



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

26/1374-

15. april 2026

Uttalelse til Dokument 8:205 S (2025-2026)

Dokument 8:205 S (2025-2026) Representantforslag om trygghet for mødre i barselomsorgen

Jeg viser til brev av 26. mars 2026 fra Helse- og omsorgskomiteén som ber om min uttalelse til representantforslag 205 S Representantforslag om trygghet for mødre i barselomsorgen fra stortingsrepresentantene Ida Lindtveit Røse, Jorunn Gleditsch Lossius og Joel Ystebø.

Representantene fremmer følgende forslag:

1. Stortinget ber regjeringen sikre at en-til-en-oppfølging av kvinner under aktiv fase av fødselen blir en rett alle fødende kvinner har, og sørge for en bemanning av fødetilbud som legger til rette for dette.
2. Stortinget ber regjeringen styrke den offentlige fødselsomsorgen gjennom å fremme en handlingsplan som bygger på erfaringene til kvinner som har brukt svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Handlingsplanen skal ha som mål å sikre tilliten til det offentlige føde- og barseltilbudet.
3. Stortinget ber regjeringen styrke forebygging av og innsatsen for oppfølging av fødselsdepresjon, herunder etablering av flere mor-barn-enheter, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.
4. Stortinget ber regjeringen sikre at alle kvinner som har født, får tilbud om minst én time hos fysioterapeut, for å sjekke bekken/magemuskulaturen eller andre fysiske utfordringer etter svangerskap og fødsel.
5. Stortinget ber regjeringen sikre at keisersnitt likestilles med andre bukoperasjoner når det gjelder rett til sykmelding, slik at kvinner som gjennomgår keisersnitt, gis automatisk rett til seks ukers sykmelding uavhengig av foreldrepenger.

6. Stortinget ber regjeringen sørge for en nasjonal ordning for automatisk innkalling av mødre til seksukerskontroll hos fastlege eller jordmor og sikre klarere retningslinjer for hva en slik kontroll bør og kan inneholde.
7. Stortinget ber regjeringen sørge for at kompetansen innen fødsels- og barselomsorg utvikles, med særligvekt på forebygging av fødselsskader, styrking av kunnskap om kvinnehelse og utvikling av bestep praksis, ved å bygge videre på og forsterke eksisterende fagmiljøer og tjenester, som Bekkensenteret ved Ahus.
8. Stortinget ber regjeringen sørge for at det opprettes flere utdanningsplasser for jordmødre og utdanningsstillinger samt desentraliserte utdanningstilbud for jordmorutdanningen.
9. Stortinget ber regjeringen vurdere om jordmødre kan få utvidet rett til å henvise til spesialisthelsetjenesten, sykmeldingsrett i forbindelse med svangerskapsrelaterte plager samt forskrivningsrett forsvangerskapsrelaterte medikamenter.
10. Stortinget ber regjeringen utrede innføring av forløpsfinansiering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen for å sikre bedre kontinuitet og helhetlige tjenester.
11. Stortinget ber regjeringen gjennomføre en nasjonalopptrappingsplan for jordmortjenesten for å sikre god oppfølging av gravide og en trygg fødsels- og barselomsorg over hele landet.

Svar:

I Norge skal kvinner være trygge på at de får god og sammenhengende omsorg og oppfølging gjennom hele svangerskap, fødsels- og barselstiden og regjeringen har tatt utfordringer på dette området på største alvor. I det følgende vil jeg kommentere på representantenes forslag for svangerskaps-, føde- og barseltilbudet i lys av den innsatsen regjeringen allerede har lagt ned samt pågående arbeider. Til forslag nr 5 og forslag nr 8 har jeg innhentet svar fra henholdsvis forsknings- og høyere utdanningsministeren og arbeids- og inkluderingsministeren.

1. *Stortinget ber regjeringen sikre at en-til-en-oppfølging av kvinner under aktiv fase av fødselen blir en rett alle fødende kvinner har, og sørge for en bemanning av fødetilbud som legger til rette for dette.*

Jeg har tidligere kommentert tilsvarende forslag i forbindelse med representantforslag som ble fremmet i fjor, jf. Dokument 8:272 S (2024-2025). Jeg gjengir i helhet mitt svar derfra: «Helsedirektoratet har i retningslinjen for fødselsomsorg en anbefaling om bemanning av jordmødre ved norske fødeinstitusjoner. Mulighet for kontinuerlig tilstedeværelse i aktiv fødsel er fremhevet i anbefalingen som en faktor helseforetakene bør legge til grunn når de utarbeider bemanningsplaner. Jeg forutsetter at forslagsstillerne er kjent med at de regionale helseforetakene, som oppfølging av Nasjonal helse- og omsorgsplan, har fått i oppdrag å rapportere på hvordan ny retningslinje for fødselsomsorgen er satt i verk, spesielt hvordan helseforetakene har fulgt opp anbefalingen om tilstedeværende jordmor under fødselen. De regionale helseforetakene opplyser om at helseforetakene arbeider aktivt for å nå målet om én til én omsorg under fødselen, men de store sesong- og dag til dag-variasjonene gjør det krevende å nå dette målet for 100 prosent av de fødende.

Samtidighetskonflikter og uforutsette hendelser kan føre til behov for å omdisponere personell og dermed avvike fra anbefalingen om kontinuerlig tilstedeværelse. Det er nødvendig med et handlingsrom i et fagområde som er uforutsigbart, slik som fødselsomsorgen er. Helsedirektoratet påpeker i sitt innspill til representantforslaget at det derfor ikke er hensiktsmessig å f.eks. rettighetsfeste én til én oppfølging i aktiv fødsel. Jeg deler Helsedirektoratets syn om at dette ikke er hensiktsmessig.»

2. Stortinget ber regjeringen styrke den offentlige fødselsomsorgen gjennom å fremme en handlingsplan som bygger på erfaringene til kvinner som har brukt svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Handlingsplanen skal ha som mål å sikre tilliten til det offentlige føde- og barseltilbudet.

Vårt mål er at kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan la vi fram en rekke tiltak som understøtter dette målet. Ett av tiltakene var å gjennomføre en brukererfaringsundersøkelse om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Resultatene fra den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen viser at de aller fleste er godt fornøyd med svangerskapsomsorgen og også fødsel- og barselomsorgen.

Det er imidlertid forbedringspotensial. Barselavdelingene og helsestasjonene kommer svakest ut med hensyn til informasjon og oppfølging av kvinnens egen helse og 60 prosent oppgir å ikke bli spurt om vold og overgrep i hjemmet.. Dette er områder vi nå må følge opp. Det er viktig for oss å få mer kunnskap om hvordan tjenestene oppleves. Helsedirektoratet planlegger derfor å gjennomføre ny brukererfaringsundersøkelsen i 2027.

Jeg har også presentert en ti-punktsplan for en bedre svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Planen inneholder tiltak som bedre ammeveiledning, rett til å ha med partner under fødsel, bedre forhold for de ansatte gjennom ansvars- og oppgavefordeling, kompetanseutvikling og planer for å rekruttere og beholde jordmødre samt en mer tverrfaglig helsestasjon. Flere tiltak er allerede gjennomført.

Tiltakene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, sammen med ti-punktsplanen, nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer, resultatene fra brukerundersøkelsen og oppfølgingen av denne, er et godt utgangspunkt for å forbedre og videreutvikle tjenestene. Det viktige nå er at kommuner og helseforetak setter i verk tiltak lokalt ved behov basert på den ovennevnte brukerundersøkelsen og supplert med resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer og statistikk fra MFR.

3. Stortinget ber regjeringen styrke forebygging av og innsatsen for oppfølging av fødselsdepresjon, herunder etablering av flere mor-barn-enheter, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Svangerskap og spedbarnstid innebærer store omveltninger i en familie. Vi vet at de 1000 første dagene fra unnfangelsen til 2-års dagen legger et viktig fundament for et godt liv. Det anslås at angst og depresjon under svangerskap og spedbarnstid rammer over ti prosent av

kvinner. Det er viktig både å forbygge bedre og sørge for god oppfølging ved fødselsdepresjon. I den sammenheng viser jeg til at fødselsdepresjon er tema både i Opptrappingsplan for psykisk helse, oppvekstmeldingen og Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Utviklingen av lavterskeltilbud innen psykisk helse og rusmiddelfeltet bør også komme kvinner med fødselsdepresjon til gode.

Helsedirektoratet har hatt utkast til revidert retningslinje for barselomsorgen på høring. I høringsutkastet er det et eget kapittel om barselkvinnens helse som også omtaler hvordan virksomheten bør fremme psykisk helse og identifisere psykiske plager eller lidelser.

Det er viktig at helsepersonell som møter gravide og nybakte mødre spør om psykisk helse, at de gjenkjenner utfordringer, at de kan veilede, følge opp og vise videre ved behov, Det er også mange som har etterlyst screening av nye mødre for å avdekke fødselsdepresjon. Det er uansett av stor betydning at helsepersonell bruker verktøy som er kunnskapsbasert. Derfor har jeg gitt Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere hvordan kunnskapsbaserte kartleggingsverktøy for å avdekke svangerskapsdepresjon og psykisk uhelse hos mor tas i bruk i større grad. Jeg vil vurdere hvordan dette skal følge opp etter at Helsedirektoratet har levert på oppdraget.

God informasjon og foreldrestøtte er viktig for å forebygge fødselsdepresjon. Digitale tilbud har potensial til å nå bredt ut til mange. Tilbudene kan bidra til at informasjon og støtte blir lettere tilgjengelig. På oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet lanserte derfor Helse-Norge høsten 2025 to tjenester – «Gravid» og «Småbarnsliv» – som skal gi kvalitetssikret hjelp og støtte til gravide og småbarnsfamilier. Til sammen dekker tilbudet de viktige 1000 første dagene fra unnfangelse til to-års dagen. Informasjonen tilpasses ulike faser i graviditeten og i livet til en nybakt familie, slik at gravide og nybakte foreldre får god, kvalitetssikret informasjon.

Stortinget har tidligere bedt regjeringen utrede behovet for behandlingssentre hvor mor kan være innlagt sammen med barnet ved alvorlig fødselsdepresjon. Helsedirektoratet har kartlagt tilbudene til gravide med fødselsdepresjon i samarbeid med en bredt sammensatt faggruppe. Kartleggingen viser at det finnes en rekke universelle tilbud som helsestasjonsprogrammet for gravide, ulike forebyggings- og lavterskeltilbud i kommunene og tjenestetilbud i kommunene og spesialisthelsetjenesten. De viser til at oppfølgings- og behandlingstiltak ved fødselsdepresjon vil være avhengig av tilstandens alvorlighet og varighet. Ved milde til moderate psykiske plager kan lavterskeltilbud i form av individuelle samtaler, støtte og oppfølging være nødvendig. Noen kommuner har tilrettelagte tilbud for gravide og mødre med psykiske plager, som for eksempel Sarpsborg kommune som jobber etter SarpsborgModellen.¹ Modellen er rettet mot gravide eller mødre med små barn som har psykiske plager eller rusrelaterte problemer og det gis gruppetilbud og individuell behandling med vekt på samspill mellom mor og barn.

¹ [Sarpsborg kommune - SarpsborgModellen](#)

Forekomsten av alvorlig fødselsdepresjon og barselpsykose er lav, og det kan derfor være vanskelig å etablere og opprettholde egne døgntilbud for målgruppen nasjonalt. I den ovennevnte rapporten vurderte faggruppen som deltok i arbeidet at fødselsdepresjon ikke bør behandles som et særtilfelle med egne enheter, men at utredning og behandling gjøres innenfor de systemene som eksisterer for å behandle psykisk lidelse. Tidlig innsats, godt samarbeid og tilstrekkelig kompetanse om fødselsdepresjon i de ulike tjenestene er sentralt. Helsedirektoratet anbefaler derfor ikke at det bygges opp egne behandlingssentre, men at utredning og behandling gis innenfor tilbudene som allerede er bygget opp i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Det gjør at mor kan motta hjelpen enten hjemme, eller nær der hun bor, og vil bidra til at de relevante aktørene som spesialisthelsetjeneste, helsestasjon og eventuelt andre kan samarbeide om oppfølgingen for å gi helhetlig hjelp

Ved alvorlig depresjon eller fødselspsykose vil kvinnen ha behov for tettere oppfølging, som poliklinisk behandling eller døgninnleggelse. Behandling med legemidler kan være aktuelt ved de mest alvorlige tilstandene. Det finnes eksempler på lokale tiltak hvor tjenestene tilbyr innleggelse på døgnet for mor, barn og pårørende, som i Mosjøen hvor distriktpsikiatrisk døgnet og døgnavdeling for barn og unge er samlokalisert. Lovisenberg sykehus i Oslo jobber med planer for et lignende tilbud. Departementet gjennomgår nå hvordan tilbudet i helse Midt og helse Nord er organisert og vil følge med på det nyopprettede tilbudet på Lovisenberg. De aktuelle sykehusene har etablert tilbudene innen eksisterende rammer, og viser hva som kan gjøres av endrings- og forbedringsarbeid med utgangspunkt i fødekvinnens behov.

- 4. Stortinget ber regjeringen sikre at alle kvinner som har født, får tilbud om minst én time hos fysioterapeut, for å sjekke bekken/magemuskulaturen eller andre fysiske utfordringer etter svangerskap og fødsel.*

Siden 2018 er det direkte tilgang til fysioterapi, det vil si at brukere selv kan ta direkte kontakt med fysioterapeut uten henvisning fra fastlege og kun betale en egenandel, så lenge fysioterapeuten har avtale med kommunen. 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.

Helsedirektoratet arbeider med å revidere retningslinjen for barselomsorgen. Retningslinjen som har vært på høring inneholder anbefalinger om fysioterapi og tilpasset veiledning av barselkvinner slik at de gradvis kan komme i gang med fysisk aktivitet og styrke bekkenbunnsmuskulaturen etter fødsel.

Vi vil vurdere hvordan vi kan legge til rette for at kvinner som har født får tilgang til fysioterapi på en mer systematisk måte. Eksempelvis at kvinnen får en påminnelse om at det kan være hensiktsmessig å avtale en time. Jeg viser i den sammenheng også til mitt svar på forslag nr. 6 om innkalling til seksukers kontroll, og kobling til det digitale helsekortet for gravide og de nye funksjonalitetene koblet til dette utviklingsløpet.

5. *Stortinget ber regjeringen sikre at keisersnitt likestilles med andre bukoperasjoner når det gjelder rett til sykmelding, slik at kvinner som gjennomgår keisersnitt, gis automatisk rett til seks ukers sykmelding uavhengig av foreldrepenger.*

Forslaget innebærer en særordning for mødre som har født ved keisersnitt og vil kreve en nærmere utredning, herunder budsjettmessige konsekvenser.

6. *Stortinget ber regjeringen sørge for en nasjonal ordning for automatisk innkalling av mødre til seksukers kontroll hos fastlege eller jordmor og sikre klarere retningslinjer for hva en slik kontroll bør og kan inneholde.*

Etterkontrollen er et frivillig og gratis tilbud, der barselkvinnen selv kan velge tid og hvor hun vil gjennomføre etterkontrollen.

Jeg jobber nå med en løsning som sikrer at kvinner mottar en påminnelse om bestilling til konsultasjonstid hos fastlege eller jordmor. En påminnelse om bestilling via Helsenorge vurderes som en hensiktsmessig løsning for å raskt få tilbudet på plass. Jeg har i tillegg bedt om at standardisert, åpen informasjon om etterkontroll gjøres tilgjengelig på Helsenorge. Med økt bruk av digitalt helsekort for gravide skal informasjonen i Helsenorge nå flere, også i tiden etter fødsel.

I utkast til revidert Nasjonal faglige retningslinje for barselomsorgen som etter planen publiseres høsten 2026, er det en egen anbefaling om etterkontroll (tidligere omtalt som seksukerskontroll) av barselkvinnen: «Barselkvinnen anbefales kontroll 4–8 uker etter fødsel hos jordmor eller lege, tidspunktet bør vurderes basert på barselkvinnens helsetilstand og behov.» I anbefalingen fremkommer det også at barselkvinnen bør få informasjon om hensikten med etterkontrollen, og hva konsultasjonen kan inneholde. Videre anbefales det at informasjon om etterkontroll bør være gitt i svangerskapet, og gjentatt før hjemreise fra barsel og på hjemmebesøk av jordmor.

Barselkvinnen kan selv velge om hun vil gjennomføre etterkontrollen hos fastlege eller jordmor, med mindre det er medisinske eller andre årsaker til at kontrollen bør foregå et bestemt sted. Barselkvinnen bestiller etterkontrollen selv. For å sikre at hun får etterkontroll, kan det med fordel være avtalt på forhånd, noe enkelte jordmødre og fastleger også praktiserer.

Hensikten med etterkontrollen er både å fremme god fysisk og psykisk helse, forebygge komplikasjoner, fange opp forhold som trenger oppfølging og gi informasjon. Etterkontrollen omfatter derfor en strukturert gjennomgang av kvinnens fysiske, psykiske og sosiale helse etter fødselen. Anbefalingen gir detaljerte føringer for innholdet i etterkontroll av barselkvinnen, med en oversikt over tema som kan være aktuelle ved etterkontroll 4–8 uker

etter fødselen. Jeg viser til høringsutkastet for revidert retningslinje for barselomsorgen, som er publisert på Helsedirektoratets nettsider.²

Jeg er opptatt av at barselkvinnens helse skal ivaretas på en god måte og mener at utkastet til revidert Nasjonal faglige retningslinje for barselomsorgen er tilstrekkelig til å gi føringer for hva etterkontroll av barselkvinnen 4-8 uker bør og kan inneholde.

7. Stortinget ber regjeringen sørge for at kompetansen innen fødsels- og barselomsorg utvikles, med særlig vekt på forebygging av fødselsskader, styrking av kunnskap om kvinnehelse og utvikling av beste praksis, ved å bygge videre på og forsterke eksisterende fagmiljøer og tjenester, som Bekkensenteret ved Ahus.

Helse- og omsorgsdepartementet finansierer forskning gjennom Norges forskningsråd for å styrke kunnskapen om kvinnehelse. Departementet finansierer også forskning gjennom de regionale helseforetakene.

I regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning (Meld. St. 5 (2022–2023)) er helse ett av seks prioriterte tematiske områder. Under denne prioriteringen løftes forskning om kjønnsforskjeller i helse og kvinnehelse særskilt fram.

Helse- og omsorgsdepartementet finansierer Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning gjennom Helse Sør-Øst RHF og ga senteret i 2024 i oppdrag å etablere og drifte en digital plattform for formidling av kunnskap om kvinnehelse. «Kvinnehelseportalen» skal bidra til at det blir enklere å få oversikt over tilgjengelig kunnskap og forskningsprosjekter som skal være til nytte for forskere, organisasjoner og brukere.

Helse- og omsorgsdepartementet øremerker forskningsmidler til kvinners helse og kjønnsperspektivet gjennom Forskningsrådet. Forskningsrådet har kartlagt forskningssvake områder og har nylig lyst ut 90 millioner. Midlene skal gå til å etablere et nasjonalt nettverk for kvinnehelseforskning og 87 mill. kroner skal gå til forskningsprosjekter med særlig vekt på overgangsalder og kvinners livsfaser.

Vår helse- og omsorgstjeneste må være kunnskapsbasert og fortsatt prioritering av forskning og på kunnskapsbasert praksis, er viktig. Nasjonale retningslinjer er et viktig virkemiddel for å understøtte og utvikle beste praksis. Helsedirektoratet har som nevnt hatt revidert retningslinje om barselomsorgen på høring. I den reviderte retningslinjen er det en faglig anbefaling om at kvinner bør få tilpasset informasjon, oppfølging og smertelindring av fødselsrifter og plager i underlivet etter fødsel. Det er også anbefalinger om at helsepersonell bør tilby individuelt tilpasset veiledning av barselkvinner slik at de gradvis kan komme i gang med fysisk aktivitet og styrke bekkenbunnsmuskulaturen etter fødsel. Videre er det anbefalinger om kontroller etter fødsel for å vurdere barselkvinnens helsetilstand.

² [Utreise fra barsel og videre oppfølging - Helsedirektoratet](#)

Samlet sett finnes det god kompetanse nasjonalt på bekkenbunnsplager. Vi har et nasjonalt senter for bekkenbunnshelse ved UNN HF. Dette senteret har etablert en «bekkenbunnsportal» som er en kompetanseportal med faglig oppdatert og kvalitetssikret informasjon om utredning og behandling av inkontinens og bekkenbunnsdysfunksjoner for både helsepersonell og pasienter. Her finnes også lenker til kurs, konferanser og ressurser innen fagområdet. Nasjonalt senter for bekkenbunnshelse skal bidra til et likeverdig og kunnskapsbasert tilbud i alle helseregioner. Dette skjer gjennom kunnskapsutvikling, innovasjon og forskning, brukermedvirkning og kompetanseformidling. I tillegg har vi det nevnte Bekkenbunnsenteret på Ahus, som representantene viser til.

Fastlege og helsestasjon har også viktige forebyggende oppgaver knyttet til svangerskap, føde- og barselomsorgen. Jeg vil i den sammenhengen også peke på Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (NASKO) som ble etablert høsten 2023. NASKO arbeider med å styrke tjenestekvaliteten, inkludert forebyggende tiltak. Helsestasjonene i kommunene har en sentral rolle i å forebygge helseutfordringer hos barn, både gjennom svangerskapsoppfølging og det standardiserte helsestasjonsprogrammet (0-5 år).

8. *Stortinget ber regjeringen sørge for at det opprettes flere utdanningsplasser for jordmødre og utdanningsstillinger samt desentraliserte utdanningstilbud for jordmorutdanningen.*

Gjennom Helsepersonellplan 2040 ønsker regjeringen å samarbeide med Stortinget for å sikre nok arbeidskraft og riktig kompetanse i helse- og omsorgstjenestene fram mot 2040. Utdanningssektoren har en meget viktig rolle for å ivareta helse- og omsorgstjenestenes behov for personell med relevant kompetanse, over hele landet.

Forslaget om å opprette flere studieplasser for å utdanne jordmødre, flere utdanningsstillinger og desentraliserte utdanningstilbud må ses i lys av at regjeringen over tid har arbeidet systematisk med å øke utdanningskapasiteten for helsepersonell gjennom føringer i stortingsmeldinger og tildelingsbrev, og gjennom prioritering av midler til økt kapasitet i helsefaglige utdanninger i de ordinære budsjettprosessene.

Siden 2022 er det tildelt 655 studieplasser til sykepleierutdanning, og disse studieplassene har universitets- og høyskoleinstitusjonene hatt anledning til å bruke til treårige bachelorutdanninger og/eller master- og videreutdanninger, inkludert jordmorutdanningen. Det har de siste årene vært tatt opp flere jordmorstudenter og utdannet flere jordmødre. Økningen i antallet som er tatt opp og har møtt til utdanningen, med et opptak på 205 studenter i 2025, tilsier at det jevnt blir utdannet langt flere jordmødre enn i tidligere år.

Samtidig er tilgangen til praksisplasser en viktig forutsetning for videre opptrapping. Jordmorutdanningen krever mye praksisundervisning, både av faglige hensyn og for at utdanningen skal være i tråd med kravene i yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Det er studiestedene og sykehus og kommuner som i samarbeid avtaler praksis, slik at praksisplassene blir brukt godt og riktig. Jordmorstudenter benytter også i dag praksisplasser

langt unna studiestedet, slik at flere sykehus deltar som praksisarenaer. Instruksen for samarbeidet mellom de regionale helseforetakene og universiteter og høyskoler fra 2024 legger til grunn at praksis må planlegges og gjennomføres i tett samarbeid mellom helseforetakene og universitets- og høyskolesektoren. Samarbeidet skal bygge på tidlig involvering, gjensidighet og likeverd, og det skal finnes regionale og lokale avtaler som blant annet omfatter studieplaner, praksiskapasitet, gjennomføring av praksis og dimensjonering av utdanningskapasitet.

Opprettelse av desentraliserte utdanningstilbud må vurderes ut fra tilgang til fagmiljø og tilgang på praksisplasser. Eventuelle kommende økninger i øremerkede studieplasser til jordmorutdanningen må vurderes i de ordinære budsjettprosessene.

9. *Stortinget ber regjeringen vurdere om jordmødre kan få utvidet rett til å henvise til spesialisthelsetjenesten, sykmeldingsrett i forbindelse med svangerskapsrelaterte plager samt forskrivningsrett for svangerskapsrelaterte medikamenter.*

Jeg er opptatt av at vi skal bruke våre ressurser på best mulig måte. Det betyr også å se på hvilke oppgaver ulike grupper av autorisert helsepersonell kan utføre. Jeg vil vurdere dette nærmere i forbindelse med Helsepersonellplan 2040.

10. *Stortinget ber regjeringen utrede innføring av forløpsfinansiering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen for å sikre bedre kontinuitet og helhetlige tjenester.*

Regjeringen har satt ned helsereformutvalget, som skal levere sin rapport i november. Utvalgets hovedoppgave er å utrede og foreslå modeller for fremtidig styring, organisering og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste i Norge. Jeg mener det vil være klokt å både se hva utvalget foreslår og avvente resultatene av høringen av rapporten før vi igangsetter nye, store utredninger av finansieringsløsninger som skal understøtte sammenhengende tjenester. Jeg viser i den sammenheng også til Prosjekt X-utprøvingen i Oslo, hvor Helse- og omsorgsdepartementet og Byrådsavdelingen for helse i Oslo kommune har tatt et felles initiativ til at Oslo kommune, Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus går sammen om å utrede, utvikle og prøve ut en helhetlig modell for svangerskaps, fødsels- og barselomsorgen. Den offentlige utredningen og erfaringene fra utprøvingen i Oslo vil, etter mitt syn, gi oss et bedre utgangspunkt for å diskutere grep som gir en mer sammenhengende og helhetlig tjeneste til gravide, fødende og småbarnsfamilier enn ytterligere en løsrevet utredning. Prosjektet Min jordmor i Drammen er et annet godt eksempel på samarbeid mellom kommune og helseforetak om sammenhengende tjenester.

11. *Stortinget ber regjeringen gjennomføre en nasjonal opptrappingsplan for jordmortjenesten for å sikre god oppfølging av gravide og en trygg fødsels- og barselomsorg over hele landet*

Regjeringen arbeider allerede bredt og systematisk med de utfordringene forslaget tar opp, gjennom eksisterende prosesser og helhetlige tiltak for helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet med å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell omfatter også jordmødre, men må ses i

sammenheng med behovene i tjenestene samlet. Regjeringen har over tid arbeidet systematisk med å øke utdanningskapasiteten for helsepersonell gjennom føringer i stortingsmeldinger og tildelingsbrev, og gjennom prioritering av midler til økt kapasitet i helsefaglige utdanninger i de ordinære budsjettprosessene. Det har de siste årene vært tatt opp flere jordmorstudenter og utdannet flere jordmødre. Samtidig må eventuelle kommende økninger i øremerkede studieplasser til jordmorutdanningen vurderes i de ordinære budsjettprosessene.

Arbeidet med å rekruttere, utvikle og beholde personell inngår i Helsepersonellplan 2040. Det skal være en konkret plan for hvordan vi skal sørge for nok helsepersonell framover. Innsatsområdene i planen vil blant annet være knyttet til arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, ansvars- og oppgavedeling, hensiktsmessig organisering av arbeidsprosesser og rekruttering. Også tiltak for å beholde personell og få medarbeidere til å stå lenger i arbeid vurderes i denne sammenhengen.

De regionale helseforetakene fikk i 2025 i oppdrag å utarbeide regionale planer for å rekruttere og beholde fagfolk som er sentrale i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, blant annet jordmødre. I planene skal det inngå virkemidler knyttet til arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, oppgavedeling og effektiv organisering, samt rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling.

Vi vet at flere kvinner og familier opplever dagens tilbud som fragmentert og lite sømløst. Det tar vi på største alvor. Det pågår derfor et bredt arbeid for å skape en mer sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Regjeringen arbeider med en helsereform for å få tjenestene til å henge bedre sammen, og det å sikre god oppfølging av gravide og en trygg fødsels- og barselomsorg over hele landet er ett av de områdene som vi legger særlig vekt på i reformarbeidet. Det er igangsatt prosjekter for en mer sammenhengende svangerskaps- føde- og barselomsorg, blant annet et stort prosjekt i Oslo, jf. omtale over.

En mer hensiktsmessig oppgavedeling er en viktig del av arbeidet med å styrke tjenestene. Tilgangen på fagfolk er en utfordring også i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, og oppgaver må derfor løses på riktig kompetansenivå. Barnepleiere og helsefagarbeidere kan ivareta flere oppgaver, blant annet ammeveiledning, og dermed frigjøre tid for jordmødre. De regionale helseforetakene har stort søkelys på arbeids- og oppgavedeling og skal intensivere arbeidet ytterligere i 2026. Hensiktsmessig oppgavedeling skal bidra til god ressursutnyttning og effektive arbeidsprosesser, samtidig som forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene ivaretas og det er utarbeidet egne premisser for arbeidet.

På den bakgrunn vurderer jeg det som ikke som aktuelt å utarbeide en egen opptrappingsplan for tjenestetilbud fra jordmor. Oppfølgingen skjer gjennom de helhetlige prosessene og tiltakene som allerede er satt i gang.

Avslutningsvis vil jeg også vise til at regjeringen har fremmet en proposisjon for Stortinget før påske, hvor det foreslås lovendringer for å tydeliggjøre pasienters rett til å ha med seg

pårørende eller andre støttepersoner ved undersøkelser og behandling. Retten til å ha med andre personer gjelder generelt for alle som mottar helse- og omsorgstjenester, også ved svangerskap, fødsel og barsel. Formålet med lovforslaget er å styrke pasienter og brukeres rett til medvirkning og sikre mer enhetlig og forutsigbar praksis i helse- og omsorgstjenesten. Bakgrunnen for forslaget er blant annet erfaringene fra koronapandemien, da strenge smitteverntiltak i flere tilfeller begrenset muligheten til å ha partner eller annen støtteperson til stede under fødsel. I etterkant har mange pekt på dette som en stor belastning. Retten til å ha med følgeperson har derfor vært en viktig sak for mange.

Lovforslaget klargjør at det å ha andre personer til stede mens helsehjelpen gis, er en rettighet som det bare kan gjøres unntak fra når det er nødvendig for å kunne gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Det betyr at avslag ikke skal kunne begrunnes i forhold som for eksempel plassmangel eller at det er travelt, dersom helsehjelpen likevel kan gis på en forsvarlig måte med støtteperson til stede. Hensyn til smittevern vil fortsatt kunne gi grunnlag for å gjøre unntak når smitteverntiltak er nødvendig for å kunne gi forsvarlige tjenester og sikre forsvarlig drift av virksomheten.

Lovforslaget tydeliggjør samtidig ansvaret for at rett til å ha med andre personer faktisk blir oppfylt. Regjeringen foreslår derfor også endringer som lovfester en plikt for helsepersonell og virksomhetene som yter helse- og omsorgstjenester til å sørge for at pasienten får medvirke når helse- og omsorgstjenester gis, inkludert det å ha med seg pårørende eller andre støttepersoner mens helse- og omsorgstjenester gis.

Retten til å ha andre personer til stede gjelder også i tilfeller der helsehjelpen strekker seg over tid. Samtidig omfatter ikke retten alle deler av et pasientforløp eller gjennom hele innleggelsen. Lovforslaget gir for eksempel ikke en generell rett for voksne pasienter til å ha med seg pårørende som overnatter sammen med pasienten. Hvorvidt det i det enkelte tilfelle er forsvarlig å ha andre personer til stede, vil blant annet kunne bero på sykehusets fysiske rammebetingelser og muligheten for praktisk tilrettelegging. En plikt for helsepersonell og virksomheter til å ivareta pasienters rett til å ha med seg støtteperson må ses i lys av mulige bygningsmessige begrensninger som kan gjøre det vanskelig å yte forsvarlig helsehjelp med andre personer til stede.

Med hilsen



Jan Christian Vestre

Kopi