



STORTINGET

Innst. 280 S

(2017–2018)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:154 S (2017–2018) og Dokument 8:168 S (2017–2018)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag frå stortingsrepresentantane Kjersti Toppe, Geir Pollestad, Marit Arnstad og Åslaug Sem-Jacobsen om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel og Representantforslag fra stortingsrepresentantene Karin Andersen, Mona Fagerås, Freddy André Øvstegård, Solfrid Lerbrekk og Nicholas Wilkinson om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg

Til Stortinget

Bakgrunn

I denne innstillingen behandles to representantforslag om fødsels- og barselsomsorgen.

Dokument 8:154 S (2017–2018)

I dokumentet fremmes følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringa sørge for at helseføretaka implementerer Nasjonal fagleg retningslinje for barselomsorga frå 2014 i sine tenester. Utreise frå føde-/barselavdelinga skal alltid tilpassast kvinna og den nyfødde sine behov, og utreisevurderinga skal alltid gjerast i lag med kvinna.
2. Stortinget ber regjeringa stoppe ytterlegare reduksjon av gjennomsnittleg liggjetid for barselkvinner ved norske sjukehus.
3. Stortinget ber regjeringa sørge for at føde-/barselavdelingar må inngå klare avtalar med det kommu-

nale hjelpeapparatet om oppfølging, heimebesøk m.m. før utskrivning av mor og barn, og tilby lengre barselopphald på sjukehus om dette ikkje er på plass.

4. Stortinget ber regjeringa fremje forslag til ein opptrappingsplan for auka kapasitet i den kommunale jordmortenesta og vurdere ny finansiering, slik at det blir meir attraktivt for kommunar å tilsetje jordmødrer.
5. Stortinget ber regjeringa vurdere utdanningskapasiteten for jordmødrer og fremje tiltak som sikrar auka bruk av heiltidsstillingar i jordmortenesta.»

Tal frå Folkehelseinstituttet viser at den gjennomsnittlege liggjetida på sjukehus etter fødsel har blitt redusert frå 3,2 døgn i 2007 til 2,7 døgn i 2016. Samstundes viser tal frå Jordmorforeninga at det på landsbasis manglar så mange som 600–700 jordmorårsverk i Kommune-Noreg dersom kommunane skal ha ei forsvarleg heimebasert omsorg når mor og barn kjem heim, i tillegg til å oppfylle retningslinjene for svangerskapsomsorga. Men trass i ein kritisk no-situasjon planlegg sjukehus fleire stader i landet å redusere liggjetida for barselkvinner ytterlegare.

Forslagsstillarane viser til at nasjonal fagleg retningslinje for barselomsorga kom i 2014. Retningslinja omfattar den grunnleggjande omsorga og oppfølginga av barselkvinner og nyfødde barn. Barseltida blir rekna fram til seks veker etter fødsel. Målet med retningslinja er å sikre ei fagleg forsvarleg barselomsorg, samanheng i pasientforløp, riktig prioritering og tilstrekkeleg kvalitet i barselomsorga. Det blir foreslått at det blir lagt til rette for opphald i familierom på sjukehuset, slik at begge foreldra kan vere til stades så langt det er mogleg. Når det gjeld utreise frå føde-/barselavdelinga, står det at

sjukehusopphaldet si varigheit skal tilpassast kvinna og den nyfødde sine behov. Vurderinga skal gjerast i lag med kvinna. Heimreise føreset eit organisert barseltilbod på heimstaden og støtte frå kvinnas nettverk/partnar. Det blir føreslått at kvinner som ønskjer å amme, enten får vere på barselavdelinga inntil amminga fungerer tilfredsstillande og barnet blir ernært med morsmjølk, eller at føde-/barselavdelinga ved utskriving har forsikra seg om at kvinna vil få tilstrekkeleg hjelp ved heimebesøk og konsultasjon på helsestasjonen. Retningslinjene tilrår heimebesøk av jordmor innan første til andre døgn etter heimreise, og meir/oftare etter behov. Det blir i tillegg anbefalt heimebesøk av helsesøster til alle nyfødde, der første besøk bør gjennomførast 7.–10. dag etter fødselen.

Forslagsstillarane fryktar konsekvensane av at sjukehus kuttar liggjetid for barselkvinner utan at kommunane kan stille med tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet til å yte god hjelp og oppfølging etter fødsel. At helseforetak planlegg for ytterlegare kutt i liggjetid, og at nye sjukehusbygg vert planlagde med ei gjennomsnittleg liggjetid etter fødsel på berre 6–24 timar, er urovekkjande. Forslagsstillarane meiner at det også er eit kvalitetsproblem når berre 1,6 prosent av nyutdanna jordmødrer får tilbod om 100 prosent fast stilling etter fullført utdanning. 11 prosent får tilbod om fast stilling dersom vikariat blir medrekna.

Dokument 8:168 S (2017–2018)

I dokumentet fremmes følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen 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.
2. Stortinget ber regjeringen gjennomføre 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.
3. Stortinget ber regjeringen sikre at alle kvinner som har behov for, og ønsker, hjelp med etablering av amming etter fødsel, skal få det gjennom å være på barselavdeling, sykehus hotell eller andre tilbud knyttet til sykehusene til dette er på plass, inkludert tilstrekkelig barseloppløsing i tråd med gjeldende retningslinjer.
4. Stortinget ber regjeringen sikre at kort liggetid på sykehus skal være kvinnens eget ønske, ikke økonomisk betinget. Nye sykehus skal dimensjoneres etter faglige behov. Ingen skal skrives ut til et for dårlig tilgjengelig kommunalt barseltilbud.
5. Stortinget ber regjeringen gjennomføre en fullgod kartlegging som gir en nasjonal oversikt over hvor-

vidt følgetjenesten for gravide er tilstrekkelig utviklet og fungerende.

6. Stortinget ber regjeringen legge til rette for, og kreve, ansettelsesforhold i hele stillinger for nyutdannede jordmødre for å sikre at kompetansen og kvaliteten på jordmortjenesten opprettholdes.
7. Stortinget ber regjeringen sikre en trygg og fremtidsrettet fødselsomsorg ved å stanse sentraliseringen av fødeinstitusjoner.
8. Stortinget ber regjeringen gå gjennom finansieringsordningene i primærhelsetjenesten for å foreslå endringer som gjør at kommunene ikke taper penger på å bruke jordmortjenester til sin oppfølging av gravide sammenlignet med å bruke fastlegeordningen.»

Forslagsstillerne viser til at den pågående sentralisering av fødetilbudet fører til en stor andel transportfødslar i Norge. Ifølge Folkehelseinstituttet økte antall uplanlagte hjemmefødslar fra 139 i 2015 til 177 i 2016. Tilsvarende økte antall fødsler under transport fra 103 i 2015 til 196 i 2016.

Helsetilsynet sjekker jevnlig bemanningssituasjonen ved fødesteder her i landet, og mange steder påpekes det at jordmordekningen er urovekkende dårlig. En undersøkelse utført av Jordmorforbundet i mai 2015 viser at sykehusene ikke ansetter nok jordmødre til å tilby kvinner én-til-én omsorg i aktiv fødsel. I undersøkelsen oppgir halvparten av jordmødrene at det forekommer at de ikke får overvåket kvinnen tilstrekkelig under fødsel. Jordmødrene oppgir at de i gjennomsnitt har ansvar for en til tre fødende eller andre pasienter på en vakt.

Den prehospitala fødselsomsorgen i Norge er svært ulikt organisert og i liten grad formalisert. Helseforetakene har hovedansvaret for organisering og tilrettelegging. Døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste med kvalifisert personell skal være etablert når det er over halvannen times reisevei til fødestedet. Følgetjenesten av jordmor for kvinner i fødsel krever en døgnvaktjeneste som sikrer forsvarlig oppfølging og overvåking på vei til fødested.

Ved mange fødeavdelinger skrives kvinnen ut allerede 24 timer etter fødselen, og ved nye sykehus planlegges muligheten for å ligge på sykehuset aktivt ned. Familiene må sikres tid til å bli trygge før de må ut av sykehus, barselavdeling eller pasienthotell med barselavdeling. Ingen skal holdes i sykehus mot sitt ønske, men de som ønsker og trenger tid, må ha rett til det. Ved sykehusene er det også enklere å sikre god tilgang på jordmødre og barnepleiere den første tiden.

Forslagsstillerne påpeker at det er viktig at jordmor kommer tidlig i kontakt med familier som er skrevet ut raskt fra sykehus. Perioden fra familien kommer hjem fra sykehuset etter fødsel, til helsesøster kommer inn i bildet etter én til to uker, representerer et gap i oppføl-

gingen i en sårbar tid for familien. De nye barselretningslinjene fra Helsedirektoratet med hjemmebesøk av jordmor skal tette gapet i oppfølgingen og sikre tilstrekkelig oppfølging og tidlig barselomsorg for den nyfødte og familien. Å sikre fullverdig oppfølging av dette er avgjørende for en fullverdig omsorg.

Bemanningen ved fødeavdelingene må være tilstrekkelig for å ivareta forsvarlig overvåking og behandling samt etterkomme den faglige anbefalingen om tilstedeværende jordmor i aktiv fase av fødselen. God omsorg og gode tilbud står og faller med god faglig kompetanse hos jordmødre og barnepleiere, og også hos sykepleiere og leger.

I 2016 var det ansatt under 370 jordmorårsverk i kommunene, som rundt 60 000 gravide årlig i Norge må dele på. Tallene viser tydelig at det satses for lite på fødselsomsorgen. Det er for få jordmødre og altfor mye bruk av små deltidstillinger. En god jordmortjeneste yter grunnleggende tjenester i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen som virker helsefremmende og forebyggende. Kapasitetsøkning i barselomsorgen vil bedre rekrutteringen av jordmødre, helsesøstre og barnepleiere, øke nødvendig kompetanse, styrke fagmiljøet og gi uttelling for brukerne av tjenestene.

Forslagsstillerne viser også til at finansieringen av den kommunale jordmortjenesten fører til skjevhet i tilbudet. Mens jordmødre er kommunalt finansiert, slipper kommunene regningen dersom fastlegene gjør jobben med oppfølging av gravide. Dette gir kommunene feil økonomiske ansporinger når kvinners valgfrihet er målet, og virker feil for en fornuftig og bærekraftig utvikling for arbeidsdeling for framtiden.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Elise Bjørnebekk-Waagen, Tore Hagebakken, Ingvild Kjerkol, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland, fra Høyre, Torill Eidsheim, Astrid Nøklebye Heiberg, Erlend Larsen og Sveinung Stensland, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud og Sylvi Listhaug, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Sosialistisk Venstreparti, Nicholas Wilkinson, fra Venstre, Carl-Erik Grimstad, og fra Kristelig Folkeparti, lederen Olaug V. Bollestad, viser til representantforslagene Dokument 8:154 og 8:168 og deler forslagsstillerne engasjement for gode helsetjenester knyttet til svangerskap, fødsel og barsel. Norge kan være stolt av et godt tilbud med lav forekomst av mødre- og spedbarnsdødelighet. Dette må forsvares hver dag.

Komiteen har avholdt høring der Den norske jordmorforening, Norsk Sykepleierforbund, Den norske legeförening, Landsforeningen 1001 dager – mental

helse under graviditet og etter fødsel, Ammehjelpen, Nasjonalt SRHR (seksuell og reproduktiv helse og rettigheter)-nettverk, Likestillings- og diskrimineringsombudet og Norske kvinners sanitetsforening deltok.

Komiteen viser til helseministerens brev til komiteen av henholdsvis 5. og 12. april 2018. Komiteen merker seg statsrådets uttalelse om at «ingen nyfødte barn, mødre og fedre skal tvinges hjem kort tid etter fødsel. Barnets behov og foreldrenes trygghet skal bestemme». Komiteen forutsetter at dette også ligger til grunn når man planlegger kapasiteten ved fremtidige føde- og barselavdelinger, slik at tidlig hjemreise etter fødsel er et reelt valg og ikke et opplevd press for fødekvinnen.

Komiteen tar utgangspunkt i at norsk svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal styrkes og at endringer i oppgavedeling mellom sykehus og kommuner skal være faglig fundert.

Liggetiden på sykehus etter fødsel

Komiteen viser til Den norske legeföreningens høringsinnspill om at lav barnedødelighet henger sammen med fødsel og barsel tid på sykehus.

Komiteen viser til at Legeföreningen også påpeker at tidlig hjemreise med kortere observasjonstid kan føre til at tilstander hos barnet ikke blir oppdaget, og at det dermed blir behov for flere polikliniske konsultasjoner og reinnleggelser.

Komiteen viser til at gjennomsnittlig liggetid på sykehus etter fødsel ifølge Folkehelseinstituttet har blitt redusert fra 3,2 døgn til 2,7 døgn i løpet av de ti siste årene. Samtidig viser tall fra Jordmorforeningen at det på landsbasis mangler 6–700 jordmorårsverk for å kunne oppfylle kravene til både svangerskapsomsorg og oppfølging etter fødsel og utskrivning fra sykehus.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Venstre, vil understreke at gjennomsnittlig liggetid i det enkelte regionale helseforetaket ikke må reduseres før tilhørende kommuner har bygget opp tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ta imot de nyfødte barna og deres familier.

Flertallet mener at en eventuell ytterligere reduksjon av liggetiden på sykehus etter fødsel skal være faglig begrunnet og ikke føre til en forringelse av tilbudet.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre viser til at kortere liggetid er en utvikling i alle vestlige land, og at liggetiden på norske sykehus er tilsvarende gjennomsnittet i OECD-landene.

Disse medlemmer viser til at reduksjonen i liggetiden er faglig begrunnet, og mener det er uheldig om det skapes inntrykk av at reduksjonen i liggetiden vi har sett de siste ti årene, skyldes andre faktorer enn faglige vurderinger. Disse medlemmer viser videre til St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet, hvor det fremgår at verken medisinsk kunnskap eller erfaring tilsier at det er behov for et langt opphold på sykehus etter en normal fødsel.

Disse medlemmer viser til at hjemreise forutsetter et organisert barseltilbud på hjemstedet og støtte fra kvinnens nettverk/partner. Disse medlemmer viser til at helseforetakene må forsikre seg om at det finnes et organisert barseltilbud i kommunen før mor og barn skrives ut. Disse medlemmer viser til at helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommuner og helseforetak å inngå forpliktende samarbeidsavtaler, og at disse avtalene har minstekrav om fødselsomsorg, følgetjeneste og barselomsorg. Disse medlemmer viser videre til at kvinner som har behov for spesialisthelsetjenester etter utskrivning, skal få tilbud om det. Disse medlemmer understreker at det gjøres en god jobb med å følge opp dette i dag, og mener det er uheldig at det skapes et inntrykk av at dette ikke følges opp i praksis.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti viser til høringen, der fagpersonene som møtte opp, ble spurt om reduksjonen i liggetid var faglig begrunnet. Svaret var at den ikke er faglig begrunnet. Reduksjonen i liggetid er begrunnet i behovet for å spare penger.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Kristelig Folkeparti mener det ikke er et mål å redusere gjennomsnittlig liggetid for barselkvinner. Gjennomsnittlig liggetid er allerede sterkt redusert og må ikke, etter disse medlemmers syn, bli kortere. Selv med dagens utskrivningspraksis og liggetid er fagmiljøene sterkt kritiske til om det faglige tilbudet blir ivaretatt. For eksempel starter ikke amming opp skikkelig før det er gått flere døgn, og enda kortere gjennomsnittlig liggetid på sykehus vil gjøre at flere kvinner blir sendt hjem uten at man vet hvordan dette vil utvikle seg.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, mener at fokuset nå må være å bygge opp jordmorkapasiteten i kommunene. Flertallet mener økt jordmorkapasitet er nødvendig for å sørge for at de som skrives ut fra sykehus med dagens gjennomsnittlige liggetid, blir tatt godt imot og fulgt opp slik retningslinjene tilsier, med hjemmebesøk og annen oppfølging.

Flertallet viser til at Ammehjelpen i sitt høringsnotat til komiteen oppgir at de siste få årene har antall henvendelser til Ammehjelpen vært i eksplosiv vekst. I 2016 mottok de 43 000 henvendelser, noe som var en dobling fra året før. Ammehjelpen er 150 frivillige mødre som hjelper andre mødre med amming. Flertallet er enig med Ammehjelpen i at det høye antallet henvendelser er et signal om at det er store mangler i det offentlige tilbudet. Flertallet mener det er nødvendig å styrke frivillige ordninger som Ammehjelpen, men at dette ikke skal erstatte et godt offentlig tilbud. Flertallet mener det må tas på alvor når Ammehjelpen oppgir at de opplever å få flere kompliserte, medisinske problemstillinger i forhold til tidligere, og at mange som kontakter dem, forteller om manglende oppfølging tidlig i barseltiden. Ammehjelpens undersøkelse viste at kun én av ti kommuner oppfylte de faglige anbefalingene for hjemmebesøk. Flertallet ber regjeringen vurdere å styrke den statlige støtteordningen til Ammehjelpen, for at de i større grad kan være et supplement og bidra med erfaringskompetanse i arbeidet med en god barselomsorg.

Flertallet mener det er svært viktig at Stortinget forholder seg til fagkunnskap, folks erfaringer og registrerbare fakta som grunnlag for politiske vurderinger, og at dette ikke er «å skape inntrykk», men å forholde seg til virkeligheten. Flertallet viser til at forslagene bygger på fakta om norsk fødsels- og barselomsorg, slik det fremkommer av rapporter fra fagmiljøene og registrering av praksis i sykehus og kommuner. Flertallet viser til at det er et faktum at liggetiden har gått ned og at perinatalkomiteen i Helse Sør-Øst rapporterer om flere uheldige hendelser som følge av kort liggetid for mor og barn på sykehus. UNICEFS analyse i 2017 viste at 60 prosent av kommunene ikke tilbyr hjemmebesøk innen to uker slik det er anbefalt i retningslinjene. Anslaget på hvor mange jordmørårsverk som mangler i norske kommuner, er gjort av fagmiljøer med kunnskap om dette. Flertallet viser til at Verdens helseorganisasjons (WHO) retningslinjer for fødsel (utgitt 2018) anbefaler minimum 24 timers opphold på sykehus for kvinner og barn med ukomplisert vaginal fødsel. Flertallet viser til at fagmiljøene i Norge advarer sterkt mot at sykehus nå planlegges for at en betydelig andel av fødekvinnene skal reise hjem før det har gått ett døgn, og det oppfylder altså ikke engang WHO's minimumsanbefaling. Flertallet viser til at eksemplene er flere enn de oppgitte, og at det også er den tydelige tilbakemeldingen i fra høringsinstansene til komiteen at fødsels- og barselomsorgen i Norge nå er under press.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre viser til at Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen ble lagt frem i 2014, og at det ikke har vært politiske føringer for

endringer i barselomsorgen i nyere tid. Disse medlemmer understreker at hvor lenge mor og barn skal være på sykehus etter fødsel, er en faglig vurdering som avgjøres ut i fra den enkelte kvinne, barn og families behov. Dette er det helsepersonell som er best skikket til å gjøre, i samråd med kvinnen, og ikke Stortinget. Ingen skal reise hjem før familien er i stand til å ta vare på barnet hjemme.

Disse medlemmer viser videre til at barselomsorgen i Norge har beveget seg fra å være sykehusets helsetjeneste, til å være pasientens helsetjeneste. Formålet med endringene som er gjort noen steder, har vært å skape et bedre tilbud til den nye familien, og at tilbudet skal være tilpasset den enkelte. Det som er faglig forsvarlig for én familie, er ikke riktig for alle, og helsesystemet må tilpasse seg dette.

Disse medlemmer viser til at det ikke er det beste for alle å bli liggende lenge på et sykehus etter en fødsel, og at mange ønsker å komme hjem til trygge omgivelser. Omorganiseringen av for eksempel Kvinneklivnikken i Bergen skal gjennomføres slik at omsorgen i større grad bygges opp rundt mor, barn og familien. Den nybakte familien skal få være i ro, og helsepersonellet skal komme til dem og ikke omvendt.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at regjeringspartiene mener at det ikke er lagt politiske føringer for endringer av barselomsorgen i nyere tid, og viser til Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Disse medlemmer mener det er oppsiktsvekkende at regjeringspartiene ikke har mer innsikt i den faktiske situasjonen i helsetjenesten og at partiene fraskriver seg det politiske ansvaret og skyver ansvaret for utviklingen med kortere liggetid og knappe jordmorsressurser over på helseforetakene og kommunene.

Barselkapasiteten ved sykehusene

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, mener målet skal være en førsteklases svangerskaps-, føde- og barselomsorg i Norge. Hver dag fødes det om lag 160 barn i Norge, likevel er det å føde et barn noe av det minst dagligdagse som skjer i en kvinnes og en families liv. En god start kan være avgjørende for at barseltiden blir god for både barn og voksne. Tilbudet skal oppleves trygt og godt uansett hvor i landet man bor, og det skal være et likeverdig tilbud for alle fødekvinne. Flertallet ser med bekymring på planlagt nedbygging av barselkapasitet ved flere sykehus og mener dette kan føre til at flere kvinner blir sendt hjem for tidlig med sine barn. Når det planlegges for at så mange som 40 prosent av kvinnene ved Kvinneklivnikken i Bergen skal reise

hjem allerede 6–24 timer etter fødsel, kan mangel på rom føre til at de ikke har noe reelt valg.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre viser til at det ikke er riktig at det skjer en nedbygging av barseltilbudet. Alle helseforetakene som planlegger nye føde- og barselavdelinger, opplyser at de nasjonale faglige anbefalingene er førende for planlegging av det framtidige tilbudet. Disse medlemmer viser til svar på skriftlig spørsmål nr. 1285 fra representanten Tuva Moflag, hvor det fremgår at Helse Bergen opplyser at alle skal være trygge på at Kvinneklivnikken tar vare på barselkvinnene og barnet så lenge de har behov for det. Videre fremgår det i svaret at Helse Bergen opplyser om at et vesentlig poeng med det nye tilbudet i barne- og ungdomssykehuset er at kvinnene og familiene deres får bo på enerom, familierom eller multifunksjonsrom. Dette vil gi trygghet, nærhet, stabilitet og ro for familien. Situasjonen på Kvinneklivnikken ved Haukeland universitetssjukehus i dag er at mange kvinner må dele rom etter fødsel. Det er heller ikke alltid plass til far/partner. Syke mødre eller syke barn må flytte, som regel hver for seg, mellom Kvinneklivnikken og barne- og ungdomsklivnikken for å få oppfølging og pleie. Dette er ikke tilfredsstillende, og det nye barne- og ungdomssykehuset vil bli et moderne og formålstjenlig bygg for framtida.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, viser til at et sterkt kommunalt tilbud er en forutsetning for overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer er sterkt kritiske til at sykehuskapasitet bygges ned, uten at det kommunale tilbudet er bygget tilstrekkelig opp.

Flertallet mener uansett ikke at hjemmebesøk kan erstatte den tryggheten og faglige kvaliteten man får i et heldøgns barseltilbud i sykehus, og mener det er betimelig å stille spørsmål ved hvor grensen skal gå for tidlige hjemreiser, uten at dette er et sterkt ønske fra kvinnen selv.

Flertallet mener det er uforsvarlig å planlegge for ytterligere kutt i liggetid for barselkvinner når selv dagens situasjon får fagmiljø til å rope varsko om kvaliteten i tilbudet. Det vises til bekymringsmeldinger fra barneleger, jordmødrer og perinatalkomiteer, som har svangerskaps- og barselomsorg som sitt ansvarsområde. Disse er bekymret for at kombinasjonen tidlig utskrivning og manglende jordmorkapasitet i kommunene fører til økt risiko for mor og barn. Det blir vist til at dagens utskrivingspraksis og få jordmødrer i kommunene kan føre til at tilstander ikke blir oppdaget, slik som amme problemer, vekttao, dehydrering, infeksjoner, gulsott, hjertefeil, blødninger eller fødselsdepresjoner. Kravet i

retningslinjene om ekstra liggetid på sykehus ved ammeproblem blir heller ikke ivaretatt, og kravet om at helsepersonell i samråd med kvinnen skal gjøre vurderinger av liggetid, blir vanskeliggjort når presset på barselrommene er så stort. Jordmødre rapporterer om at kravet i nasjonal veileder for fødselsomsorgen om oppfølging av jordmor under aktiv fase av fødsel ikke blir ivaretatt. Mye tyder på at barseltid kuttes for at sykehuset skal spare penger ved å skyve hele barselansvaret over til kommunene, som ikke er informert om denne ansvarsforskyvningen. Flertallet viser til at statsråd og statsminister i Stortinget har uttalt at Stortinget ikke kan eller bør bestemme liggetiden for hver enkelt fødende, og at dette er en faglig vurdering. Det er korrekt. Men det er et politisk ansvar å sikre kapasiteten i føde- og barseltilbudet, slik at fleksibiliteten i tilbudet blir ivaretatt, og slik at det faglige tilbudet kan tilpasses hver enkelt. Derfor er gjennomsnittlig liggetid ved planlagte nye sykehus et politisk anliggende, fordi det sier noe om kapasitet. Dersom det ikke finnes tilstrekkelig med barselrom til normalfødende på sykehus, vil fødende selv sagt kunne bli presset til å dra hjem tidligere enn det som er ønskelig.

Flertallet fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at helseforetakene implementerer Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen fra 2014 i sine tjenester. Utreise fra føde-/barselavdeling skal alltid tilpasses kvinnen og den nyfødte sine behov, og utreisevurderingen skal alltid gjøres sammen med kvinnen.»

«Stortinget ber regjeringen styrke den kommunale jordmortjenesten og vurdere ny finansiering, slik at det blir mer attraktivt for kommuner å tilsette jordmødre.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at føde-/barselavdelinger må inngå klare avtaler med det kommunale hjelpeapparatet om oppfølging, hjemmebesøk m.m., før utskrivning av mor og barn, og tilby lengre barselopphold på sykehus om dette ikke er på plass.»

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag til en opptrappingsplan for økt kapasitet i den kommunale jordmortjenesten.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen stoppe ytterligere reduksjon av gjennomsnittlig liggetid for barselkvinner ved norske sykehus.»

Bemanning, rekruttering og utdanningskapasitet

Komiteen viser til helseministerens svarbrev og er positiv til økningen i antall årsverk i både jordmor- og helsesøstertjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at regjeringspartiene og Kristelig Folkeparti har styrket barselomsorgen og jordmorkapasiteten i kommunene fra 2014 og til i dag. I budsjettet for 2018 ble det bevilget til sammen 1,16 mrd. kroner til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, hvor 853,3 mill. kroner var en økning i kommunenes frie inntekter, og 307,2 mill. kroner ble bevilget som øremerkete tilskudd. Flertallet viser til at regjeringen i tillegg har gjeninnført kravet om jordmorkompetanse i helse- og omsorgstjenesteloven.

Flertallet viser til at satsingen har ført til gode resultater, og at det har vært en økning på 974 årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2013–2017. Til sammenligning var det en nedgang på 9 årsverk fra 2012–2013. Flertallet viser videre til at antall jordmorårsverk har økt med 120 i løpet av de siste tre årene.

Flertallet viser til at Folkehelseinstituttet publiserer nasjonale brukererfaringsundersøkelser om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Flertallet viser til at kvinner var gjennomgående mer fornøyd med fødsels- og barselomsorgen i 2016 enn de var i 2011. Generelt er det god tilfredshet med tilbudet.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, vil imidlertid påpeke at veksten i årsverk i jordmor- og helsesøstertjenesten ikke er stor nok til å møte vedtatte krav for svangerskapsoppfølging og barselomsorg. Dette flertallet viser til at Den norske jordmorforeningen og Norsk Sykepleierforbund peker særlig på jordmormangel i kommunehelsetjenesten i sine høringsinnspill.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen vurdere utdanningskapasiteten i jordmorutdanningen og behovet for økning i studieplasser og flere utdanningssteder.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk

Venstreparti og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen vurdere å opprette ytterligere en jordmordanning, i for eksempel Stavanger, for å møte framtidens behov for jordmødre, både på sykehus og i kommunehelsetjenesten.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer i tillegg følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for, og kreve, ansettelsesforhold i hele stillinger for nyutdannede jordmødre for å sikre at kompetansen og kvaliteten på jordmortjenesten opprettholdes.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet er glade for at Arbeiderpartiets lokalpolitikere har gått i bresjen for å styrke helsesøster- og jordmorkapasiteten i kommunene, slik at kvinnene får en enda bedre oppfølging i svangerskapet og i barseltiden. Disse medlemmer viser til at 16 av de 20 kommunene med sterkest vekst i antall helsesøstre styres av Arbeiderpartiet.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Venstre og Fremskrittspartiet er svært fornøyde med kommuner som følger opp regjeringens satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Disse medlemmer viser til at helseforetakene systematisk skal dokumentere avvik dersom den fødende ikke har jordmor hos seg, så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over. Dette rapporteres det på i styringskravet i årlig melding fra de regionale helseforetakene. Disse medlemmer viser til statsrådens svarbrev, hvor det fremgår at kravet stort sett følges, og at det allerede arbeides for å forbedre barselomsorgen ytterligere.

Disse medlemmer viser til at statsråden ba helseforetakene om å motivere og tilrettelegge for at ansatte velger høyere stillingsprosent, og sikre at helseforetakene i større grad enn nå tilbyr nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger, i foretaksmøtet i januar 2017. Disse medlemmer viser til at det i statsrådets brev til komiteen fremgår at alle helseforetak jobber med tiltak for å motivere og tilrettelegge for at ansatte får en høyere stillingsbrøk.

Videre utvikling av føde- og barseltilbudet

Komiteen støtter forslagsstillerne i at det skal være trygt å føde, uansett hvor i landet man bor, noe som understreker behovet for gode følgetjenester og prehospitale tjenester. Komiteen viser til at både antall uplanlagte hjemmefødsler og antall transportføds-

ler har økt med hhv. 27,3 og 90,2 prosent fra 2015 til 2016.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, mener at dette er ikke en ønsket utvikling, og flertallet ser alvorlig på at rammene for mange fødekvinne har blitt mer risikofylt.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre viser til at antallet uplanlagte fødsler utenfor sykehus har vært på samme nivå de siste 15–20 årene og utgjør rundt 0,7 prosent av alle fødsler. Disse medlemmer viser til at Medisinsk fødselsregister forklarer den tilsynelatende økningen med at de har lagt om klassifiseringssystemet som gjelder opplysninger om fødested. Registeret har gått gjennom tilfellene som var markert med «Annet og ukjent sted» for å kvalitetssikre tallene. En stor andel av de med fødested «Annet/ukjent sted» ble da reklassifisert som transportfødsler. Som følge av dette bruker Helse- og omsorgsdepartementet tallet for uplanlagte fødsler utenfor institusjon samlet, slik at tallet omfatter uplanlagte hjemmefødsler, transportfødsler og fødsler utenfor institusjon og «uspesifisert». Antallet uplanlagte fødsler utenfor sykehus er derimot stabilt.

Disse medlemmer viser videre til at den største nedgangen i antall fødeinstitusjoner skjedde mellom 1970 og 1990. Disse medlemmer understreker at det ikke finnes en pågående sentralisering av fødetilbudet, men dersom små fødestuer nedlegges, skyldes det i hovedsak synkende fødselstall. Disse medlemmer viser til at det finnes mange populære fødestuer rundt omkring i distriktene, og at det flere steder er opprettet jordmorberedskap og mulighet for å gjennomføre fødsel dersom det er risiko for at den fødende ikke rekker frem til fødeavdeling i tide. Disse medlemmer viser til behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan, hvor det ble slått fast at fordelingen av mindre fødeavdelinger og fødestuer må sikre nærhet til fødetilbud også utenom de store kvinneklinikkene. Det er derimot ikke grunn til å hevde at rammene for mange fødende kvinner har blitt mer risikofylt. Disse medlemmer viser til at den norske fødselsomsorgen er av høy kvalitet, og at Norge er et av landene i verden med lavest nyfødtdødelighet. Disse medlemmer viser videre til at selv om transportfødsler på ingen måte er ønskelig, foreløper de som regel uten medisinske komplikasjoner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti mener det er en selvfølge at alle fødende får oppleve gode og trygge fødsler og god oppfølging i barsel. Økende sentralisering, lav bemanning på sykehusene og kort ligge-

tid på barsel fører til at mange gravide ikke får det tilbudet de har rett på.

Flertallet viser til at det har foregått en sterk sentralisering av fødeinstitusjonene. Ifølge Den norske jordmorforening har antallet fødeinstitusjoner blitt mer enn halvert i løpet av de siste 30 årene, fra 95 til 45. Sentraliseringen fører til svært lang reisevei for kvinner i fødsel og økt fare for transportfødsel. Det har også ført til bemanningsutfordringer på de store fødeklinikkene, noe som har bidratt til at kvinner i fødsel blir avvist i døra eller har fått beskjed om å vente unødvendig lenge før de kommer inn, noe som igjen øker faren for transportfødsler. Ifølge Folkehelseinstituttet økte antallet uplanlagte hjemmefødsler fra 139 i 2015 til 177 i 2016, og antall fødsler under transport økte fra 103 i 2015 til 196 i 2016. Dette er tall som burde gått ned og ikke videre opp.

Flertallet fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre en trygg og fremtidsrettet fødselsomsorg ved å sikre dagens fødeinstitusjoner.»

Flertallet viser til den klare sammenhengen mellom antall jordmorstillinger i sykehusene og oppfølging av den enkelte fødende. Dette gjelder både den prehospitalt fødselsomsorgen og oppfølging i løpet av fødselen. Alle fødende kvinner skal ha krav på å ha en jordmor til stede i én-til-én-omsorg når de er i den aktive delen av fødselen. Det er per i dag ingen oversikt over hvor mange sykehus som klarer å etterfølge denne praksisen, og helse- og omsorgsministeren har etter gjentatte spørsmål ikke klart å gi et tilfredsstillende svar på status i norske sykehus. Dette er alvorlig.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen 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.»

«Stortinget ber regjeringen gjennomføre 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.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, vil advare mot å bagatellisere transportfødsler og den økte risikoen dette gir for mor og barn. Flertallet viser til at forskning utført blant annet ved Universitetet i Bergen

(Hilde Engjom m.fl.), konkluderer med at dødsrisikoen ved fødsel utenfor fødeinstitusjon er tre ganger høyere enn i fødeinstitusjon. Forskningsprosjekt «Fødselshjelp i Norge» tok for seg alle fødsler i Norge mellom 1999 og 2009, totalt var det nærmere 650 000 fødsler. Av disse døde 1 586 barn under eller like etter fødselen. I fødeinstitusjon ble det målt en dødelighet på 2,5 promille (2,5 barn av 1 000). For fødsler som skjedde ikke planlagt utenfor fødeinstitusjon, var dødsraten over tre ganger så høy (8,4 promille). (Kilde: Aftenposten 25. oktober 2017.)

Flertallet viser også til at mange kvinner i Norge har lang reisevei til sitt fødetilbud, noe som gjør at flere må oppholde seg lenger på hotell eller hos venner eller familie i forkant av fødsel. Flertallet viser også til konkrete erfaringer ansatte på sykehusene kan fortelle om, som innebærer medisiner og andre tiltak som gjøres for å forhindre fødsler under transport og ofte under vanskelige forhold. Disse fødslene registreres da ikke som transportfødsler, men er likevel unødvendig belastende for mor, barn og familie. Flertallet viser også til at uplanlagte fødsler utenfor institusjon ofte skjer i storbyene og rundt de største kvinneklinikkene. Dette skyldes hardt press på fødeklinikkene og at fødende blir bedt om å vente lengst mulig hjemme, eller blir sendt hjem i påvente av at fødselen skal ta seg opp.

Flertallet peker på at den prehospitalt fødselsomsorgen i Norge er svært ulikt organisert og i liten grad formalisert. Døgnskuttet vaktberedskap og følgetjeneste med kvalifisert personell skal være etablert når det er over halvannen time reisevei til fødestedet. Følgetjenesten av jordmor skal sikre forsvarlig oppfølging og overvåkning på vei til fødestedet.

Flertallet fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en kartlegging som gir en nasjonal oversikt over hvorvidt følgetjenesten for gravide er tilstrekkelig utviklet og fungerende.»

Flertallet ser at utdanning, rekruttering og hele, faste stillinger for jordmødre vil bli stadig viktigere i årene som kommer. I 2010 var over halvparten av de yrkesaktive jordmødrene i Jordmorforeningen over 50 år, mens gjennomsnittsalderen var 56 år på de yrkesaktive jordmødrene i Jordmorforbundet. I tillegg til nyrekruttering må det også legges til rette for at de eldste jordmødrene står lengre i jobb. I kommunene er det også betydelig mangel på nok jordmødre. I dag skal 424 jordmødre ivareta 60 000 gravide, barselkvinner og nyfødte.

Flertallet vil understreke at en god barselomsorg er avgjørende for både mors og barns helse. Dette berører både liggetid på sykehuset og oppfølging etter hjemreise. Liggedøgn på norske sykehus er vesentlig kortet

ned de siste par tiårene, der det før var vanlig å reise hjem etter tre–fire dager, er normen nå to dager. Det er imidlertid med dagens praksis langt igjen til oppfølgingen i kommunene er så god som flertallet ønsker den skal være. I en kartlegging gjennomført av Folkehelseinstituttet i 2016, kom det fram at av de kvinnene som hadde reist hjem 48 timer eller kortere etter fødsel, var det 57 prosent som ikke hadde fått besøk av jordmor. Dette er alvorlig. Når det nå planlegges sykehus der 40 prosent av kvinnene som har født, skal reise hjem etter 6–24 timer, mener flertallet at kvinner i en svært sårbar situasjon kan bli presset til å reise hjem før de bør, samtidig som kommunene ikke har apparatet som er nødvendig for en sikker og god oppfølging av både kvinnene og barna deres.

Flertallet fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at kort liggetid på sykehus skal være kvinnens eget ønske, ikke økonomisk betinget. Nye sykehus skal dimensjoneres etter faglige behov.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti fremmer i tillegg følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at alle kvinner som har behov for, og ønsker, hjelp med etablering av amming etter fødsel, skal få det gjennom å være på barselavdeling, sykehusshotell eller andre tilbud knyttet til sykehusene til dette er på plass, inkludert tilstrekkelig barseloppfølging i tråd med gjeldende retningslinjer.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at fødselsomsorgen som resten av sykehusdriften i dag er 50 prosent finansiert gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF), men at Stortinget har vedtatt at denne andelen skal ned til 40 prosent. Disse medlemmer mener at fødselsomsorgen er særlig lite egnet for innsatsstyrt finansiering, da eksempelvis god bemanning som kan hindre komplikasjoner, må tas av rammebudsjettet, mens komplikasjoner gir økt utbetaling. Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme sak om å rammefinansiere fødselsomsorgen, slik at kvalitet blir premiert og at en sikrer forsvarlig bemanning som et akuttilbud.»

Disse medlemmer mener kommuner og regionale helseforetak må samarbeide om å bygge opp kompetanse og kapasitet i barselomsorgen utenfor sykehus. Partene er forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler, og

det er også utviklet regionale planer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Dette er viktige verktøy.

Helsedirektoratet har i mange år vist til nødvendigheten av og potensialet i en styrking av den kommunale jordmortjenesten. I sin rapport «Utviklingsstrategi for jordmortjenesten (2010)» har de fremmet forslag om flere tiltak for å styrke jordmortjenesten. Direktoratet viser til at jordmortjenesten i kommunene er ujevnt fordelt, og at jordmordekningen ikke er tilfredsstillende. Det må defineres at jordmødre er en del av grunnkompetansen i helsestasjonene, og dette må tydeliggjøres i den reviderte forskriften.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at jordmortjenesten også bør være statlig finansiert, kombinert med normtall. Fastleger er statlig finansiert, mens kommuner som velger å ansette kommunejordmor, betaler dette over kommunalt budsjett. Kommuner vil altså i dag tjene på å drive svangerskapsomsorgen gjennom fastlegeordningen eller ansette jordmor i en liten brøkstilling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti minner om at vi har en fastlegeordning under press. Det at kvinner har en reell valgmulighet for å gå til jordmor under svangerskapet, vil kunne være med på å avlaste fastlegene og samtidig sikre høy kvalitet i svangerskapsomsorgen.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at ved å gi jordmødrene mandat til å henvise til gynekolog og sykemeldingsadgang, vil vi få et mer effektivt helsevesen, og den gravide vil få en mer helhetlig svangerskapsoppfølging, som igjen kan bidra til å redusere unødvendige sykemeldinger.

Dette medlem fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gi jordmødre henvisningsrett til gynekolog.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, vil be Stortinget be regjeringen endre finansieringsordningene for jordmødre slik at kommunene ikke lenger taper penger på at gravide blir fulgt opp av jordmor i stedet for fastlege. Endringen kan for eksempel foretas ved å innføre en refusjonsordning for kommunale jordmødre.

Flertallet er videre opptatt av at svangerskapsomsorgen er en vesentlig del av den samlede fødselsomsorgen. Svært viktige helseforebyggende tiltak kan gjennomføres i svangerskapet. For de fleste er dagens svangerskapsoppfølging god, men særlig for første-

gangsfødende og særlig utsatte grupper som kvinner som bruker rus, er svært overvektige, som nylig har kommet til landet eller av andre årsaker er utsatte, kan det være behov for tettere oppfølging enn det som tilbys i dag. Dette forutsetter at den gravide møter jordmødre og leger som har tid og kompetanse til å følge opp den enkelte. God svangerskaps- og barselomsorg skal ikke bare sikre god somatisk helse, men også bidra til at kvinner har en god psykisk helse i en sårbar fase av livet. Vi vet blant annet at en tredjedel av alle fødselsdepresjoner starter allerede i svangerskapet, og at flere av disse kunne vært avverget med god oppfølging i svangerskapsomsorgen.

Flertallet viser til at forekomsten av psykiske plager etter fødsel er økende, og at det har vært en sterk økning i antall mødre som får fødselsdepresjon de siste årene.

Flertallet viser til at Folkehelseinstituttet regner med at mellom 3–9 000 kvinner får fødselsdepresjon hvert år. I de nasjonale retningslinjene for barselomsorgen oppgis at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering har vurdert om screening med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) bør innføres som et nasjonalt tilbud. Rådet viste til at det er kjent med at mange kommuner systematisk screener for å finne barselkvinner som har depressive symptomer. Rådet mente imidlertid at det trengs mer kunnskap om effekt av Edinburgh-metoden og alternative oppfølgingsmodeller i Norge (Eberhard-Gran et al. Legetidsskriftet 2014). Det konkluderes med at Nasjonalt råd anbefaler at screening for barseldepresjon ved hjelp av Edinburgh-metoden ikke innføres som et nasjonalt tilbud på nåværende tidspunkt. Flertallet mener det er behov for kunnskapsinnhenting og å vurdere screeningtiltak på nytt, og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det gjøres en ny vurdering av behovet for å innføre et screening-tiltak for å avdekke depresjon blant gravide kvinner / barselkvinner.»

Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen legge til rette for, og kreve, ansettelsesforhold i hele stillinger for nyutdannede jordmødre for å sikre at kompetansen og kvaliteten på jordmortjenesten opprettholdes.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen fremme sak om å ramme-finansiere fødselsomsorgen, slik at kvalitet blir premiert og at en sikrer forsvarlig bemanning som et akutttilbud.

Forslag fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti:

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen sørge for at føde-/barselavdelinger må inngå klare avtaler med det kommunale hjelpeapparatet om oppfølging, hjemmebesøk m.m., før utskrivning av mor og barn, og tilby lengre barselopphold på sykehus om dette ikke er på plass.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen fremme forslag til en opptrappingsplan for økt kapasitet i den kommunale jordmortjenesten.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen vurdere utdanningskapasiteten i jordmorutdanningen og behovet for økning i studieplasser og flere utdanningssteder.

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen 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.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen gjennomføre 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.

Forslag 8

Stortinget ber regjeringen sikre at alle kvinner som har behov for, og ønsker, hjelp med etablering av amming etter fødsel, skal få det gjennom å være på barselavdeling, sykehushotell eller andre tilbud knyttet til sykehusene til dette er på plass, inkludert tilstrekkelig barseloppfølging i tråd med gjeldende retningslinjer.

Forslag fra Senterpartiet og Kristelig Folkeparti:

Forslag 9

Stortinget ber regjeringen stoppe ytterligere reduksjon av gjennomsnittlig liggetid for barselkvinner ved norske sykehus.

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 10

Stortinget ber regjeringen gi jordmødre henvisningsrett til gynekolog.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti.

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

I

Stortinget ber regjeringen sørge for at helseforetakene implementerer Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen fra 2014 i sine tjenester. Utreise fra føde-/barselavdeling skal alltid tilpasses kvinnen og den nyfødte sine behov, og utreisevurderingen skal alltid gjøres sammen med kvinnen.

II

Stortinget ber regjeringen styrke den kommunale jordmortjenesten og vurdere ny finansiering, slik at det blir mer attraktivt for kommuner å tilsette jordmødre.

III

Stortinget ber regjeringen vurdere å opprette ytterligere en jordmorutdanning, i for eksempel

Stavanger, for å møte framtidens behov for jordmødre, både på sykehus og i kommunehelsetjenesten.

IV

Stortinget ber regjeringen sikre en trygg og fremtidsrettet fødselsomsorg ved å sikre dagens fødeinstitusjoner.

V

Stortinget ber regjeringen gjennomføre en kartlegging som gir en nasjonal oversikt over hvorvidt følgjetjenesten for gravide er tilstrekkelig utviklet og fungerende.

VI

Stortinget ber regjeringen sikre at kort liggetid på sykehus skal være kvinnens eget ønske, ikke økonomisk betinget. Nye sykehus skal dimensjoneres etter faglige behov.

VII

Stortinget ber regjeringen sørge for at det gjøres en ny vurdering av behovet for å innføre et screeningtiltak for å avdekke depresjon blant gravide kvinner / barselkvinner.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 15. mai 2018

Olaug V. Bollestad

leder

Tuva Moflag

ordfører

VEDLEGG 1**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert 5. april 2018****Dokument 8:154 S (2017-2018) - Representantforslag om tiltak for å sikre mor og barn en faglig god barse- lomsorg og hindre uforsvarlige kutt i liggetid på syke- hus etter fødsel**

Jeg viser til brev datert 6. mars 2018 fra helse- og omsorgskomiteen, som ber om min uttalelse vedrørende ovennevnte representantforslag. Forslagene er som følger:

1. Stortinget ber regjeringa sørge for at helseforetaka implementerer Nasjonal fagleg retningslinje for barselomsorga frå 2014 i sine tenester. Utreise frå føde-/barselavdelinga skal alltid tilpassast kvinna og den nyfødde sine behov, og utreisevurderinga skal alltid gjerast i lag med kvinna.
2. Stortinget ber regjeringa stoppe ytterlegare reduksjon av gjennomsnittleg liggjetid for barselkvinner ved norske sjukehus.
3. Stortinget ber regjeringa sørge for at føde-/barselavdelingar må inngå klare avtalar med det kommunale hjelpeapparatet om oppfølging, heimebesøk m.m. før utskriving av mor og barn, og tilby lengre barselopphald på sjukehus om dette ikkje er på plass.
4. Stortinget ber regjeringa fremje forslag til ein opptrappingsplan for auka kapasitet i den kommunale jordmortenesta og vurdere ny finansiering, slik at det blir meir attraktivt for kommunar å tilsetje jordmødrer.
5. Stortinget ber regjeringa vurdere utdanningskapasiteten for jordmødrer og fremje tiltak som sikrar auka bruk av heiltidsstillingar i jordmortenesta.

Svar:

Norsk fødselsomsorg er av høy kvalitet og vi har gode resultater. Vi er et av landene med lavest nyfødtødelighet. Det skal vi være stolte av.

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen ble lagt fram i 2014. Det er de regionale helseforetakene og kommunene som skal sørge for en god barselomsorg (jf. spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven) og som må sørge for å implementere retningslinjen. Tjenestene må oppfylle kravet til faglig forsvalighet, og ved å følge anbefalingene i retningslinjen vil helsepersonellet bidra til å oppfylle dette kravet.

Virkemidler for implementering er omtalt i kapittel 1 i retningslinjen. Her framgår det at det viktigste tiltaket for å sette retningslinjen i verk, skjer ved avklaringen av ansvaret og rollene i forbindelse med utarbeidelse av

samarbeidsavtalene mellom helseforetaket og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kvalitetsindikatorer på barselfeltet kan også bidra til en mer effektiv iverksetting og oppfølging av retningslinjer. Folkehelseinstituttet publiserer nasjonale brukererfaringsundersøkelser om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Brukerundersøkelsene viser god tilfredshet med tilbudet, og at kvinner er gjennomgående mer fornøyd med fødsels- og barselomsorgen i 2016 sammenliknet med 2011. Resultatene fra undersøkelsen bidrar til mer kunnskap om hvordan brukerne av tjenestene opplever tilbudet, og mulighet for en bedre brukertilpasning av tjenestene.

Når det gjelder den gjennomsnittlige liggetiden på sykehus, har den blitt et halvt døgn kortere i løpet av de siste ti årene. I 2016 hadde nybakte mødre en gjennomsnittlig liggetid på 2,7 døgn etter fødselen. Kortere liggetid er en utvikling vi ser i alle vestlige land, og liggetiden på norske sykehus er som gjennomsnittet i OECD-landene.

I representantforslaget foreslås det å stoppe reduksjon av gjennomsnittlig liggetid for barselkvinner. Jeg viser til *St. meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet* som den rødgrønne regjeringen la fram i 2009. Her framgår det at medisinsk kunnskap og erfaring tilsier at det ikke er nødvendig med et langt sykeleie etter en normal fødsel. Kvinner som er i god form etter fødselen og har født et friskt barn, kan være klar for og ønsker å reise hjem kort tid etter fødsel, mens andre kvinner har behov for å bli liggende lenger på sykehus. Det som er viktig er derfor at sykehusoppholdets varighet tilpasses kvinnens og det nyfødte barnets behov, slik det framgår av de nasjonale retningslinjene. Vurderingen av tidspunkt for utskriving skal gjøres i samråd med kvinnen. Hjemreise forutsetter et organisert barseltilbud på hjemstedet og støtte fra kvinnens nettverk/partner. Spørsmålet om hvor lenge mor og barn bør ligge på sykehus er etter min vurdering et faglig spørsmål, men jeg vil understreke at ingen nyfødte barn, mødre og fedre skal tvinges hjem kort tid etter fødsel. Barnets behov og foreldrenes trygghet skal bestemme. Det er Helsedirektoratet som har ansvaret for den nasjonale faglige retningslinjen, og som må vurdere å revidere retningslinjen dersom det er behov for det.

Om forslaget om å sørge for at føde-/barselavdelinger inngår avtaler med det kommunale hjelpeapparatet om oppfølging, hjemmebesøk, og tilbyr lengre barselopphold på sykehus dersom et kommunalt tilbud ikke er på plass, viser jeg til at helse- og omsorgs-

tjenesteloven 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.

De avtalene som inngås, har minstekrav når det gjelder fødselsomsorg, følgetjeneste og barselomsorg. I Helsedirektoratets veileder om inngåelse av samarbeidsavtaler heter det blant annet at avtalen bør understøtte intensjonene i samhandlingsreformen og *St. meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet* og Helsedirektoratets anbefalinger i veilederen *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. Et av minstekravene i veilederen er at avtalene skal inneholde beskrivelse av hvordan utviklingen av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal gjennomføres.

Føde-/barselavdelinger kan også inngå avtaler med kommuner om andre forhold utover minstekravene. Det er helseregionene og kommunene som best kjenner behovene og som må vurdere hva avtaler bør inneholde utover minstekravene.

Jeg vil også legge til at barselkvinner som har behov for spesialisthelsetjenester etter at de er utskrevet, skal få tilbud om det, og de må kunne ta kontakt med sykehuset hvis det oppstår problemer. Slik er det også i dag. Helseforetakene må forsikre seg om at det finnes et organisert barseltilbud i kommunen før mor og barn skrives ut.

Representantene mener videre det er behov for en opptrappingsplan for den kommunale jordmortjenesten. Jeg er helt enig i at det er behov for å styrke barselomsorgen og jordmorkapasiteten i kommunene, og det har Regjeringen gjort gjennom de årlige budsjettene fra 2014 til i dag, i tråd med regjeringsplattformen om å styrke jordmortilbudet og det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene.

For 2018 er det bevilget til sammen 1,16 milliarder kroner til helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 853,3 mill. kroner gjennom kommunenes frie inntekter og 307,2 mill. kroner i øremerkete tilskudd. 20 mill. kroner av det øremerkete tilskuddet er spesifikt bevilget til å styrke jordmortjenesten. Jordmorkompetansen og barselomsorgen styrkes som en del av helsestasjonstjenesten der det meste av barselomsorgen foregår. I tillegg er det i 2018 bevilget en økning i kommunenes frie inntekter på 200 mill. kroner begrunnet med tidlig innsats i barnehage og skole og 200 mill. kroner i forebyggende tiltak for barn, unge og familier. I tillegg har regjeringen gjeninnført kravet om jordmorkompetanse i helse- og omsorgstjenesteloven fra 1. januar i år.

For å imøtekomme utviklingen med en gradvis tidligere utskrivning fra fødeinstitusjonene de siste tiårene, arbeider kommunene med å styrke barseltilbudet.

15. mars la SSB fram nye årsverkstall fra KOSTRA-statistikken (Kommune-STat-RApportering). Vi ser nå

tydelige resultater av regjeringens satsning på helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom flere år. Mens SSB-tall viste en nedgang på 9 årsverk fra 2012-2013, har antall årsverk i tjenesten totalt økt med 974 årsverk fra 2013-2017 – fra 4269 til 5243 årsverk. Fra 2016-2017 kom det 326 nye årsverk i tjenesten ifølge tall fra SSB.

I følge SSB har antall jordmørårsverk i tjenesten økt med 46 årsverk fra 2016-2017. Med en økning på 35 årsverk fra 2014-2015 og 39 årsverk fra 2015-2016 har antallet jordmørårsverk økt med 120 i løpet av tre år. Den prosentvis sterkeste veksten i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i perioden 2013-2017 har vært i jordmørårsverk og årsverk av "andre sykepleiere", der antallet jordmørårsverk økte med 46,2 prosent – fra 279 årsverk i 2013 til 408 årsverk i 2017.

Det har også vært en betydelig utvikling i antallet helsesøsterårsverk. Fra 2013-2017 har antallet økt med 544 årsverk som tilsvarer 25 prosents økning – fra 2177 i 2013 til 2721 i 2017. Fra 2016-2017 økte antallet helsesøsterårsverk med 134.

Det meste av barselomsorgen i kommunene utføres av jordmor og helsesøster, og tallene fra KOSTRA viser at Regjeringens politikk gir resultater og at kommunene tar utfordringene med å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten på alvor.

SSB har også, for første gang, publisert tall for hjemmebesøk av jordmor og helsesøster. Det ble utført 11 767 hjemmebesøk av jordmor innen ett-to døgn etter hjemkomst fra føde-/barselavdeling i 2017, mens det ble utført 48 576 hjemmebesøk av helsesøster innen to uker etter hjemkomst (foreløpige tall). Det blir nyttig å kunne følge utviklingen også når det gjelder disse tallene i årene som kommer.

Regjeringen er opptatt av flerfaglighet, samordning og tilgjengelighet i tjenestene, jf. Meld. St. 26 (2014-2015) om fremtidens primærhelsetjeneste. For å oppnå dette er vekst i årsverk viktig, men ikke det eneste som har betydning. Innholdet i, og arbeidsformer i tjenesten, og ikke minst samhandlingen med andre tjenester og sektorer, er nødvendig for gode tjenester. For eksempel vil lokal oppfølging som følge av tidligere utskrivning fra fødeinstitusjonene, måtte utvikles over tid og tilpasses lokale forhold. Allerede da Helsedirektoratet publiserte nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen i 2014, var noen kommuner i ferd med å utvikle og prøve ut nye arbeidsformer. De nylig publiserte KOSTRA-tallene viser at kommunene er godt i gang bl.a. med å styrke barselomsorgen i form av tidlig hjemmebesøk av jordmor.

Jordmor har spesialkompetanse på hele perioden fra svangerskap og fødsel til barsel/ nyfødtperiode. Det er ingen tvil om at det er behov for denne kompetansen i kommunene, men tjenestene trenger ikke å være organisert på samme måte i alle kommuner. Gode systemer og rutiner for samhandling med spesialisthelsetje-

nesten er av stor betydning for å sikre brukerne trygge og sikre tjenester. Helseregioner og kommuner har laget lokalt tilpassete planer for å sikre forsvarlige svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgstjenester i regionene.

Til spørsmålet om finansiering, viser jeg til mine svar på spørsmål 986 og 1072 til skriftlig besvarelse nylig. Det meste av forebyggende helsearbeid er rammefinansiert, men dersom kommunen ønsker at privatpraktiserende jordmor eller fastlege skal utøve f.eks. svangerskapsomsorg, er det lagt til rette for dette gjennom takstkompensasjon. Gjennom forskrift om utgifter til jordmorhjelp er det lagt til rette for at kommunen kan inngå driftsavtale med privatpraktiserende jordmor der jordmor tildeles et driftstilskudd avhengig av praksisens omfang. Kommunen kan velge om den vil inngå avtale med, eller ansette personell til å utføre de tjenestene den har behov for. Dersom legen eller jordmoren er ansatte, vil takstene de tjener inn tilfalle kommunen som arbeidsgiver. Nivået på takstene er tilpasset omsetningene i henholdsvis en lege- og en jordmorpraksis.

Det er ikke nødvendigvis mer økonomisk lønnsomt for kommunen å benytte fastlege enn jordmor i svangerskapsomsorgen. Hovedmodellen i fastlegeordningen er basert på selvstendig næringsdrift der kommunen betaler et per capitatilskudd per innbygger på fastlegens liste. Tilskuddet utgjør 25-30 prosent av fastlegens inntekt. Til sammenligning er de fleste kommunale jordmødre ansatte i helsestasjon med 100 prosent lønn betalt av kommunen. På denne bakgrunn er det riktig at det i en del tilfeller kan være mer lønnsomt å benytte fastlegene. Imidlertid vil dette i hovedsak være tilfelle i kommuner med en stor andel selvstendig næringsdrivende fastleger. Forskning viser at det er svært vanlig med blandete driftsformer i allmennpraksis, og ofte har andelen leger med fastlønn i en kommune, eventuelt subsidiert næringsdrift, sammenheng med rekrutteringsutfordringer. I mange, særlig mindre- og utkantkommuner er det ikke pasientgrunnlag for selvstendig næringsdrift, og kommunene ansetter leger. Gjennomsnittlig bruttolønn for lege ansatt i kommunen er rundt 1,1 mill. kroner, mens bruttolønn for jordmor i hel stilling utgjør rundt 710 000 kroner. I svært rekrutteringssvake kommuner er det dessuten grunn til å tro at kommunen på forskjellige måter subsidierer legepraksis utover den faste lønnen. I mange kommuner vil det derfor ikke være mer lønnsomt å benytte fastlege enn jordmor i svangerskapsomsorgen.

Jeg er enig i målet om økt bruk av heltidsstillinger der dette er ønsket og hensiktsmessig. Det er uheldig med oppsplitting i mange små stillingsbrøker, særlig dersom dette også medfører frafall fra jordmoryrket. Det er imidlertid viktig å huske på at kommunene er forskjellige. Som det også framgår av mine tidligere svar til Stortinget, er det utfordringer i noen kommuner med å

rekruttere både fastleger og jordmødre. Det er viktig med samarbeid mellom kommuner, og mellom kommuner og helseforetak. Spesielt i mindre kommuner, der det ikke er pasientgrunnlag for å ansette fagfolk i alle ønskelige yrkesgrupper, vil det være viktig å finne nye arbeidsformer og utnytte tilgjengelige ressurser på en god måte.

Når det gjelder utdanningskapasiteten for jordmødre, er jeg enig i at utdanning av og tilgang på helsepersonell er av stor betydning for å ivareta og utvikle gode helsetjenestetilbud til befolkningen. Det er Kunnskapsdepartementet som har hovedansvaret for utdanningene, herunder dimensjoneringen av disse. Kunnskapsdepartementet regulerer utdanningskapasiteten av kandidater innen enkelte helseutdanninger, herunder jordmorutdanningen. Vurderingen av kapasiteten i helseutdanningene inngår i regjeringens årlige budsjettprosesser og konklusjonene presenteres i de årlige budsjettframleggene. I vurderingen blir det tatt hensyn til tilgjengelig kunnskap om hvilke personell- og kompetansebehov helse- og omsorgstjenestene vil ha i framtiden.

Helse- og omsorgsdepartementet har på sin side et overordnet ansvar for å bidra til at det rekrutteres nok personell til tjenestene, at man beholder og utvikler kompetansen og gjør god bruk av personell som er i arbeid. Dette i samarbeid og samspill med arbeidsgivere og ansvarlige aktører i tjenestene. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer derfor, i samspill med Kunnskapsdepartementet, utdanningskapasiteten for jordmorutdanningen som ledd i den generelle vurderinger som gjøres av kapasiteten for helsepersonell.

VEDLEGG 2**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert 12. april 2018****Dokument 8:168 S (2017-2018) - Representantforslag om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg**

Jeg viser til brev datert 20. mars 2018 fra helse- og omsorgskomiteen som ber om min uttalelse om ovennevnte representantforslag. Forslagene er som følger:

1. Stortinget ber regjeringen 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.
2. Stortinget ber regjeringen gjennomføre 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.
3. Stortinget ber regjeringen sikre at alle kvinner som har behov for, og ønsker, hjelp med etablering av amming etter fødsel, skal få det gjennom å være på barselavdeling, sykehushotell eller andre tilbud knyttet til sykehusene til dette er på plass, inkludert tilstrekkelig barseloppfølging i tråd med gjeldende retningslinjer.
4. Stortinget ber regjeringen sikre at kort liggetid på sykehus skal være kvinnens eget ønske, ikke økonomisk betinget. Nye sykehus skal dimensjoneres etter faglige behov. Ingen skal skrives ut til et for dårlig tilgjengelig kommunalt barseltilbud.
5. Stortinget ber regjeringen gjennomføre en fullgod kartlegging som gir en nasjonal oversikt over hvorvidt følgetjenesten for gravide er tilstrekkelig utviklet og fungerende.
6. Stortinget ber regjeringen legge til rette for, og kreve, ansettelsesforhold i hele stillinger for nyutdannede jordmødre for å sikre at kompetansen og kvaliteten på jordmortjenesten opprettholdes.
7. Stortinget ber regjeringen sikre en trygg og fremtidsrettet fødselsomsorg ved å stanse sentraliseringen av fødeinstitusjoner.
8. Stortinget ber regjeringen gå gjennom finansieringsordningene i primærhelsetjenesten for å foreslå endringer som gjør at kommunene ikke taper penger på å bruke jordmortjenester til sin oppfølging av gravide sammenlignet med å bruke fastlegeordningen.

Fødsel av et nytt barn er en av de største begivenheter i et menneskes liv. Jeg vil innledningsvis understreke at norsk fødselsomsorg er av høy kvalitet og har gode resultater. Vi er et av landene med lavest nyfødt dødelig-

het. Folkehelseinstituttet publiserer nasjonale brukererfaringsundersøkelser om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Brukerundersøkelsene viser god tilfredshet med tilbudet, og at kvinner er gjennomgående mer fornøyd med fødsels- og barselomsorgen i 2016 sammenliknet med 2011.

Det har vært en betydelig reduksjon i antall fødeinstitusjoner. Den største nedgangen skjedde i perioden fra 1970 til 1990, og en viktig årsak var at fødsleene ble flyttet fra egne fødehem og fødestuer til sykehus. Delvis skyldtes dette økte krav til medisinsk beredskap, for eksempel keisersnitt, delvis skyldtes dette de fødendes eget ønske. Noen steder ble antallet fødeavdelinger redusert da sykehus ble slått sammen, slik som i Østfold.

Det er ingen pågående sentralisering av fødetilbudet (jf. tiltak 7 i representantforslaget), men noen små fødestuer blir fortsatt nedlagt på grunn av synkende fødselstall. Heldigvis finnes det populære fødestuer i distriktene, slik som i Alta, Finnsnes og på Tynset. I Odda, Lærdal og Nordfjord er det opprettet "god start"-enheter med jordmordberedskap og mulighet for å gjennomføre fødsel hvis det er risiko for at den fødende ikke rekker fram til fødeavdeling i tide. Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at fordelingen av mindre fødeavdelinger og fødestuer må sikre nærhet til fødetilbud også utenom de store kvinneklinikkene.

Å ha jordmor til stede under fødselen gir større sannsynlighet for normal fødsel og mindre behov for smertelindring. Alle de regionale helseforetakene har vedtatt planer for fødselsomsorgen med bakgrunn i veilederen "*Et trygt fødetilbud*". Helsedirektoratet har i denne veilederen 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 100 prosent av de fødende. Det er helseforetakene som har ansvaret for forsvarlig bemanning på fødeinstitusjonene, og de må utvikle systemer for bemanningsplanlegging som gjør det mulig å håndtere store svingninger i aktivitet.

I oppdragsdokumentet for 2017 ba jeg helseforetakene dokumentere når anbefalingen om at den fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, ikke ble fulgt opp. Avvik skulle dokumenteres i helseforetakenes avvikssystemer og resultatene brukes til kvalitetsforbedring. De regionale helseforetakene har rapportert på sty-

ringskravet i årlig melding. Det framgår av rapporteringen at helseforetakene dokumenterer når anbefalingene ikke blir fulgt opp og bruker resultatene til forbedring. Et eksempel er Helse Bergen, hvor det er systematisk kartlegging av om det er en jordmor tilstede hos den fødende i den aktive delen av fødselen. Kartleggingen viser at kravet så langt er oppfylt i 96 prosent av alle fødslene. Det er etablert en gruppe som går gjennom alle enkeltsakene som er meldt i avvikssystemet, for å se på læringspunkter og eventuelle tiltak som må settes i verk.

Andre helseforetak rapporterer at anbefalingen stort sett følges, men enkelte angir at det kan være utfordringer knyttet til samtidighetskonflikter. Dette forsøkes løst med innleie av ekstra personell, alternativt at vakthavende jordmor går utover sitt ordinære skift.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for barselomsorgen "*Nytt liv og trygg barseltid for familien*" anbefaler individuell støtte med ammeveiledning i tråd med "*Ti trinn for vellykket amming*" til alle kvinner som føder barn. Anbefalingen gjelder både ved opphold på sykehus og i hjemmet, særlig i den første tiden etter fødselen inntil kvinnen mestrer ammingen. Jeg forutsetter at både helseforetak og kommuner legger de faglige anbefalingene til grunn for utviklingen av tilbudet.

Jeg viser til St. meld. nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet* som den rødgrønne regjeringen la fram i 2009. Her framgår det at medisinsk kunnskap og erfaring tilsier at det ikke er nødvendig med et langt sykeleie etter en normal fødsel. Jeg er enig med forslagsstillerne i at sykehusoppholdets varighet tilpasses kvinnens og det nyfødte barnets behov. Det er derfor et faglig spørsmål når mor og barn skal reise hjem etter fødsel. Ingen skal reise hjem før familien er i stand til å ta vare på barnet hjemme. Dette er forhold som også må vektlegges når det planlegges nye sykehus. Hvordan dette organiseres, er de regionale helseforetakene og helseforetakenes ansvar. Jeg vil også understreke at helseforetakene må forsikre seg om at det finnes et organisert barseltilbud i kommunen før mor og barn skrives ut.

Antallet uplanlagte fødsler utenfor sykehus (omfatter uplanlagte hjemmefødsler, transportfødsler og fødsler utenfor institusjon og "uspesifisert") har vært på samme nivå de siste 15-20 år og har ligget på 0,7 pst. av alle fødsler. Transportfødsler er naturligvis ikke ønskelig verken fra den fødendes eller fra jordmors ståsted. Flere studier viser at transportfødsler som regel forløper uten medisinske komplikasjoner. Ansvaret for følgetjenesten for gravide ble overført til de regionale helseforetakene i 2010. Det har ført til et mer forutsigbart tilbud.

I tiltak 6 bes regjeringen om å legge til rette for, og kreve, ansettelsesforhold i hele stillinger for nyutdannede jordmødre for å sikre at kompetansen og kvaliteten på jordmortjenesten opprettholdes. I foretaksmøtet i januar 2017 ba jeg de regionale helseforetakene om å:

- motivere og tilrettelegge for at ansatte velger høyere stillingsprosent og helst 100 pst. stilling i samarbeid med organisasjonene, tillitsvalgte og utdanningssektoren.
- sikre at helseforetakene i større grad enn nå tilbyr nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger.

I årlig melding fra de regionale helseforetakene framgår det at alle helseforetak jobber med tiltak for å motivere og tilrettelegge slik at ansatte får muligheten til å velge en høyere stillingsandel. Det gjelder også nyutdannet helsepersonell. Heltidsstillinger anses som en fordel for både kvalitet, kontinuitet og pasientbehandling. Videre bidrar heltidsstillinger til å ivareta arbeidsmiljø og redusere sykefravær.

I tråd med regjeringsplattformen om å styrke jordmortilbudet og det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene, har regjeringen fra 2014 styrket de årlige budsjettene til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. For 2018 er det bevilget til sammen 1,16 milliarder kroner til denne tjenesten. Bevilgningen omfatter 853,3 mill. kroner gjennom kommunenes frie inntekter og 307,2 mill. kroner i øremerkete tilskudd. Det er øremerket 20 mill. kroner av tilskuddet til å styrke jordmortjenesten.

Jordmordkompetansen og barselomsorgen styrkes som en del av helsestasjonstjenesten der det meste av barselomsorgen foregår. I tillegg til midlene til helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det i 2018 bevilget en økning i kommunenes frie inntekter på 200 mill. kroner begrunnet med tidlig innsats i barnehage og skole og 200 mill. kroner i forebyggende tiltak for barn, unge og familier. Regjeringen har også gjeninnført kravet om jordmordkompetanse i helse- og omsorgstjenesteloven fra 1. januar i år.

Representantene har foreslått å gjennomgå finansieringsordningene i primærhelsetjenesten.

Flere av oppfølgingspunktene i Meld. St. 26 (2014-2015) om fremtidens primærhelsetjeneste innebærer at vi må se nærmere på hvordan primærhelsetjenesten finansieres. For å utvikle en bærekraftig tjeneste for framtiden med god tilgjengelighet for hele befolkningen, er det nødvendig å se de kommunale helse- og omsorgstjenestene samlet, også finansieringsmessig. Dette gjelder både forebyggende og behandlende tjenester. Blant hovedgrepene i stortingsmeldingen er å satse på flerfaglig samarbeid, gjerne i team, kompetanseoppbygging og god ledelse på alle nivåer. Det skal nå, gjennom piloter, prøves ut nye måter å arbeide på i helse- og omsorgstjenesten.

Når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid som kommunene er ansvarlige for, er det meste av dette rammefinansiert. De enkelttakster som blant annet leger og jordmødre kan innkreve er blant unntakene. Representantene skriver at kommunene i dag ta-

per penger på å bruke jordmor i oppfølgingen av gravide framfor å bruke fastlege. Det er ikke nødvendigvis mer lønnsomt for kommunen å benytte fastlege enn jordmor i svangerskapsomsorgen. Jeg viser til mine svar på spørsmål nr. 986 og nr. 1072 til skriftlig besvarelse og til mitt svar på dokument 8: 154 S (2017-2018) for nærmere utdyping av dette. Jeg vil gjennom pilotering av primærhelseteam innhente erfaringer om alternative måter å finansiere primærhelsetjenester på.

Et sentralt mål for regjeringen er å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene. Svangerskaps- og barselomsorg, som er blant de oppgavene jordmor vanligvis utfører, er en viktig del av dette arbeidet. Disse oppgavene er i hovedsak knyttet til helsestasjonsvirksomheten, selv om et flertall av de gravide også har én eller flere konsultasjoner hos sin fastlege.

