter fødsel

Kommunene er pliktig til å tilby nødvendige helsetjenester til de som oppholder seg i kommunene. Dette innebærer blant annet at kommune skal ha et tilbud om helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten regulerer rammene for tjenesten, mens nasjonalfaglige retningslinjer og rundskriv legger føringer for hva tilbudet bør inneholde. Det er ikke hensiktsmessig at innholdet i tjenesten detaljreguleres i forskrift. Jeg mener det bør være opp til den enkelte kommune hvordan de ønsker å gi et forsvarlig tilbud gitt rammene for tjenesten.

I nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det en sterk faglig anbefaling om at tilbudet i helsestasjonstjenesten skal omfatte hjemmebesøk til nyfødte, jf. forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Hjemmebesøk til nyfødte bør være den første av totalt 14 konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet for helsestasjon 0-5 år. Hensikten med hjemmebesøket er å gi foreldrene individuell og nødvendig informasjon, støtte og veiledning ut i fra behov, samt legge grunnlag for videre oppfølging av barnet og samarbeid med familien.

Forslag 8: Lovfeste retten til å ha med støtteperson under svangerskap, fødsel og i barsel

Forslagsstillere peker på at føde- og barselavdelingene gjennom pandemien har måttet innføre strenge smitteverntiltak. På grunn av disse tiltakene har muligheten for å ha ledsager til stede under kontroller og fødsel vært begrenset. Forslagsstillerne mener det er behov for å tydeliggjøre hvilke rettigheter fødekvinne har til å ha med selvvalgt ledsager i forbindelse med fødsel, og ber derfor regjeringen fremme forslag om å lovfeste retten til å ha med en støtteperson som mor velger, under svangerskap, fødsel og i barsel.

Jeg viser til at retten til medvirkning er en viktig pasientrettighet. En del av medvirkningen handler om at pasienten kan bestemme at andre personer skal kunne delta under undersøkelsen eller behandlingen. Denne rettigheten framgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 fjerde ledd, som lyder: «Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester skal gis, skal dette som hovedregel imøtekommes». Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter rettigheter overfor

helse- og omsorgstjenesten, og bestemmelsene er derfor utformet med en generell overordnet ordlyd.

Å ha støtte under fødsel av partner eller annen nær pårørende har stor betydning for følelse av trygghet. Far eller medmors (eventuelt en annen person som står mor nær) deltakelse under fødsel er nevnt som et eksempel i rundskriv fra Helsedirektoratet til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Det har i flere tiår vært praksis at partner eller en annen støtteperson har fått være med på fødsel når den fødende ønsker det. Det har også vært vanlig med besøk i barselavdelingen, både av partner/støtteperson og familie/venner med noen begrensninger avhengig av fysiske forhold og hensynet til ro og hvile hos den nybakte mor.

Det er åpnet for å gjøre unntak fra § 3-1 hvis det ikke anses forsvarlig at andre personer deltar under fødselen, for eksempel ut ifra smittevernhensyn. Det er helsepersonellens oppgave å vurdere om deltakelse av andre personer er tilrådelig.

Pandemien har dessverre medført noen restriksjoner på deltakelse og besøk i føde-/barselavdelingene av hensyn til smittevern. Dette var særlig nødvendig i perioden før flertallet av helsepersonell og befolkningen var vaksinert. Partner/støtteperson har allikevel fått være med på hele eller den aktive delen av fødselen dersom ikke særskilte smittevernhensyn har stått i veien. Regjeringen har fjernet de aller fleste av tiltakene mot pandemien, slik at partner kan være til stede under fødsel. Besøk må kunne gjennomføres på en smittevernfaglig forsvarlig måte og avtales med avdelingen.

Regjeringen har som nevnt i regjeringsplattformen varslet at det skal settes i gang et arbeid om det helhetlige føde- og barselstilbudet. Som ledd i arbeidet vil vi vurdere om rettigheten bør tydeliggjøres og om det er nødvendig å sette inn tiltak for å gjøre rettigheten til den fødende bedre kjent.

Med hilsen



Ingvild Kjerkol