

Helse- og omsorgsdepartementet  
Sendes til: [nasjonalhelseogsamhandlingsplan@hod.dep.no](mailto:nasjonalhelseogsamhandlingsplan@hod.dep.no)

Barseloppørret  
Org. nr. 926 938 827  
hei@barselopporet.no  
[www.barselopporet.no](http://www.barselopporet.no)

Oslo, 24. oktober 2022

## **TILBAKEMELDING TIL HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET OM SVANGERSKAPS-, FØDSELS- OG BARSELOMSORGEN I FORBINDELSE MED «NASJONAL HELSE- OG SAMHANDLINGSPLAN»**

### **1. Innledning**

Vi viser til deres brev av 28. september 2022 med ref. 22/2269-2 der dere i forbindelse med arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan har bedt om innspill på hva som er de viktigste utfordringene, hvilke tiltak som er aktuelle for en bedre og mer sammenhengende svangerskaps- fødsels- og barselomsorg («SFB-omsorg»), samt gode eksempler som dere burde omtale i meldingen.

Vi vil først kort si litt om Barseloppørret i punkt 2 og deretter i punkt 3 peke på dagens utfordringer. Aktuelle tiltak presenteres fortløpende og det gis eksempler der det er relevant.

### **2. Kort om Barseloppørret**

Barseloppørret er en ideell organisasjon som jobber for bedring av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge, med særlig fokus på barselomsorgen. Barseloppørret jobber for endring gjennom å skape oppmerksomhet, spre kunnskap, bygge fellesskap og få gjennomslag ved politisk påvirkning. I mars 2022 overleverte vi om lag 13 000 underskrifter til helseminister Ingvild Kjerkol til støtte for Barseloppørrets 10 krav til bedre barselomsorg.

Organisasjonen ble startet av Cecilia Ingulstad og Aida Thomassen i februar 2021. Styret jobber på frivillig basis og består i dag i tillegg av en jordmor og to advokater.

Organisasjonen har fått mye oppmerksomhet siden den ble startet. I tillegg til å delta i den offentlige debatten, deler vi informasjon i egne kanaler om kvinners rettigheter, relevante nyhetssaker om SFB-omsorgen og videreformidler historier fra kvinner som kontakter oss. Særlig i våre sosiale mediekkanaler skaper informasjonsdelingen stort engasjement ved både mange tusen følgere, delinger og kommentarer fra enkeltpersoner og andre organisasjoner. På våre hjemmesider, [www.barselopporet.no](http://www.barselopporet.no), finnes mer informasjon om vårt arbeid.

### **3. Dagens utfordringer i svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen**

#### **3.1 Overordnet**

Vi mener at dagens SFB-omsorg er mangelfull og fører til store negative konsekvenser både for enkeltpersoner og samfunnet for øvrig. Vi opplever at de lave dødstallene i Norge for kvinner og barn relatert til fødsel, gjennomgående brukes som argumentasjon for at det er bra å føde i Norge i dag. Den lave dødsstatistikken blir en generell hvilepute for SFB-omsorgen. Vi mener dette er helt feil målestokk, og at en trygg og forsvarlig medisinsk oppfølging må være minstestandarden.

Vi vil i det videre presentere det vi opplever som de største utfordringene i SFB-omsorgen.

### **3.2 Manglende kontinuitet i tilbudet**

Dagens SFB-omsorg bærer preg av at det ikke er *sammenheng* eller *kontinuitet* i tilbudet, selv om det har vært et uttrykt politisk mål siden *St.meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* (1).

I dag må den gravide først forholde seg til én eller flere kommunale jordmødre og/eller fastlege. Fødselen foregår for de fleste på sykehus, og kvinnen er gjerne omgitt av nye, ukjente jordmødre, leger og sykepleiere og andre som den fødende aldri har møtt tidligere. Under barseloppholdet på sykehuset er det ikke selvsagt at den nybakte moren får snakke med jordmor eller fødselslege som var tilstede på fødselen. Hvis hun får hjemmebesøk av jordmor når hun kommer hjem, er det ingen garanti for at det er en jordmor hun kjenner fra svangerskapsoppfølgingen. Det er ingen som følger kvinnen gjennom svangerskap, fødsel og barseltid, og det er dermed heller ikke noen kontinuitet eller sammenheng i omsorgen.

Verdens helseorganisasjon anbefaler at land som Norge tilbyr gravide, fødende og barslende oppfølging i en helhetlig omsorgsmodell med kontinuitet, slik sitatet under viser. Slike modeller blir ofte omtalt som “*continuity of care*” eller “*continuity of carer*” på engelsk.

*“Midwife-led continuity-of-care models, in which a known midwife or small group of known midwives supports a woman throughout the antenatal, intrapartum and postnatal continuum, are recommended for pregnant women in settings with well functioning midwifery programmes”* (2).

Helhetlige omsorgsmodeller med kontinuitet har vist seg å være mer kostnadseffektive enn andre måter å organisere SFB-omsorgen (3) og gir bedre utfall for mor og barn (4).

Ved Karolinska Huddinge i Stockholm har det siden 2018 vært gjennomført et prosjekt kalt “Min Barnmorska” som tilbyr kontinuitet i omsorgen. Et team på fire jordmødre følger kvinnen gjennom hele forløpet. Vi anbefaler å lese mer om dette på våre hjemmesider (5) og prosjektbeskrivelsen på Karolinska institutets hjemmesider (6).

Det bør finnes jordmorstyrte enheter ved alle kvinneklinikker. På slike klinikker kan kvinner som ønsker å føde uten medisinsk inngripen føde samtidig som de er i nærheten av medisinsk kompetanse om det skulle bli behov for dette. Slike jordmorstyrte enheter vil kunne bidra til å innfri målet om differensiert fødselsomsorg og en mindre medikalisert fødselsomsorg.

ABC-enheten ved Oslo Universitetssykehus er en slik jordmorstyrt enhet, men enheten trues stadig med reduksjon i tilbudet eller stenging. I mars 2022 ba et samlet bystyre i Oslo om at ABC-enheten ikke skulle legges ned (7). Likevel ble enheten stengt sommeren 2022. I skissene til fødsels- og barselomsorgen ved nye OUS planlegges det ikke for videreføring av ABC-enheten.

#### Aktuelle tiltak:

- Eksisterende jordmorstyrte enheter må videreføres og styrkes.
- Det bør finnes en jordmorstyrt enhet ved alle kvinneklinikker.
- Det bør igangsettes prosjekter hvor man tester ut ulike helhetlige omsorgsmodeller med kontinuitet.

### **3.3 Manglende overholdelse av eksisterende retningslinjer**

I veilederen “*Et trygt fødetilbud*” fra Helsedirektoratet spesifiseres det på side 26 “at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over”

Nye medlemsundersøkelser fra Jordmorforbundet NSF viser at fødende ikke får slik én-til-én-oppfølging slik kvalitetskravet beskriver (9). Det er problematisk at slike viktige retningslinjer ikke følges.

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen gir anbefalinger om hva slags tilbud friske barselkvinner skal få på sykehus og i kommunen (10). Mange kvinner rapporterer at de ikke får kvalifisert ammeveiledning, ikke får de anbefalte samtalene på sykehus og reiser hjem med mangelfull informasjon om egen helse (11). Omtrent halvparten av kvinnene får ikke det hjemmebesøket fra jordmor som de skal ha (12). Alt dette er brudd på barselretningslinjene.

Et annet aktuelt eksempel er varselet som samtlige bydelsjordmødre i Oslo sendte til ledelsen i OUS, Ahus og Statsforvalteren den 04.04.2022. I varselet uttrykker de bekymring for kvaliteten på barselomsorgen og den korte liggetiden (13A), (13B).

Retningslinjene og veilederne som er viktige i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, er ikke lett tilgjengelige for brukerne, og de færreste vet at de eksisterer. Det er et problem siden disse dokumentene inneholder informasjon om hva som er faglig normerende og ansett som god praksis. Gravide bør få kjennskap til retningslinjene allerede ved svangerskapskontroll eller på fødsels- og foreldreforbereidende kurs. Det bør også opprettes mer brukervennlig versjon som er tilpasset brukerne, og ikke bare helsepersonell.

#### Aktuelle tiltak:

- Sentrale retningslinjer og veiledere må gjøres mer tilgjengelige for brukerne.
- Brudd på sentrale rettigheter må sanksjoneres.

### **3.4 Manglende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten**

Samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i SFB-omsorgen fungerer ikke. Et eksempel på dette er at kvinner sendes hjem fra sykehuset uten at sykehuset har forsikret seg om at det finnes et tilbud til kvinnene når de kommer hjem. Dette er et ansvar sykehusene har ifølge Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (10). I den ovennevnte bekymringsmeldingen fra bydelsjordmødrene i Oslo trekkes det også frem at epikrisene ikke sendes til bydelene, slik at jordmødrene ikke har den informasjonen de trenger når de reiser på hjemmebesøk.

#### Aktuelle tiltak:

- Vurdere andre organiseringsformer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen hvor ansvaret ikke er stykket opp og fordelt rundt mellom ulike aktører på ulike nivåer.

### **3.5 Underfinansiering av SFB-omsorgen**

SFB-omsorgen er preget av underfinansiering. Viktig pleiearbeid gir ingen inntjening til sykehusene både fordi det ikke finnes DRG-koder for barselomsorgen, herunder for eksempel ammeveiledning, men også fordi det i liten grad føres statistikk over aktivitetene som skjer på barsel i journalsystemer som f.eks Partus (14). Konsekvensen er at arbeidet som gjøres på barselavdelingene, ofte blir usynlig.

Siden viktige elementer i barselomsorgen ikke genererer penger, ser vi at barselavdelinger har lav inntjening, og ofte blir nødt til å kutte kostnader for å få budsjettet i balanse. Kostnadene som kuttes, er personalkostnader, og resultatet er at avdelingene ikke kan ansette eller beholde nok jordmødre og barnepleiere.

Kvinneklinikkene pålegges av ledelsen i helseforetakene å spare. Dette har gitt seg utslag i stengingen av én av to barselavdelinger ved Ullevål sykehus i slutten av 2021 (15).

Videre har det blitt vanlig praksis på flere sykehus rundt om i landet å sommerstenge enheter selv om de fleste fødsler foregår om sommeren (16).

Sommeren 2022 ble følgende fødeavdelinger og -enheter stengt i perioder:

- Helse Sør-Øst
  - ABC-enheten, Ullevål sykehus, Oslo universitetssykehus [\(17\)](#)
  - Fødeavdelingen på Gjøvik, Sykehuset Innlandet [\(16\)](#)
- Helse Vest
  - Fødeloftet, Stavanger universitetssykehus [\(18\)](#)
- Helse Midt-Norge
  - Fødeavdelingen i Kristiansund, Helse Møre og Romsdal [\(16\)](#)
- Helse Nord
  - Fødeavdelingen i Mo i Rana, Helgelandssykehuset [\(16\)](#)
  - Fødeavdelingen i Sandnessjøen, Helgelandssykehuset [\(16\)](#)
  - Fødestuen i Brønnøysund, Helgelandssykehuset [\(16\)](#)
  - Fødeavdelingen i Narvik, Universitetssykehuset Nord-Norge [\(16\)](#)
  - Fødeavdelingen i Harstad, Universitetssykehuset Nord-Norge [\(16\)](#)

#### Aktuelle tiltak:

- Finansieringsmodellen for SFB-omsorgen må endres.
- Systemer for å gjøre usynlig arbeid på barselavdelingene synlig på, må iverksettes.
- Det må bevilges nok øremerkede midler til barselomsorg.
- Helseforetakene må i større grad legge til rette for at kvinner som føder om sommeren får et godt tilbud, og det innebærer noe annet enn å redusere tilbudet ved sommerstenginger.

### **3.6 Kapasitetsutfordringer og plassmangel:**

Det er kapasitetsutfordringer på sykehusene, og dette er spesielt tydelig på de store kvinneklinikkene. Dette går utover de som arbeider der og brukerne.

Det er ikke uvanlig at igangsatte fødsler settes på vent fordi det ikke er ledige fødestuer [\(19\)](#). Gravide blir gjerne fortalt at det er medisinske grunner til at fødselen må igangsettes, og en utsettelse kan ofte føre med seg bekymring rundt hvordan det vil gå med babyen. Plassmangelen på sykehusene fører også til at mange gravide må være alene uten partner eller støtteperson under igangsettelse. Når igangsettelsen utsettes, forlenges tiden disse må være uten støtte.

På grunn av kapasitetsutfordringer og plassmangel er sykehusene ofte nødt til å overtale kvinner til å bli lenger hjemme når de ringer inn til føden. Resultater er at kvinner føder i transport, på parkeringsplassen, like innenfor dørene eller kort tid etter at de ankommer sykehuset. Kvinner som kommer inn til sykehuset med rier, sendes ofte hjem igjen hvis de ikke er i "aktiv fødsel", noe som defineres som fire cm åpning. Åpningen sjekkes ved en vaginalundersøkelse, og kvinner forteller at de opplever at de må la seg undersøke for å få lov til å komme inn.

I medlemsundersøkelsen til Jordmorforbundet NSF rapporterer 20 % av de av og til eller ofte føler seg presset til å gi riestimulerende midler til kvinner som føder for at fødselen skal gå fortere [\(19\)](#).

Til tross for at Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen spesifiserer at varigheten på sykehusoppholdet skal tilpasses den barslende og den nyfødtes behov, rapporterer flertallet av jordmødrene om at kapasitetshensyn veier tyngre enn kvinnens behov for oppfølging når de skal skrives ut. I tillegg svarer 70 % av jordmødrene at kvinnene sendes hjem før ammingen er etablert [\(20\)](#).

#### Aktuelle tiltak:

- Det må innføres bemanningsnorm på fødeavdelingene.
- Nye sykehus må bygges med større kapasitet til svangerskap, fødsel og barsel enn dagens sykehus.

### **3.7 Høy arbeidsbelastning**

Det er høy arbeidsbelastning for de som jobber med gravide, fødende og barslende, og dette bidrar til at flere velger å slutte [\(21\)](#), [\(22\)](#). Dette er svært uheldig siden det ifølge Jordmorforbundet NSF mangler 250 jordmødre i spesialisthelsetjenesten og 1000 jordmødre i kommunen [\(23\)](#). Vi vet lite om hvorfor jordmødre slutter, og dette bør undersøkes.

I tillegg til jordmødre er det andre yrkesgrupper som er viktige i omsorgen for gravide, fødende og barslende. Barnepleiere er ett eksempel, og en satsing på barnepleiere kan bidra til å avlaste jordmødrene. Det samme gjelder renholdspersonell. Jordmødre forteller at de også gjør mange oppgaver knyttet til blant annet renhold. All den tid det er mangel på jordmødre, vil det være fordelaktig å avlaste jordmødrene i de oppgavene som ikke krever jordmorkompetanse. Andre yrkesgrupper har dessuten sine kompetanseområder, og vil antakelig gjøre det de er kvalifisert til, bedre enn jordmødre.

#### **Aktuelt tiltak:**

- Undersøke hva som gjør at jordmødre slutter i yrket, går fra offentlig til privat virksomhet eller fra sykehus til kommune. Her må blant annet arbeidsbelastning, lønn og arbeidsmiljø undersøkes, men det er også nødvendig å undersøke om og i hvilken grad etiske dilemmaer for eksempel på grunn av ressursmangel og arbeidsbelastning spiller inn.
- Iverksette tiltak basert på funnene i ovennevnte undersøkelse for å gjøre jordmoryrket attraktivt.
- Satse på andre yrkesgrupper som for eksempel barnepleiere. Disse kan bidra til å avlaste jordmødre, og har annen kompetanse som trengs på en føde-/barselavdeling.

### **3.8 Oppfølgingen av mors fysiske og psykiske helse**

Det finnes lite grunnlagsdata for å vurdere oppfølgingen av kvinner, fysisk og psykisk i barseltiden. Det er derfor et stort behov for å vite mer om hvordan kvinners fysiske og psykiske helse er i tiden etter fødsel. I Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen påpekes det også at det mangler data for å analysere situasjonen i barselomsorgen [\(10\)](#).

Det mangler dessuten kvalitetsindikatorer for barsel for å kunne kvalitetssikre at oppfølgingen som kvinner får, er god nok. Det er for eksempel få tall fra barsel i Medisinsk fødselsregister. Denne mangelen på systematisert innsamlet kunnskap gjør det vanskelig å finne ut hva konsekvensene av manglende oppfølging etter fødsel får for kvinner som individer og på samfunnsnivå.

#### **Aktuelle tiltak:**

- Inkludere kvalitetsindikatorer fra barsel i Medisinsk fødselsregister. Det at vi ikke har statistikk og tall fra barselomsorgen, gjør at konsekvensene av økonomiske kutt og kvalitet i tjenesten ikke fremkommer.
- Inkludere kvalitative data i Medisinsk fødselsregister som dokumenterer i hvilken grad kvinner opplever å ha fått den omsorgen, informasjonen og veiledningen de har behov for før, under og etter fødsel. Disse dataene må komme i tillegg til de ovennevnte kvalitetsindikatorene. Vi foreslå at brukerne involveres i arbeidet med å utvikle disse indikatorene.
- Føre statistikk over hvor mange kvinner som sykmeldes under foreldrepermisjonen eller kort tid etter at den er over, og årsaken til at de sykmeldes.  
Dette vil sikre bedre statistikk over fysisk og psykisk helse i barseltiden. Uten denne statistikken, går vi glipp av viktig informasjon som kan forklare sykmelding hos kvinner.

#### **3.8.1 Etterkontroll og oppfølging etter fødsel**

Kvinner etterlyser strukturert etterkontroll og oppfølging i barseltiden. Mange postpartum-plager kan forebygges og behandles dersom kvinner møter fagfolk med riktig kompetanse. Derfor må alle kvinner få mulighet til å gjennomføre etterkontroll (seksukerskontroll) hos jordmor.

Kvinner bør få innkalling til etterkontroll, og det må settes av en dobbeltime. I dag er kvinnene selv nødt til å bestille time, noe ikke alle vet om og heller ikke gjør. Når de først kommer til time, opplever mange at det er for lite tid til alt som skal gjennomgås.

I tillegg må alle kvinner få tilbud om sjekk og opptrening hos fysioterapeut eller for eksempel osteopat med spesialisering i kvinnehelse. I land som Tyskland, Nederland og Frankrike er det standard at kvinner tilbys oppfølging hos fagpersonell som fysioterapeut etter fødsel. Svangerskap, fødsel og barsel er en stor belastning for kroppen. Svært mange kvinner får redusert livskvalitet på grunn av postpartum-plager, som inkontinens og fremfall. Mange slike plager kan forebygges og behandles dersom man møter fagfolk med riktig kompetanse.

#### Aktuelle tiltak:

- Kvinner må få innkalling til etterkontroll (seksukerskontroll) hos jordmoren eller fastlegen som fulgte opp i graviditeten.
- Det bør settes av en dobbeltime til etterkontrollen (seksukerskontrollen).
- Kvinner må få mulighet til oppfølging og opptrening hos fysioterapeut eller lignende med kompetanse på kvinnehelse.

#### 3.8.2 Omsorgspermisjon etter fødsel

Det er positivt at det finnes en ordning med omsorgspermisjon slik at noen kan ivareta mor og barn etter fødsel. I dag kan far/medmor ta to ukers omsorgspermisjon etter fødsel for å blant annet kunne ivareta mor. Det er relativt nytt at disse ukene med omsorgspermisjon er betalt (Lovvedtak 40 2021-2022, i kraft 02.08.2022) (24), men det innebærer likevel at to uker av foreldrepermisjonen til far/medmor flyttes frem til like etter fødsel, og vedkommende mister dermed to uker permisjon senere.

Omsorgspermisjonsordningen bør også gjøres tilgjengelig for nybakte mødre som ikke har partner, slik at de også kan ha noen hos seg den første tiden etter fødsel. Disse kvinnene har kanskje familie eller venner som kunne tatt hele eller deler av omsorgspermisjonen. Tilbudet bør ikke forbeholdes de med partner, men være tilrettelagt for at kvinner uansett sivilstatus og livssituasjon får omsorg og støtte etter fødsel. Det gjelder også for kvinner hvor partner av ulike grunner ikke kan eller bør ta omsorgspermisjon.

I dag er det som sagt to ukers omsorgspermisjon, men denne perioden bør utvides til seks uker. Barseltiden varer i seks uker, og mor og barn har behov for hjelp og støtte i hele denne viktige og sårbare tiden. Dette vil være et viktig tiltak for å forebygge fysisk og mental uhelse.

#### Aktuelle tiltak:

- Åpne for at andre enn far/medmor kan ta omsorgspermisjon.
- Utvide omsorgspermisjonen for mors støtteperson etter fødsel fra to til seks uker.

#### 3.8.3 Perinatal mental helse

Perinatal mental helse betyr mental helse før og etter fødselen. Nyere, norsk forskning viser at én av tre spedbarnsmødre scoret høyt på depressive symptomer etter fødsel (25). Forskerne bak studien peker på dårlig barselomsorg som noe av årsaken til dette.

Brukerundersøkelser viser at kvinner er mindre fornøyd med barselomsorgen enn fødselsomsorgen (26). Dessuten er barselomsorgen lavere prioritert og dårligere organisert enn svangerskaps- og fødselsomsorgen (27). Når kvaliteten på barselomsorgen er for dårlig, går det utover den psykiske helsen til den nybakte familien.

London School of Economics har regnet på hva det koster å ikke investere i god barselomsorg i Storbritannia (28), og utgiften er fem ganger så høy som det ville kostet å gi mor et godt tilbud.

Det finnes ikke tilsvarende studier i Norge ennå, men det er nærliggende å tro vi hadde fått lignende resultater.

Å investere i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er prototypeeksempelet på tidlig innsats. Derfor er det både nødvendig og gunstig å legge til rette for en god start på livet som nybakt familie. For å få til dette trenger vi helsepersonell med kompetanse på perinatal mental helse. Det betyr at perinatal mental helse må inn i utdanningen til helsepersonell som jobber med foreldre og barn.

I dag er det noen helsestasjoner som har tilgjengelig psykolog, mens andre ikke har det. Det bør være en psykolog med kompetanse på perinatal mental helse tilgjengelig på alle helsestasjoner i landet.

#### Aktuelle tiltak:

- Fokus på perinatal mental helse i utdanning og videreutdanning av helsepersonell
- Sikre at det er en psykolog med kompetanse på perinatal mental helse tilgjengelig ved alle helsestasjoner
- Undersøke de økonomiske konsekvensene av dagens og alternative modeller for barselomsorg jf. studien fra London School of Economics (28).

#### 3.8.4 Oppfølgingsamtale

Kvinner bør få tilbud om en oppfølgingsamtale etter fødsel. Denne samtalen vil komme i tillegg til postpartumsamtale og informasjonssamtale som kvinner har krav på i dag ifølge Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Postpartumsamtalen er en gjennomgang av fødselsforløpet som kvinnen skal få tilbud om før hun reiser hjem fra sykehuset. Informasjonssamtalen(e) på sykehuset skal handle om de første dagene med det nyfødte barnet i tillegg til den første tiden hjemme og videre oppfølging.

Barseloppøret har mottatt hundrevis av tilbakemeldinger fra kvinner som har født, og på bakgrunn av denne kontakten mener vi at kvinner skal ha rett på en fødselssamtale på sykehuset når hun selv er klar for det med en jordmor eller lege som var til stede under fødselen. Mange kvinner har behov for en samtale for å bearbeide fødselen og den første barseltiden også etter de har reist hjem.

Hva som er det riktige tidspunktet for en samtale om fødselen, vil være individuelt. Fordelen med å tidfeste tidspunktet for oppfølgingsamtalen er at kvinner får et bedre og mer strukturert tilbud etter fødsel, og det vil kunne være lettere å fange opp kvinner som har hatt en vanskelig fødselsopplevelse slik at de kan få rask og riktig oppfølging. I dag går det gjerne en og en halv måned fra kvinnen reiser fra sykehuset til hun har mulighet til å gå på seksukerskontroll.

I denne perioden er kvinnene i stor grad overlatt til seg selv da tilbudet på helsestasjonen er et tilbud til spedbarnet (29). Den eneste barselomsorgen som mor får i denne perioden, er et hjemmebesøk av jordmor, og dette er det kun halvparten av kvinnene som får.

#### Aktuelle tiltak:

- Gi kvinner rett til en oppfølgingsamtale etter fødsel når de selv er klare for det.

#### **3.9 Mangelfull ammeveiledning**

Amming er helsefremmende for mor og barn. Det er god folkehelse å sørge for at mødre som ønsker å amme kan få den ammeveiledningen de har behov for. I dag er det svært varierende kompetanse på amming blant de som arbeider med barselkvinner. Dette fører til sprikende råd og frustrasjon hos mødrene. Dette kan endres gjennom å kvalitetssikre ammeveiledningen.

Videre er det et stort problem at helsestasjonene har begrensede åpningstider og ressurser. Helsestasjonene er ikke åpne på kveldstid eller i helger. Amming er døgnkontinuerlig arbeid. Kvinner er i dag henvist til Ammehjelpen, som er en frivillig organisasjon.

#### Aktuelle tiltak:

- Ammeveiledning som defineres som nødvendig helsehjelp og retten må lovfestes.
- Alt helsepersonell som er i kontakt med ammende mødre bør ha en grunnleggende, oppdatert kunnskap om amming.
- Alle norske sykehus bør oppfylle kravene til «Mor-barn-vennlig standard» (30), og alle helsestasjoner bør være godkjent som ammekyndige.
- Alle barselavdelinger og helsestasjoner må ha tilstrekkelig bemanning og tilgang på utdannede ammeveiledere, helst med IBCLC-sertifisering (International Board Certified Lactation Consultant).
- Det må opprettes en egen, døgnåpen offentlig telefontjeneste bemannet av ammekyndig helsepersonell der foreldre kan få hjelp til amming og mating.

### **3.10 Mangelfullt og vagt lovverk**

Kvinner har kun noen få og generelle rettigheter å forholde seg til, som i tillegg er spredt i helselovgivningen. Gravide, fødende og barslende har flere særlige behov, som ikke er møtt med lovfestede rettigheter i dag. Det gjelder selve fødselstilbudet, ammeveiledning og oppfølging etter fødsel.

Utenom de få og generelle rettighetene som er spredt i ulike lover, har vi nasjonale retningslinjer utgitt av Helsedirektoratet. De beskriver optimal praksis for svangerskaps- og barselomsorgen. Slike retningslinjer gis ut på områder med stor faglig uenighet eller stor variasjon i praksis. En nasjonal retningslinje er ikke rettslig bindende for mottagerne, men faglig normerende for tjenesteutøvere. Målgruppen er først og fremst helsepersonell som skal oppfylle kravet om faglig forsvarlighet. Retningslinjene er ikke lett tilgjengelige for brukerne, og de færreste vet at de eksisterer.

Videre har ikke retningslinjene rang som formell, norsk lov og fastsetter derfor ikke lovbestemte rettigheter. Konsekvensen er at det ofte er uklart hvilke rettigheter kvinner faktisk har. Det setter kvinner i en svak posisjon når de opplever et mangelfullt tilbud og i etterfølgende klagesaker.

De rettighetene vi har er vanskelig tilgjengelige. Vi har lovverk på langt mindre samfunnsområder. En egen lov vil kunne føre til større lettere tilgjengelighet, større bevissthet rundt egne rettigheter for brukerne, bedre etterlevelse av lovverket og enklere klagesaker.

#### Aktuelle tiltak:

- Gravide, fødende og barslendes rettigheter må lovfestes, ideelt sett i en egen, brukervennlig lov om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.
- Brudd på sentrale rettigheter må sanksjoneres.

### **3.11 Få klagesaker**

Vi har gjentatte ganger hørt argumentasjonen at det sendes få klager på helsetjenester relatert til svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen. Kvinner har et annet fokus i tiden etter fødsel, og derfor oppleves det vanskelig å starte en klagesak.

Videre er det svært lite tilgjengelig informasjon om hvilke klagemuligheter man har i møte med SFB-omsorgen, hvordan man skriver en klage og hvor man sender den. Dette gjelder både tjenestene som tilbys av kommunen og i helseforetakene.



Det får heller ingen, eller få, konsekvenser dersom man klager. Dette følger også av de vage rettighetene som finnes på området og de få sanksjonsmulighetene jf. punkt 3.10 over om mangelfulle rettigheter. Det synes også å være variasjon rundt hvordan de ulike helseforetakene informerer om, behandler og fører statistikk over klager. Slik variasjon kan oppleves som utfordrende for brukerne.

Aktuelle tiltak:

- Kartlegge hva slags praksis som finnes i kommunene og helseforetakene når det gjelder klagesaker i forbindelse med SFB-omsorgen.
- Innføre krav om registrering av statistikk over klagesaker.
- Stille krav til at helseforetakene og kommunen tilgjengeliggjør informasjon om hvor og hvordan brukerne kan klage på et mangelfullt tilbud.
- Innføre en brukervennlig, digital tjeneste som kan benyttes for klagesaker i SFB-omsorgen.

### **3.12 Brukermedvirkning**

Utviklingen i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen må bygge på forskning, klinisk erfaring og ikke minst kvinners erfaring og ønsker.

Utviklingen i dagens barselomsorg går i retning av enda kortere liggetid på sykehus. På de nye kvinneklinikkene som er planlagt, dimensjonerer helseforetakene for at en stor andel friske kvinner som føder friske barn til termin, skal sendes hjem innen 24 timer etter fødsel. Dette er en radikal nedbygging av barselomsorgen som har fått foregå uten at man har undersøkt hva kvinner ønsker og uten å ta hensyn til det forskning viser er best for mor og barn. Derfor må brukermedvirkningen være en like selvfølgelig rettesnor for utvikling som det en medisinsk definisjon på faglig forsvarlig helsehjelp i svangerskap, fødsel og barseltid er.

Aktuelle tiltak:

- Det må settes av midler til forskning om kvinners erfaringer med barselomsorg og hvilke ønsker de har i forbindelse med barseltid.
- Det må gjennomføres brukerundersøkelser som i mye større grad enn i dag spør om kvinners opplevelse av den omsorgen, informasjonen og veiledningen de får og om de følte seg sett, ivaretatt, respektert og trygge. Representanter fra brukerorganisasjoner må inkluderes i utformingen av spørsmålene.
- Brukermedvirkning må sikres gjennom å sette av midler som brukerorganisasjoner kan søke på til drift eller prosjekter. De brukerorganisasjonene som eksisterer i dag er små og sårbare, og midler til drift vil i stor grad sikre arbeidet med brukermedvirkning.

## **4. Avslutning**

Dersom vi kan bidra ytterligere eller utdype noe i vårt innspill, ønsker vi gjerne at dere tar kontakt med oss. Vi nås på [hei@barselopporet.no](mailto:hei@barselopporet.no).

Med vennlig hilsen,

Aïda Leistad Thomassen og Lisa Eian, på vegne av styret i Barselopporet

\*\*\*

## KILDEHENVISNINGER

- 1: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
- 2: WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- 3:  
<https://academic.oup.com/intqhc/article/33/2/mzab084/6275641?login=false&fbclid=IwAR3DTpZwPv2UpMtebJPMieDtWRqPlj1TpbJPEX6-cYry7S8k8MLAF-xV510>
- 4: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>
- 5: <https://barselopproret.no/fordypning/min-barnmorska>
- 6: <https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/projektet-min-barnmorska/>
- 7: <https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/oWGAyj/samlet-bystyre-i-oslo-ber-om-at-abc-klinikken-ikke-legges-ned>
- 8: [https://www.hesledirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/\\_attachment/inline/13edf7e7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf](https://www.hesledirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/13edf7e7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf)
- 9: <https://sykepleien.no/2022/05/jordmodre-far-ansvar-mer-enn-en-fodende-om-gangen>
- 10: Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien – Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. <https://www.hesledirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- 11: <https://barselopproret.no/historier>
- 12: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta>
- 13A: <https://klassekampen.no/utgave/2022-08-16/jordmodre-roper-varsko>
- 13B: <https://barselopproret.no/fordypning/bydelsjordmodre-i-oslo-varsler>
- 14: <https://barselopproret.no/fordypning/bemanningsp-barsel>
- 15: <https://barselopproret.no/fordypning/fra-dm-til-dagsnytt-18>
- 16: <https://www.aftenposten.no/oslo/i/y4dLvg/store-endringer-i-sommerens-foedetilbud-abc-enheten-stenger>
- 17: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/trygt-a-fode-ogsaa-om-sommeren/id2911674/>
- 18: <https://helse-stavanger.no/om-oss/nyheter/slik-blir-fodetilbudet-pa-sus-i-sommer>
- 19: <https://sykepleien.no/2022/05/jordmodre-far-ansvar-mer-enn-en-fodende-om-gangen>
- 20: <https://sykepleien.no/meninger/2022/03/tilbud-som-abc-er-investering-i-kvinnehelse>
- 21: <https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/2021/09/07/jordmodre-varsler-om-krise-pa-fodeavdelingene-flere-slutter/>

- 22: <https://www.dagsavisen.no/oslo/politikk/2022/09/02/jordmodre-slutter-ved-ulleval-sykehus-det-er-bare-et-sporsmal-om-tid-for-noe-ordentlig-alvorlig-skjer/?R=xgZcJhCHKa&subscriberState=valid&action=loggedin>
- 23: <https://sykepleien.no/2021/08/jordmorforbundet-varsler-vikarkrise>
- 24: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Beslutninger/Lovvedtak/2021-2022/vedtak-202122-040/>
- 25: Eberhard-Gran, M., Engelsen, L. Y., Al-Zirqi, I. & Vangen, S. (2022). Depressive symptomer og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19-pandemien. Tidsskrift for Den norske legeförening (3). doi:10.4045/tidsskr.21.0450. <https://tidsskriftet.no/2022/02/originalartikkel/depressive-symptomer-og-fodselsopplevelse-hos-spedbarnsmodre-under-covid>
- 26: Holmboe, O. & Sjetne, I. S. (2018). *Brukeres erfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2017* (PasOpp.rapport nr 2018:46). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/brukeres-erfaringer-med-fodsels--og-barselomsorgen-i-2017/>
- 27: Helseatlas. (2022, 27. februar). *Barseltiden*. <https://helseatlas.no/hovedfunn/barseltiden>
- 28: Bauer, A., Knapp, M. & Adelaja, B. (2016). *Best Practice for Perinatal Mental Health Care: The Economic Case* (PSSRU Discussion Paper DP2913). London School of Economics. <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/reports/best-practice-for-perinatal-mental-health-care>
- 29: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/04/10/pa-tide-a-definere-barselomsorg/>
- 30: <https://www.fhi.no/ml/arming-og-morsmelk/mor-barn-vennlig-standard/mor-barn-vennlig-sykehus/>