



Helse- og omsorgsdepartementet

Meld. St. 9 (2023–2024) Særtrykk

En god start på livet

En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg



Meld. St. 9 (2023–2024) Særtrykk

En god start på livet

En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barseomsorg

Innhold

| | |
|---|----------|
| En god start på livet | 5 |
| 7 En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg..... | 6 |
| 7.1 Status og utfordringer | 8 |
| 7.2 Et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden | 10 |
| 7.2.1 En helhetlig svangerskapsoppfølging | 10 |
| 7.2.2 Følgetjeneste for gravide | 12 |
| 7.2.3 Et faglig forsvarlig og desentralisert fødetilbud | 14 |
| 7.2.4 Finansiering av fødselsomsorgen | 16 |
| 7.2.5 En god og sammenhengende barselomsorg | 17 |
| 7.3 Et bedre tilbud til gravide med behov for ekstra oppfølging..... | 22 |
| 7.3.1 Likeverdige helsetjenester til gravide med minoritetsbakgrunn ... | 22 |
| 7.3.2 Helsekompetanse og kommunikasjon | 23 |
| 7.4 Bedre bruk av ressurser og personell | 25 |
| 7.4.1 Utdanning og kompetanseutvikling..... | 25 |
| 7.4.2 Jordmødre, helsesykepleiere, leger og spesialistgodkjenning | 25 |
| 7.4.3 Heltid, bemanning og arbeidsmiljø..... | 26 |
| 7.4.4 God oppgavedeling mellom personell | 27 |
| 7.4.5 Utprøving av nye modeller for sambruk av personell | 27 |

En god start på livet

Jeg er stolt av å legge fram regjeringens politikk om en mer helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Vi har et svært godt fødetilbud i med få skader og komplikasjoner. Det er veldig trygt for både mor og barn å føde i Norge. Resultatene skyldes i stor grad innsatsen til engasjerte og dyktige fagfolk. Disse gode resultatene må vi bygge videre på. Vi vet at et godt tilbud i svangerskap, fødsel og barsel er viktig for kvinners helse, for familien og for å gi barn en god start på livet.

En fødsel er en stor og viktig hendelse i en families liv. Et trygt fødetilbud engasjerer befolkningen sterkt, enten det er på steder hvor det er langt til sykehus eller i sentrale områder. Det har også vokst fram et barseloppør som sier fra om at barselomsorgen må bli bedre. I fjor hadde jeg et innspillsmøte med sju engasjerte kvinner for å høre med om deres egne erfaringer med tilbudet i svangerskapet, under fødselen og i barselperioden og hva som kan bli bedre. Et svangerskaps-, føde- og barseltilbud som gir den enkelte kvinne god oppfølging, nok jordmødre, at partner kan være til stede under fødsel, mer sammenhengende tjenester, digitalt helsekort og et bedre tilbud til sårbare gravide er blant innspillene jeg har fått og som jeg har tatt med meg i arbeidet. Disse innspillene kom også fra en rekke organisasjoner og interessenter i den brede innspillsrunden vi har hatt for denne meldingen.

Det overordnede målet er at kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskapet, fødselen og barseltiden. Viktige innsatsområder er god arbeidsdeling mellom helsestasjon, fastlege og spesialisthelsetjeneste, en god følgetjeneste, et trygt fødetilbud, en god svangerskaps- og barselomsorg og et bedre tilbud til gravide med behov for ekstra støtte og oppfølging.

Den viktigste ressursen for vår felles helsetjeneste er fagfolkene. Den offentlige helsetjenesten skal være en attraktiv arbeidsplass hvor de ansatte har tid og muligheter til å gi god omsorg. Regjeringen vil styrke arbeidet med sambruk av personell i spesialisthelsetjenesten, og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det innebærer at ansatte har en kombinert stilling med flere arbeidsteder. Det kan bidra til å få vaksystemet til å gå bedre rundt og at flere jobber heltid. Det vil også gi kvinner et mer sammenhengende tilbud hvis fagfolk har tilhørighet til hele svangerskaps- føde- og barselomsorgen.

Bare en sterk, desentralisert offentlig helse- og omsorgstjeneste som yter gode og likeverdige tjenester, er styrt av felleskapet og finansiert over skatteseddelen kan sikre en god og likeverdig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i hele landet. Et godt offentlig tilbud er en del av regjeringens arbeid mot sosiale helseforskjeller, og er av stor betydning for at alle skal få en god start på livet.

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er et prioritert område for regjeringen, og legges derfor fram både som et særskilt innsatsområde i Nasjonal helse- og samhandlingsplan og som et eget særtrykk. Arbeidet har grenseflater til de fleste temaene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan som samhandling, digitalisering, finansiering, kompetanse, kvalitet og pasientsikkerhet og personell. Mål og tiltak i dette særtrykket må derfor ses i sammenheng med hovedgrepene som presenteres i regjeringens Nasjonal helse- og samhandlingsplan for hvordan vår felles helse- og omsorgstjeneste skal videreutvikles for å møte framtidens utfordringer. Kapittel 7 er kapitlet om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, og omtales derfor også som kapittel 7 i dette særtrykket.

7 En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

En god svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg er viktig for kvinners helse, for familien og for å gi barn en god start på livet. Svangerskaps-, føde- og barseltilbudet skal gi den enkelte kvinne god oppfølging, en trygg fødsel og et godt fødetilbud. Regjeringen vil videreføre et differensiert fødetilbud og vil styrke det desentraliserte tilbudet gjennom samarbeid mellom kommuner og sykehus. Regjeringen vil føre en politikk som bidrar til et godt og trygt føde- og barseltilbud i hele Norge. Regjeringen legger med dette fram sin politikk for et sammenhengende og helhetlig svangerskaps-, føde- og barseltilbud, som blant annet omfatter bemanning, følge-tjeneste, heltidsstillinger og finansiering av fødselsomsorgen. Kapittelet presenterer regjeringens tre mål for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen:

- ☀ Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden.
- ☀ Et bedre tilbud til gravide med behov for ekstra støtte og oppfølging.
- ☀ God bruk av personell og kompetanse.

Et sammenhengende og helhetlig tilbud innebærer blant annet god arbeidsdeling mellom helsestasjon, fastlege og spesialisthelsetjeneste. Likeverdige tjenester i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen innebærer likeverdighet ut fra behov og uavhengig av bosted og sosiale forhold. Det skal rettes oppmerksomhet på gravide med behov for ekstra støtte og oppfølging, som gravide med avhengighetsproblematikk, gravide som er utsatt eller står i fare for å bli utsatt for vold, gravide med psykiske plager og lidelser og gravide med innvandrerbakgrunn. God bruk av personell og deres kompetanse innebærer samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og sykehus, heltidsstillinger og mulighet for kombinerte stillinger mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og sykehus. Boks 7.1 gir oversikt over mål og tiltak.

Boks 7.1 Regjeringen vil

Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barselstiden gjennom følgende tiltak:

- ☀ Opprettholde dagens fødetilbud innenfor planperioden, gitt forsvarlig drift.
- ☀ Kvinner i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen inngår som en femte prioritert pasientgruppe i helsefellesskapene.
- ☀ Opprette et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Tilskuddsmidlene skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner.
- ☀ Innføre en finansieringsordning for fødsels-omsorgen som legger til rette for faglig kvalitet, gjennom å redusere ISF-andelen.
- ☀ De regionale helseforetakene skal rapportere på hvordan ny retningslinje for fødselsomsorgen er satt i verk, spesielt hvordan helseforetakene har fulgt opp anbefalingen om tilstedeværende jordmor i aktiv fase av fødselen.
- ☀ De regionale helseforetakene skal etablere rutiner for at mor kan henvende seg til barselavdelingen uten henvisning, den første uken etter utskriving.
- ☀ De regionale helseforetakene skal foreslå tiltak for hvordan de mindre fødestedene kan utvikles og hvordan de ansatte kan få mengdetrening hvis det er få fødsler ved institusjonen.
- ☀ Etablere et digitalt helsekort for gravide.
- ☀ Evaluere og forbedre følgetjenesten for gravide.
- ☀ Tydeliggjøre retten til å ha andre til stede når det gis helse- og omsorgstjenester, inkludert under konsultasjoner i svangerskap, under fødsel og i barseltiden.
- ☀ Gjennomføre undersøkelse om brukererfaringer i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Likeverdige tjenester og et bedre tilbud til gravide med behov for ekstra støtte og oppfølging:

- ☀ Øke forskningen om gravide med minoritetsbakgrunn gjennom Nasjonalt forskningssenter for kvinnehelse.
- ☀ Videreutvikle doulaordningen for gravide med innvandrerbakgrunn.

God bruk av personell og kompetanse gjennom følgende tiltak:

- ☀ De regionale helseforetakene får i oppdrag å kartlegge muligheter og legge til rette for kombinerte stillinger i samarbeid mellom sykehus og kommuner.

Den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal være et attraktivt arbeidssted, også for dem som arbeider i svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen. Tilgang til tilstrekkelig med fagfolk med relevant kompetanse innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er en utfordring flere steder, både i distriktene og i sentrale strøk. Oppbyggingen av jordmorårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har ført til et bedre tilbud i kommunene, men fører til økt press på jordmorressursene.

Regjeringen vil prioritere kvinnehelse som en del av arbeidet med å tilby befolkningen gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, og vil legge fram en egen strategi for kvinnehelse. Regjeringen vil også legge fram en stortingsmelding om sosial utjevning og sosial mobilitet (SUM), hvor blant annet foreldrestøtte og barnets første 1000 dager inngår. Betydningen av god psykisk helse under svangerskap og etter fødsel vil omtales i meldingen. Foreldrestøtte er tema i Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* og i Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028)*.

7.1 Status og utfordringer

Svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet i Norge gir gode resultater for mor og barn. Registrerte fødselsskader er redusert og det er trygt å føde. Resultatene skyldes i stor grad innsatsen til engasjerte og dyktige fagfolk. Disse gode resultatene må videreføres. Helsedirektoratet har publisert veiledere og retningslinjer for både fødselsomsorgen, barseltilbudet og for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tillegg til nasjonale kvalitetsindikatorer for fødselsomsorgen.

Noen forhold er endret de siste årene. Kvinnene som føder er eldre, en større andel av fødende er født utenfor Norge og flere har kroniske sykdommer som f.eks. hjertesykdom eller fedme. Slike endringer medvirker til at flere fødsler blir satt i gang, og at en økende andel kvinner forløses ved keisersnitt. Helsedirektoratet angir at disse forholdene er med på å forklare økt arbeidspress på fødeavdelingene, selv om fødselstallene går ned. Økt kunnskap blant de gravide og velstandsutviklingen generelt, gir høyere forventninger til fødetilbudet og tjenesten som ytes.

God svangerskapsomsorg bidrar til god psykisk og somatisk helse. Men noen opplever fødselsangst, barseldepresjon og andre psykiske helseutfordringer. Andre er psykisk sårbare før graviditet og hos noen kan sårbarheten være knyttet til at de har vært utsatt for vold og overgrep. Noen har utfordringer med rusmiddelbruk. Enkelte har problemer med å bli gravide eller opplever spontanaborter, og trenger oppfølging. Flere opplever også sykdom som blodpropp, svangerskapsforgiftning, diabetes, svangerskapskvalme eller helseplager som følge av fødselsrifter.

De siste tre årene er det gjennomført endringer som påvirker fødetilbudet. Etter at det ble vedtatt endringer i bioteknologiloven, får alle gravide tilbud om tidlig ultralyd i 11.–13. svangerskapsuke. Undersøkelsen er frivillig og gratis. Blodprøven NIPT (non invasiv prenatal test) tilbys gravide over 35 år og gravide med økt risiko for å ha foster med kromosomavvik. Tidlig ultralyd til alle og NIPT til gravide med økt risiko er viktige reformer i svangerskapsomsorgen. Gravide får tidlig informasjon om en del alvorlige tilstander og utviklingsavvik hos fosteret. Eggdonasjon er nå tillatt. Det samme er tilbudet om testing for sykdom i befruktede egg (PGT). PGT er

et tilbud til kvinner eller par som har risiko for å få et barn med en alvorlig sykdom eller tilstand.

I svangerskapet og barseltiden er ansvaret for oppfølging delt mellom sykehus, helsestasjon og fastlege. Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at gjennomsnittlig liggetid på sykehus etter fødsel er noe redusert fra 2,8 dager i 2012 til 2,7 dager i 2022. Under koronapandemien var liggetiden 2,6 dager. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunene er styrket. I perioden 2015–2022 økte antall årsverk totalt med om lag 2380 i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå. Dette inkluderer en økning på om lag 800 årsverk for helsesykepleiere og 290 årsverk for jordmødre¹, og har bidratt til en ønsket økning i hjemmebesøk av jordmor og av helsesykepleier etter fødsel.

Utfordringer

Det ble født 61 800 barn i Norge i 2009. Dette ga et samlet fruktbarhetstall (SFT) for kvinner på 1,98, noe som var blant de høyeste i Europa. Fruktbarheten har gått ned de siste årene. I 2022 ble det født 51 500 barn i Norge. SFT ble målt til 1,41 barn per kvinne i 2022. Dette er det laveste som noen gang er målt. Store demografiske endringer de nærmeste årene fører til behov for tiltak og riktige prioriteringer for å opprettholde høy faglig kvalitet i fødetilbudet i hele landet. Det blir flere gamle og færre unge, og større konkurranse om kvalifiserte fagpersoner i helse- og omsorgstjenesten. Det er konkurranse med privat helsetjeneste, og en del jordmødre har gått fra fødeavdeling til arbeid på helsestasjon. Endret fruktbarhet, endret bosetting og demografi gir færre fødsler, særlig i distriktene. Dette er utfordrende for å opprettholde den desentraliserte strukturen på fødetilbudet og gir behov for tiltak i hele landet for å utdanne, utvikle og beholde tilstrekkelig med jordmødre, helsesykepleiere, fagarbeidere med relevant kompetanse, blant annet helsefagarbeidere, barnepleiere og leger.

Brukerorganisasjonene etterlyser helhet og kontinuitet. Brukerne ønsker bedre oppfølging i barseltiden, plass til partner og ivaretagelse av psykisk helse. Dette krever bedre samarbeid mellom kommuner og sykehus.

¹ Andre sykepleiere, leger, fysioterapeuter, støttepersonell mv. utgjør resterende årsverk.

7.2 Et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden

Regjeringens hovedmål er at kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden. Viktige innsatsområder er god arbeidsdeling mellom helsestasjon, fastlege og spesialisthelsetjeneste, en god følgetjeneste, et desentralisert og trygt fødetilbud og en god barselomsorg.

7.2.1 En helhetlig svangerskapsoppfølging

Regjeringen ønsker å bygge videre på dagens organisering av svangerskapsomsorgen med mål om et mer helhetlig og sammenhengende tilbud i alle faser for den gravide og familien. En kunnskapsbasert svangerskapsomsorg har som mål å bidra til en helsefremmende livsstil og å redusere sykkelighet og barne- og mødredødelighet. De fleste gravide kvinner vil oppleve et svangerskap uten større helseplager og bære fram et friskt barn. Svangerskapsomsorgen omfatter både det forebyggende og det behandlende helsetjenestetilbudet. Det er en faglig anbefaling at gravide med et normalt svangerskap bør få tilbud om et basisprogram med ni konsultasjoner inkludert fosterdiagnostikk. Ved behov bør den gravide få tilbud om ekstra oppfølging utover basisprogrammet.

Fastleger ved legekantor og jordmødre ved helsestasjoner utgjør kjernepersonellet i oppfølgingen. Gravide kan velge om de ønsker konsultasjoner ved fastlegekontor eller på helsestasjon hos jordmor eller en kombinasjon. I mange tilfeller samarbeider jordmor og fastlege, og eventuelt annet personell om oppfølgingen. For å legge til rette for en god og helhetlig oppfølging, er det nødvendig med god samhandling og samarbeid mellom fastlege, jordmor, sykehus og andre som følger opp den gravide.

De fleste gravide har også oppfølging i spesialisthelsetjenesten i form av f.eks. ultralydundersøkelse og eventuelt NIPT som en del av basisprogrammet. I noen tilfeller vil det være forhold hos mor eller barn som krever ytterligere oppfølging.

God informasjon og dialog om fødsel og barselstid inngår som en del av svangerskapsomsorgen. Gravide skal få kunnskapsbasert informasjon og kunne påvirke oppfølgingen i svangerskapet. Informasjonsbehovet kan være ulikt og informasjonen skal derfor tilrettelegges individuelt for å imøtekomme den gravide og familiens behov. Helsekort for gravide og retningslinje for svangerskapsomsorgen utfyller hverandre og bidrar til en helhetlig og sammenhengende svangerskapsomsorg.

Digitalt helsekort for gravide

Helsekortet er et sentralt verktøy for informasjonsflyt og kommunikasjon mellom den gravide og helsepersonell og mellom ulike deler av helsetjenesten. I dag må gravide gå med et papirskjema gjennom svangerskapet som de skal ta med til jordmor, legebekker og på sykehuset. Med et digitalt helsekort vil informasjonen samles og deles på en sikker måte. Et digitalt helsekort for gravide vil forbedre oppfølgingen av den gravide og øke pasientsikkerheten. Digital registrering kan gi bedre kunnskapsgrunnlag og bedre datakvalitet som grunnlag for forskning. Forskningen kan frambringe ny kunnskap som kan gi enda bedre oppfølging og behandling i graviditet og fødsel. Gjennom Helseplattformens innbyggerportal, HelsaMi, tilbys innbyggere i Midt-Norge i dag et digitalt helsekort for gravide. Løsningen i Helse

Midt-Norge vil imidlertid ikke bli tilgjengelig for resten av landet. Regjeringen vil i 2024 starte utprøving av et digitalt helsekort for gravide. Arbeidet skal gjennomføres trinnvis, bygge på allerede eksisterende løsninger som kjernejournal og Helsenorger og erfaringene med digitalt helsekort for gravide i HelsaMi. I første omgang skal det etableres en løsning som kan testes ut i et geografisk avgrenset område. Dette vil gi erfaring, for å forbedre og utvikle løsning i nært samarbeid med tjenesten.

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Et sentralt mål for regjeringen er å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn, unge og deres familier. Regjeringen har varslet en opptrappingsplan for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Hurdalsplattformen. Opptrappingsplanen inngår som del av regjeringens helhetlige arbeid på feltet. Regjeringen har styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten både faglig og økonomisk gjennom økning av bevilgninger til tjenesten i både 2023 og 2024. Det ble i 2023 etablert et kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten ved Folkehelseinstituttet (FHI) for å styrke kompetansen i og om tjenesten. Kompetansemiljøet er lokalisert i Levanger.

Regjeringen vil vurdere tiltak for foreldrestøtte under og etter svangerskap, jf. Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse 2023–2033*. Betegnelsen «1000 dager» brukes på den viktige perioden fra unnfangelse til barnet er to år, og omfatter blant annet psykisk helse hos mor under svangerskapet og det første året etter fødsel. Det er satt i gang arbeid for å legge til rette for en best mulig start i livet for alle barn, gjennom god ivaretagelse av både kommende og nybakte foreldre og deres barn. Det finnes en rekke ulike foreldrestøttende tiltak i kommunene. Tilbudet varierer ut fra behov og kompetanse i den enkelte kommune. Helsestasjonen kan tilby universelle og individrettede foreldreveiledningsprogrammer. Hensikten er å fremme barnets utvikling og forebygge psykiske vansker hos barnet, gjennom å styrke foreldrenes mestring av omsorgsrollen.

Foreldrehverdag.no er en nettside driftet av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) som skal gi foreldre lett tilgang til rådgiving, hjelp og støtte. Bufdir forvalter også et spesialisert program særlig rettet mot førstegangsgravide. Sammen på vei – Nurse Family Partnership (tidligere *Familie for første gang*), er et spesialisert tilbud for sårbare familier i en vanskelig livssituasjon. Programmet er under utprøving fram til 2027, og målet er bl.a. å bedre helsen og utviklingen til barnet, styrke omsorgsevnen til foreldrene og forebygge omsorgsovertakelser, bidra til økonomisk selvstendighet og bidra til økt tillit til og kontakt med hjelpetjenesten.

Tematikken «1000 dager» inngår i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*, denne meldingen og i den kommende stortingsmeldingen om sosial mobilitet og utjevning, som til sammen vil vise regjeringens arbeid på området.

Boks 7.2 Veiledningsmateriell om forebygging og avdekking av vold og overgrep

«Stine Sofie foreldrepakke» skal hjelpe fagpersoner på sykehus og helsestasjoner til å snakke med foreldre om følelser mange holder for seg selv. Målet er at programmet skal styrke foreldrene, gi støtte og verktøy til å håndtere det som er krevende, og forebygge situasjoner som er utrygge og farlige for barnet.

«I trygge hender» er Landsgruppen av helsesykepleiere i Norsk sykepleierforbunds materiell som kan brukes på helsestasjon for å forebygge, avdekke og avverge vold. Materialet består av en animasjonsfilm og et veiledningshefte.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress har utarbeidet en veileder om helse- og omsorgstjenestenes arbeid med vold i nære relasjoner, der tegn på vold mot gravide omtales.

Det er viktig at tjenestene sørger for samarbeid og kontinuitet i tjenestetilbudet til de som har særskilte behov eller økt risiko for komplikasjoner eller uheldige utfall. Dette kan være somatiske utfordringer eller psykisk uhelse, rusmiddelbruk, vold, funksjonsnedsettelse, språkutfordringer eller sosiale utfordringer. Helsestasjon, fastleger og spesialisthelsetjenesten bør fange opp slike behov tidlig for å tilpasse tilbudet, f.eks. med tett oppfølging og hjemmebesøk. Helse- og omsorgstjenestene har også en viktig rolle i å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt slik det framgår av formålet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten og i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen har anbefalinger om å avdekke vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse hos gravide, jf. avsnitt 7.3.1

Reduksjon av sosial ulikhet i helse er et uttalt mål for regjeringen, og i mange tilfeller innebærer dette tverrsektoriell involvering og samarbeid, f.eks. av familievernkontoret, barneverntjenesten, NAV og helsetjenesten. Regjeringen har lagt fram en opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. Regjeringen vil også legge fram en forebyggings- og behandlingsreform innen rusfeltet.

Regjeringen har styrket og vil videreutvikle fastlegeordningen. Målet er en bærekraftig allmennlegetjeneste som er godt innlemmet i øvrig helse- og omsorgstjeneste. Tjenesten skal legge til rette for tverrfaglighet med riktig bruk av kompetanse og oppgavedeling, kvalitet, innovasjon og som bidrar til mestring. Kontinuitet i relasjonen mellom fastlege og den gravide, fastlegens ofte inngående kjennskap til den gravides sykehistorikk og livssituasjon, og en fastlegeordning som samhandler godt med øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste, bidrar til et trygt svangerskapsforløp. Pasienttilpasset basistilskudd til fastlegene, som ble innført 1. mai 2023, gir høyere betaling for innbyggere med økt forventet bruk av fastlegetjenester, blant annet kvinner i fertil alder.

7.2.2 Følgetjeneste for gravide

En god følgetjeneste kan gi trygghet for gravide og fødende med lang reisevei til fødested. Regionale helseforetak har siden 2010 hatt ansvaret for følgetjenesten. Kravene til følgetjenesten er angitt i Helsedirektoratets retningslinje for fødselsomsorgen. Følgetjeneste omfatter døgnkontinuerlig vaktberedskap av jordmor eller

lege og følge til fødeinstitusjon. Det utføres en kvalifisert faglig vurdering av om den gravide er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for følge. Det er lagt til grunn et behov for en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste der det er 90 minutters reisevei til fødestedet. Grensen baseres på reell reisetid og er avhengig av reiseavstand, kommunikasjonsforhold, vær og føreforhold og hvor langt fødselen er kommet.

Følgetjenesten er organisert i et samarbeid mellom helseforetak og kommune. Den praktiske gjennomføringen av tjenesten skjer enten ved at jordmødre ansatt i helseforetaket dekker tjenesten eller at helseforetakene kjøper tjenesten av kommunene. Prehospitale tjenester er også involvert i tilbudet. Transport til fødested med prehospitale tjenester og følge av jordmor benyttes av om lag 25 prosent av fødende som er omfattet av tilbudet.² Det varierer hvordan følgetjenesten er organisert i regionene. Noen har møtetjeneste, noen har kombinasjonsstillinger i sykehus og kommuner, mens andre har følgetjeneste som en del av arbeidet sitt i kommunehelsetjenesten.³ I samarbeidsavtalen om jordmortjenester omtales felles ansvar for tjenester i skjæringspunktet mellom sykehus og kommuner. I veileder for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak framgår det at samarbeidsavtalen bør beskrive følgetjenesten og vaktberedskap for gravide.

Følgetjenesten er organisert i et samarbeid mellom helseforetak og kommune. Den praktiske gjennomføringen av tjenesten skjer enten ved at jordmødre ansatt i helseforetaket dekker tjenesten eller at helseforetakene kjøper tjenesten av kommunene. Prehospitale tjenester er også involvert i tilbudet. Transport til fødested med prehospitale tjenester og følge av jordmor benyttes av om lag 25 prosent av fødende som er omfattet av tilbudet.⁴ Det varierer hvordan følgetjenesten er organisert i regionene. Noen har møtetjeneste, noen har kombinasjonsstillinger i sykehus og kommuner, mens andre har følgetjeneste som en del av arbeidet sitt i kommunehelsetjenesten.⁵ I samarbeidsavtalen om jordmortjenester omtales felles ansvar for tjenester i skjæringspunktet mellom sykehus og kommuner. I veileder for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak framgår det at samarbeidsavtalen bør beskrive følgetjenesten og vaktberedskap for gravide.

Helsedirektoratet har utredet konsekvensene ved å endre rett til følgetjeneste fra 90 minutter til 60 minutters reisevei fra hjemmet til fødeinstitusjon. Direktoratets vurdering er at det ikke er grunnlag for å endre grensen til 60 minutter. Bakgrunnen for dette er manglende dokumentasjon på om endringen reduserer uheldige utfall for mor og barn, et anslått behov for 49 flere jordmorårsverk og økte kostnader på anslagsvis 60 mill. kroner. Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at andelen ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon har vært stabil på om lag 0,6 prosent siden 1999. Den største andelen av de som føder før ankomst er de som bor nærmest,

² Menon Economics (2023). Følgetjeneste for fødende. Vurdering av betydning for ressursbruk og personell ved endret tidsbruk.

³ Helsedirektoratet (2023). Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei.

⁴ Menon Economics (2023). Følgetjeneste for fødende. Vurdering av betydning for ressursbruk og personell ved endret tidsbruk.

⁵ Helsedirektoratet (2023). Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei.

stort sett definert som reisevei under 30 minutter.⁶ Helsedirektoratet anbefaler på denne bakgrunn at den nåværende grensen på 90 minutter opprettholdes, og at det heller settes i verk tiltak for å forbedre den eksisterende tjenesten. Det handler bl.a. om bedre samarbeid mellom helseforetak og kommuner, styrke kompetansen til andre yrkesgrupper og vurdere alternative løsninger for kommuner med få gravide. Følgetjenesten for gravide er ikke blitt evaluert etter omleggingen av tjenesten i 2010. Helsedirektoratet anbefaler at det gjennomføres en nasjonal evaluering av følgetjenestetilbudet, der kvalitet, nytteeffekt og ressursbruk vurderes. Helse-regionene har fått i oppdrag å gjennomføre en slik evaluering og forbedre kvaliteten i følgetjenesten.

7.2.3 Et faglig forsvarlig og desentralisert fødetilbud

Fødetilbudet er delt inn i tre nivåer: fødestuer, fødeavdeling og kvinneklinikk. De nasjonale kvalitetskravene til tjenesten er angitt i Helsedirektoratets retningslinje om fødselsomsorgen. Retningslinjen om fødselsomsorgen er revidert på bakgrunn av endringer i fødepopulasjonen og et nytt kunnskapsgrunnlag. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å rapportere på hvordan revidert retningslinje for fødselsomsorgen er satt i verk, herunder hvordan helseforetakene har fulgt opp anbefalingen om tilstedeværende jordmor i aktiv fase av fødsel.

Boks 7.3 Om faglig forsvarlighet

Helse- og omsorgstjenester som tilbys skal være forsvarlige. I dette ligger det at kvaliteten på tjenestene skal ligge på et visst nivå. Forsvarlighetskravet gjelder på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten, både i offentlig og privat virksomhet. Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Forsvarlighetskravet følger av spesialisthelsetjenesteloven §2-2: «Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven, skal være forsvarlige». Bestemmelsen om at helsetjenesten skal være forsvarlig er en rettslig standard som beskriver hvilke krav tjenesten og det enkelte helsepersonell må oppfylle ut fra de gitte forutsetninger og hva som kan anses å være gjeldende praksis. Det konkrete innholdet i forsvarlighetskravet fastsettes på bakgrunn av omstendighetene i det enkelte tilfellet og eksisterende normer, f.eks. Helsedirektoratets faglige retningslinje om fødselsomsorgen, tilsynsmyndigheters avgjørelser mv. Kravet om forsvarlighet innebærer også forsvarlig organisering av virksomheten. Det følger av helsepersonelloven §16: «Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter». Bestemmelsene om enkelte helsepersonells individuelle ansvar er beskrevet i helsepersonelloven § 4. Ledelsen har ansvaret for at driften er organisert på en måte som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Personalet må ha riktig kompetanse, ansvarsforhold må være avklart og forstått, og forsvarlige vaktordninger må være etablert.

⁶ Helsedirektoratet (2023). Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterlevs.

Kilde: Prop. 112 L (2020–2021) Endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven og Helsedirektoratet (2017). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-2620

Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019* slo fast at regionale helseforetak og helseforetak skal sikre nærhet til fødetilbudet og en trygg tjeneste for fødende i regionen. Norge har et desentralisert fødetilbud, men synkende fødselstall og mangel på kvalifisert personell har ført til uro rundt fødetilbudet. De siste 15 årene har det vært en liten nedgang i fødeinstitusjoner. Det er særlig mindre fødeinstitusjoner som er nedlagt, oftest på grunn av lavt antall fødsler. Ved enkelte sykehus der fødeavdelingen er lagt ned, er det i stedet opprettet God startenheter som omfatter oppfølging av gravide og barseltilbud etter fødsel. Det finnes God startenheter ved Nordfjord sjukehus og Lærdal sykehus. Dette er et tilbud til mor og barn som ikke trenger medisinsk oppfølging.

Regjeringen vil at dagens fødetilbud opprettholdes innenfor planperioden, gitt forsvarlig drift. Samtidig er de fødende eldre, har flere helseutfordringer, og dette krever større beredskap for å kunne gi en god og forsvarlig fødselsomsorg. Få fødsler gir utfordringer med å gi jordmødre og annet personell tilstrekkelig mengdetrening. For de mindre fødestedene kan det derfor være nyttig at personellet hospiterer på fødeavdelinger med flere fødsler. Det må legges til rette for hospiteringsordninger der det er mulig. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å foreslå hvordan de mindre fødestedene kan utvikles og hvordan de ansatte kan få mengdetrening hvis det er få fødsler ved institusjonen.

Boks 7.4 Min jordmor – samarbeid mellom Drammen kommune og Drammen sykehus

I prosjektet har den gravide samme jordmor under svangerskapet, fødselen og tiden etterpå. Modellen er internasjonalt kjent som Caseload midwifery, hvor den personlige relasjonen og kontinuitet mellom jordmor og den gravide er viktig. Erfaring og forskning viser at denne kontinuiteten vil gi en økt trygghet for kvinnene. Et team på fire jordmødre vil ha ansvar for om lag 150 gravide gjennom svangerskap, fødsel og barselid. De vil jobbe i en fire ukers turnus med beredskapsvakter hjemme og følger kvinnene inn på sykehuset når de skal føde. Hovedmål:

- ☀ Å tilby gravide en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg
- ☀ Ha et attraktivt fødetilbud for kvinner
- ☀ Beholde og rekruttere jordmødre til Drammen sykehus
- ☀ Økt samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten

Kilde: <https://innomed.no/prosjekt/min-jordmor-vestre-viken-hd-drammen-sykehus>

Det er sesongvariasjoner når det gjelder fødsler og mange fødsler skjer om sommeren. Sommeravvikling forutsetter god bemanningsplanlegging. Enkelte steder er det nødvendig å stenge en fødeinstitusjon i perioder om sommeren slik at det er tilfredsstillende bemanning på resten. Helseforetakene må sørge for god infor-

masjon til den gravide om hvordan de skal forholde seg når fødselen nærmer seg. Endringer i fødetilbudet, f.eks. ved midlertidig stengning om sommeren, innebærer lengre reise for noen gravide. Det forutsetter et godt samarbeid med prehospitale tjenester og en velfungerende følgetjeneste som skaper trygghet.

Planlagt hjemmefødsel har ikke vært en del av det offentlige tilbudet, men er tilbudt av privatpraktiserende jordmødre. Helsedirektoratet har i den nasjonale retningslinjen for fødselsomsorgen en anbefaling om at helseforetak kan gi tilbud om hjemmefødsel der forholdene ligger til rette for det. Det er ingen pasientrettighet å få tilbud om hjemmefødsel.

Tydeliggjøre retten til å ha andre til stede når det gis helse- og omsorgstjenester

Under koronapandemien måtte føde- og barselavdelingene innføre strenge smitteverntiltak. Muligheten for å ha ledsager til stede under kontroller og fødsel var begrenset. Mange opplevde dette som utfordrende. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor tydeliggjøre hvilke rettigheter kvinner som skal føde har til å ha med selvvalgt støtteperson. Departementet vil sende på høring et lovforslag om å foreslå endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, for å tydeliggjøre retten til å ha andre til stede når det gis helse- og omsorgstjenester, inkludert under konsultasjoner i svangerskap, under fødsel og i barseltiden. Forslaget følger også opp anmodningsvedtak hvor Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å lovfeste retten til å ha med en støtteperson som mor velger, under svangerskap og i fødsel og i barsel.

7.2.4 Finansiering av fødselsomsorgen

Regjeringens mål er en finansieringsordning som understøtter gode tjenester i fødselsomsorgen. Den spesialiserte fødselsomsorgen omfattes av de ordinære finansieringsordningene fra staten til de regionale helseforetakene, dvs. en aktivitetsavhengig finansiering (ISF) og en basisbevilgning. Prehospitale tjenester (relevant for beredskap, transport og følgetjeneste av jordmor) er i helhet finansiert gjennom basisbevilgningene.

Boks 7.5 Finansiering av fødselsomsorgen

Finansiering av spesialisthelsetjenesten, herunder fødselsomsorgen, er todelt og består av en aktivitetsavhengig del (ISF) og en basisbevilgning. Fordelingen av basisbevilgningen mellom regionene avhenger blant annet av befolkningsstørrelse- og sammensetning, helse og sosiale kriterier, mens ISF er avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling. Refusjonene gjennom ISF reflekterer hva helsehjelpen koster, ikke hvordan den verdsettes. Fødsler med keisersnitt krever f.eks. mer ressurser enn en vaginal fødsel, og refusjonen sykehusene får for en fødsel med keisersnitt er derfor høyere.

Det har vært stor oppmerksomhet om finansieringen av fødselsomsorgen. Bakgrunnen for det er at fødselstallene har gått ned samtidig som kompleksiteten i fødepopulasjonen har økt. Innføring av tidlig ultralyd og NIPT har også ført til behov for økte ressurser gjennom flere kontroller og tettere oppfølging. I NOU 2023: 5 *Den store forskjellen* er det pekt på at den forebyggende innsatsen ikke belønnes tilstrekkelig i dagens finansieringsystem.

Helsedirektoratet har justert og utviklet ISF innen fødselsområdet for at ordningen skal gi et riktigere bilde av kompleksitet og ressursbruk for ulike typer fødsler og behandlingsforløp. Bl.a. er det innført nye DRG-er (diagnoserelaterte grupper) for fødende med svangerskapsforgiftning, hvor det ofte er lengre liggetid og mer kompliserte forløp. Helsedirektoratet jobber også med å vurdere forløpsfinansiering av den spesialiserte fødselsomsorgen, inkludert barseltiden. Den aktivitetsbaserte finansieringen vil da være knyttet til pasientforløp, ikke konkrete enkeltaktiviteter innad i forløpene. Dette vil kunne gi bedre oversikt over fødselsforløpene samlet sett.

De regionale helseforetakene og helseforetakene har ansvaret for at interne prioriteringer er innenfor de samlede rammene og i tråd med ønsket utvikling og krav til tjenestene. Det må vurderes opp mot andre behov i sykehusene. De regionale helseforetakene fikk i 2023 i oppdrag å gjennomgå finansieringen av fødselsomsorgen i egne helseforetak, og vurdere og sette i verk tiltak for å sikre at innteks- og budsjettmodeller understøtter tjenesten på ønsket måte. Helseregionenes tilbakemelding er at innteks- og budsjettprosessene understøtter fødselsomsorgen på en hensiktsmessig måte, og at det må være det enkelte helseforetak som vurderer hvordan inntektene skal fordeles internt, blant annet på grunn av ulik organisering og håndtering av felleskostnader.

Fra 2023 ble andelen ISF redusert fra 50 til 40 prosent. Regjeringen vil redusere ISF-andelen ytterligere, til 30 prosent, fra 2025. Redusert ISF-andel er særlig blitt etterspurt innen fødselsomsorgen. Det vil legge til rette for økt faglig kvalitet i fødselsomsorgen.

7.2.5 En god og sammenhengende barselomsorg

Regjeringen ønsker en god og sammenhengende barselomsorg. Barselomsorgen er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det omfatter sykehus, helsestasjon, fastlege og eventuelt andre helse- og sosialfaglige tjenester. Barselperioden er definert som de første seks uker etter fødsel.⁷ Grunnlaget for en god barseltid, legges allerede i svangerskapet med kontinuitet i oppfølgingen og tidlig avdekking og avklaring av behov.

Gjennomsnittlig liggetid på sykehus etter fødsel er noe redusert fra 2012 og fram til i dag. Liggetiden varierer mellom sykehusene. I Helsedirektoratets nasjonale retningslinje for barselomsorgen er det anbefalt at sykehusopphold tilpasses kvinnen og den nyfødtes behov. Det er ikke satt en grense for hvor lenge barselomsorgen er spesialisthelsetjenestens ansvar. For mødre som ønsker og kan amme barnet sitt, kan kort liggetid innebære at kvinner reiser hjem før ammingen er kommet i gang. Mor kan derfor fortsatt ha behov for oppfølging etter utskrivning fra sykehus. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere rutiner for at mor kan henvende seg til barselavdelingen uten henvisning, den første uken etter utskrivning.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for organiseringen av et sammenhengende og helhetlig tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Overordnet avklares ansvaret og rollene i samarbeids-

⁷ Helsedirektoratet (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. IS-2057

avtaler. Oppfølgingen i barselperioden vil på kommunalt nivå primært foregå via helsestasjon, ved helsesykepleier eller jordmor, eller hos fastlege. Helsestasjonen er sentral i å bidra til at kvinner får gjennomført medisinsk undersøkelse hos fastlege eller gynekolog etter fødsel.

Fastlegeordningen og helsestasjons- og skolehelsetjenesten er ikke dimensjonert for å tilby et tilbud på kveld, natt og helg. Det vil innebære et betydelig økt behov for helsepersonell og vil kunne pålegge kommunene store økonomiske belastninger ved å skalere opp de kommunale tjenestene. En marginal helsegevinst vil sannsynligvis ikke forsvare en betydelig utvidelse av tjenestetilbudet. Ved behov utenfor ordinær åpningstid må foreldre kontakte legevakt eller utskrivende sykehus. Regjeringen vil derfor videreutvikle barselomsorgen innenfor dagens organisering.

Boks 7.6 Sykehuset Vestfold – virtuelt hjemmesykehus for barn

For tidlig fødte barn og deres familier kan oppleve det belastende å bo på en nyfødteintensivavdeling, spesielt de som har et langt sykehusopphold. Det kan også være utfordrende med tanke på familie- og dagliglivet. Ved hjemreise opplever mange foreldretilværelsen som utrygg fordi veiledningen som de har vært vant til på sykehuset ikke lenger gis. For noen familier vil hyppige polikliniske kontroller være belastende. Gjennom tjenesteinnovasjonsprosjektet virtuelt hjemmesykehus for barn vil premature og syke nyfødte barn kunne reise hjem tidlig og fortsatt være under oppfølging av sykehuset via digital kommunikasjon. Formålet er at premature barn og nyfødte skal kunne overvåkes og følges opp fra familiens kjente tilværelse, i hjemmet. Nye digitale løsninger kan trygge hjemmesituasjon gjennom tettere og mer tilgjengelig oppfølging fra sykehuset.

Kilde: Virtuelt hjemmesykehus for barn – Sykehuset i Vestfold HF (siv.no)

Bedre samhandling og oppfølging i barselperioden

Selv om mange får god hjelp og oppfølging i barselperioden, er det også utfordringer. Kortere liggetid i sykehus overlater et større ansvar til kommunene. Kvinner opplever at de ikke alltid får nok veiledning på sykehus og tilstrekkelig oppfølging i kommunene. Det er mangelfull informasjonsoverføring mellom tjenestenivåene og innad i kommunene. Resultater fra brukerundersøkelser som er publisert på Helsedirektoratet.no, viser at kvinner er mindre fornøyde med barselomsorgen enn fødselsomsorgen. I NOU 2023: 5 *Den store forskjellen* framgår det at det foreligger lite kunnskap om hvilke helsemessige konsekvenser den forkortede liggetiden har for nye mødre og barn.

God dialog og tilpasset informasjon allerede i svangerskapet legger grunnlaget for opplevelse av mestring og trygghet i barselperioden. Bedre samhandling og informasjonsutveksling ved utskrivelse, vil kunne legge til rette for de foreldrene eller nyfødte som trenger oppfølging etter hjemreise. Dette er spesielt viktig for sårbare familier og mødre som har behov for særskilt oppfølging i barselperioden, f.eks. på grunn av psykiske plager eller lidelser, eller problemer med amming.

Boks 7.7 Ammehjelpen

Ammehjelpen er en frivillig landsdekkende humanitær organisasjon med om lag 200 frivillige ammehjelpere. Disse gir mødre gratis informasjon, veiledning og støtte ved spørsmål om amming og morsmelk, med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis. De hjelper også mødre via telefon, e-post og sosiale medier og drifter ammehjelpen.no som er en nettside med informasjon om amming og morsmelk. Ammehjelpen underviser på fødselsforberedende kurs, arrangerer ammekaféer, og holder kurs om amming for mødre og helsepersonell. I tillegg jobber de for å kunne påvirke rammebetingelser, holdninger og kunnskap om amming nasjonalt og internasjonalt. Ammehjelpen samarbeider tett med Enhet for amming (se boks 7.8). Ammehjelpen mottar i 2024 fire mill. kroner over statsbudsjettet.

Kilde: Ammehjelpen.no

Regjeringen ønsker at kvinner i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen inngår som en prioritert gruppe i helsefelleskapene. Det vil understøtte utviklingen av bedre forløp og god ressursbruk. Helseatlas' tall fra 2015–2017 viser stor geografisk variasjon i bruk av spesialisthelsetjenesten i barseltiden etter hjemreise fra sykehus. Helsedirektoratet angir at det kan tyde på ulikheter i helsetjenestetilbud eller helsetjenestebruk, og at ansvarsfordelingen mellom spesialist- og den kommunale helsetjenesten ikke er tydelig. Manglende oppfølging av samhandlingsavtalen om jordmortjenester, utilstrekkelig informasjon mellom sykehus og kommune og utfordringer med å rekruttere helsepersonell kan være årsaker til at tilbudet ikke framstår som helhetlig. Helsefelleskapene er derfor en viktig arena for samhandling og kan bidra til at samarbeidsavtalene blir fulgt opp.

Hjemmebesøk etter fødsel

Hjemmebesøk av jordmor etter fødsel er viktig for ivaretagelsen av det nyfødte barnet og familien. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at om lag 65 prosent fikk hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter hjemkomst i 2022. I overkant av 85 prosent av alle nybakte foreldre fikk hjemmebesøk av helsesykepleier fra helsestasjonen innen to uker etter hjemkomst samme år. Dette viser at en økende andel får hjemmebesøk, og indikerer generelt god oppfølging av familier og nyfødte etter hjemkomst. Hjemmebesøk er relativt ressurskrevende. Stortinget har bedt regjeringen rettighetsfeste hjemmebesøk av jordmor innen en uke etter fødsel. Hvis hjemmebesøk rettighetsfestes, vil det kunne medføre at hjemmebesøk må prioriteres framfor andre viktige oppgaver for jordmor i svangerskapsomsorgen, og da særlig muligheten for å gi et utvidet tilbud til familier med et særskilt behov. Manglende hjemmebesøk betyr imidlertid ikke manglende oppfølging. Oppfølgingen av nyfødte og foreldrene skal sikres ved behov og alle helsestasjoner skal ha rutiner for å følge opp de som ikke møter til kontroller. Regjeringen vurderer at intensjonen i Stortingets vedtak er oppfylt.

Undersøkelse om brukererfaringer i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen

Det er behov for å øke kunnskapen om opplevelsen av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen blant mødre og familiene. Regjeringen ønsker derfor at det skal gjennomføres en undersøkelse om brukererfaringer i svangerskaps-, fødsel- og

barselomsorgen. Dette vil kunne gi verdifull kunnskap om kontinuiteten i tjenestetilbudet og behovet for forbedringer. Undersøkelsen skal omfatte tilbudet som gis i sykehus og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Boks 7.8 Enhet for amming

Helsedirektoratet, tidligere enhet for amming i Folkehelseinstituttet, arbeider for å fremme og støtte amming i tråd med nasjonale og internasjonale forpliktelser. Fagmiljøet lanserte i 2022 en e-læringsplattform (AmmE-læring) for opplæring av studenter og helsepersonell som skal jobbe med mødre og spedbarn. AmmE-læring gir lik tilgang til oppdatert informasjon og kunnskap om amming og morsmelk. I 2022 ble enhetens mor-barn-vennlige program «Ammekyndig helsestasjon» karakterisert som en «Best Practice» av EU-kommisjonen. Det innebærer at programmet er gjennomført i helsetjenesten, er evaluert og har en dokumentert effekt. Fagmiljøet skal gjennom «EUs joint action for prevention of cancer and non-communicable diseases», bidra til at «Ammekyndig helsestasjon» settes i verk i flere land.

Kilde: Folkehelseinstituttet. Årsrapport for 2022

Fødselsdepresjoner

Fødselsdepresjon rammer mellom sju og 13 prosent av gravide kvinner.⁸ Det er gjort flere grep for å avdekke om kommende eller nybakte foreldre har psykiske helseutfordringer. I nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen er det en anbefaling at jordmor og/eller fastlege bør identifisere gravide med risiko for angst, depresjon og psykiske helseproblemer. I nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det en sterk faglig anbefaling om at foreldres psykiske helse og trivsel bør tematiseres i konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet.

Kvinner og familier under oppfølging i svangerskap og etter fødsel bør gjøres kjent med at det finnes en rekke ressurser som er utviklet for å gi mer kunnskap som kan være til hjelp for den enkelte og pårørende. Det finnes kunnskap om hva som fremmer god mental helse, hva som kjennetegner fødselsdepresjon og tips og råd om hva kvinner og familier selv kan gjøre for å fremme god helse og mestring. Informasjon finnes både på helsenorge.no og på Folkehelseinstituttets nettsider. «Mamma Mia» er et universalforebyggende selvhjelpsprogram rettet mot gravide og nybakte mødre. Formålet er å støtte kvinnen på veien til å bli mor, og være en støtte og hjelp i de første viktige månedene etter fødsel.

Stortinget har bedt regjeringen utrede behovet for behandlingssenter hvor mor kan være sammen med barnet ved alvorlig fødselsdepresjon. Helsedirektoratet har kartlagt tilbudene til gravide med fødselsdepresjon. Kartleggingen viser at det finnes universelle tilbud som helsestasjonsprogrammet for gravide, ulike forebyggings- og lavterskeltilbud i kommunene, og tjenestetilbud i kommunene og behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er en utfordring at tilbudene ikke er godt nok kjent,

⁸ Helsedirektoratet (2023). Oppdrag om fødselsdepresjon, kartlegging av dagens situasjon.

det er ulik kompetanse og uklare ansvarsforhold mellom de kommunale tilbudene og mellom de kommunale og spesialiserte tjenestene.

Antallet kvinner med alvorlig fødselsdepresjon som krever sykehusinnleggelse er lavt, ifølge Helsedirektoratet. Direktoratet anbefaler ikke at det etableres egne behandlingssentre, men at:

- ☀ Utredning og behandling gis innenfor tilbudene som allerede er bygget opp i kommuner og i spesialisthelsetjenesten.
- ☀ Kommuner sørger for tilstrekkelig tilgang på psykisk helsetjenester til kvinner med fødselsdepresjon.
- ☀ Helsepersonell har oversikt over det helhetlige tilbudet og at kunnskapen om fødselsdepresjon blant helsepersonell heves.
- ☀ Samarbeidsavtalen mellom sykehus og kommuner om jordmørtjenester omfatter svangerskapsomsorg, fødselshjelp og barselomsorg. Avtalene bør bl.a. omfatte samhandling om oppgaver, inklusive risikoutsatte kvinner, familier og barn og samarbeidstiltak for kompetanseoverføring.

7.3 Et bedre tilbud til gravide med behov for ekstra oppfølging

Regjeringen vil arbeide for at gravide med ekstra behov for oppfølging får et godt og tilpasset tilbud. For å utjevne helseforskjeller og bedre kvinne- og barnehelse, er det nødvendig med mer kunnskap, økt kompetanse og tilpassede tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. En offentlig styrt og finansiert helsetjeneste er avgjørende i kampen mot økte sosiale og geografiske forskjeller i helse. Innvandrerfamilier utgjør en større andel familier med vedvarende lavinntekt.

Gravide med avhengighetsproblematikk, gravide som er utsatt for vold, gravide med psykiske plager og lidelser

Helsedirektoratet peker på at det kan gi stor helsegevinst med god oppfølging av blant annet gravide som bruker rusmidler, gravide som er utsatt for vold og gravide med alvorlige psykiske lidelser. Selv om nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale faglige veiledere gir klare faglige føringer, påpeker Helsedirektoratet at det er uønsket variasjon i tilgjengelighet til tjenester som skal nå sårbare gravide, deres familier og nyfødte. Det er behov for tettere samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehus og tverrsektorielt samarbeid i kommunen. «Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler» skal bidra til god oppfølging av gravide som bruker rusmidler. Noen kommuner benytter tiltak for sårbare grupper som kan identifiseres i svangerskapet, f.eks. programmer som «Tidlig inn», «Sammen på vei» og «Nye familier». Noen sykehus har tjenester rettet mot gravide med psykiske helseutfordringer eller rusmiddelproblemer, som f.eks. «Ullevål-team» ved Oslo universitetssykehus som i 40 år har hatt tilbud til sårbare gravide, og «Barneblikk», som er et tilbud til gravide og småbarnsfamilier med rusmiddelproblemer eller psykiske vansker i samarbeid mellom sykehus og kommuner i Møre og Romsdal.

Det er behov for å gjøre veiledere og retningslinjer bedre kjent, vektlegge sårbare gravide i helseutdanningene og øke kompetansen i helse- og omsorgstjenesten om kvinner og familier med særskilte behov. Se nærmere omtale av implementering av kunnskap i tjenesten i kapittel 6.

7.3.1 Likeverdige helsetjenester til gravide med minoritetsbakgrunn

Andelen fødsler med mødre som har innvandret til Norge økte fra 19,9 prosent i 2008 til 28 prosent i 2021.⁹ Kvinner med innvandrerbakgrunn har oftere lavere inntekt og utdanning og dårligere levekår enn kvinner i majoritetsbefolkningen. Levekårsforskjellene, kultur og språk kan medføre økt forekomst av fødselskomplikasjoner og økt risiko knyttet til fødsel og dødfødsel. Et godt tilbud til innvandrerkvinner som skal føde kan bidra til utjevning av forskjeller i helse og bedre kvinne- og barnehelse. Gravide med minoritetsbakgrunn er en spesielt sårbar gruppe i fødselsomsorgen. Utfordringene handler ifølge Folkehelseinstituttet blant annet om at:

⁹ Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken: 12481samlet fruktbarhetstall og antall levendefødte for innvandrerkvinner, etter morens landbakgrunn. <https://www.ssb.no/statbank/table/12481/tableViewLayout1/>

- ☀ Innvandrerkvinner har generelt økt forekomst av fødselskomplikasjoner og perinatal dødelighet (dødsfall i perioden fra 22. svangerskapsuke fram til og med første uke etter fødsel) er høyere for barn født av mødre fra enkelte afrikanske og asiatiske land enn for kvinner født i Norge.
- ☀ Det er ulik forekomst av svangerskapskomplikasjoner mellom ulike innvandrergupper.
- ☀ Mange kvinner med innvandrerbakgrunn har begrenset helsekompetanse og trenger tilrettelagt kommunikasjon.

Innvandrerkvinner har økt risiko for en rekke negative svangerskaps- og fødselsutfall, og kan ha nytte av et bedre tilpasset helsetilbud.¹⁰ Et bedre tilpasset helsetilbud kan bidra til likeverdige helsetjenester og redusere graden av fødselskomplikasjoner som f.eks. alvorlige fødselsrifter, svangerskapsdepresjon og økt perinatal dødelighet. Nasjonalt forskningssenter for kvinnehelse har flere forskningsprosjekter om fødsels- hjelp og innvandrerkvinnens helse. Regjeringen ønsker å øke forskningen om gravide med minoritetsbakgrunn gjennom Nasjonalt forskningssenter for kvinnehelse.

Kjønnslemlestelse er forbudt i Norge. Det er anslått at det per 2013 var om lag 17 300 jenter og kvinner i Norge som har blitt utsatt for kjønnslemlestelse.¹¹ Kjønnslemlestelse kan ha store fysiske og psykiske konsekvenser for den som blir utsatt for det, og kan føre til infeksjoner, kroniske smerter, psykiske traumer, seksuelle problemer, fødselskomplikasjoner og økt fare for dødfødsler. Gravide som kan ha vært utsatt for kjønnslemlestelse, bør få samtale og informasjon om hvilken hjelp de kan få for å forebygge komplikasjoner som kan oppstå ved fødsel. Kvinnene kan henvises til gynekologisk poliklinikk for vurdering og eventuell åpnende inngrep i god tid før fødsel.

I regjeringens opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner inngår tiltak for å forebygge og videreutvikle behandlingstilbudet til jenter og kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse.

7.3.2 Helsekompetanse og kommunikasjon

Helsestasjoner, fastleger og sykehus bør forbedre kompetansen innen helsekommunikasjon og kulturforståelse for å ivareta gravide med minoritetsbakgrunn. Arbeid for et tilpasset helsetilbud kan omfatte kursing av helsepersonell og befolkningen.

Hvis ikke bruk av fysisk tolk er mulig ved språkbarrierer, kan helsepersonell vurdere andre tiltak for å lette kommunikasjonen f.eks. tolk via app, skjermtolk eller telefon-tolk. Det finnes også programmer som gir god undervisning til den gravide i forkant av fødsel. Helsedirektoratet har laget nettsiden zanzu.no som gir språk- og kulturtilpasset informasjon om seksuell helse, graviditet og fødsel, inkl. amming.

Det er gode erfaringer med flerkulturell doula som et tiltak for trygghet. En flerkulturell doulas oppgave er å gi den gravide hjelp til å finne fram til tilbudene i helsetjenesten og være til stede under fødselen for å gi trygghet, støtte og bidra til mestring. Tilbudet er rettet til nyankomne kvinner i en sårbar livssituasjon. Det ble

¹⁰ Helse blant personer med innvandrerbakgrunn – FHI

¹¹ <https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/utbredelse-av-kjonnsllestelse-i-norge.pdf>

bevilget to mill. kroner til doulatilbudet i 2023. Midlene er videreført i 2024. Regjeringen er opptatt av likeverdige og tilrettelagte helsetjenester for minoritetskvinner, og ønsker å videreutvikle doulaordningen ved at ordningen etableres i flere helseforetak hvor det er mange kvinner med innvandrerbakgrunn.

Helsekompetanse og digitale ferdigheter er viktig. Digitale ferdigheter inngår i Kultur- og likestillingsdepartementets handlingsplan for økt inkludering i et digitalt samfunn. Godt integrerte innvandrere har lav risiko for digitalt utenforskap. Lite integrerte utenlandske kvinner har ifølge handlingsplanen høyere risiko for ikke å få tilgang til offentlige tjenester. De regionale helseforetakene arbeider med å styrke helsepersonells kompetanse i helsekommunikasjon og øke kvaliteten i helsehjelp til personer med innvandrerbakgrunn.

Fødselsforberedende filmer på ulike språk er utviklet i samarbeid mellom Sanitetskvinnene, Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Filmene er tilgjengelige på hels norge slik at de kan benyttes av alle helsestasjoner, fastlegekontorer og fødeavdelinger ved sykehus.

7.4 Bedre bruk av ressurser og personell

Regjeringens mål er god bruk av ressurser og personell. Tilgang til fagfolk er en av de største utfordringene framover i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Bedre bruk av ressurser og personell handler om å utvikle og opprettholde gode arbeidsmiljøer hvor medarbeidere kan oppleve jobbtilfredshet. Det handler videre om å utdanne og rekruttere flere, bruke fagfolkene bedre gjennom samarbeid mellom kommuner og sykehus og om heltidsstillinger. Det handler også om kompetanseutvikling og hensiktsmessig oppgavedeling. Arbeidet for å beholde personell må intensiveres. Den brede tilnærmingen til personell og kompetanse omtales i kapittel 5 og omtalen der gjelder også for personell i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

7.4.1 Utdanning og kompetanseutvikling

Arbeidet for å utdanne flere spesialsykepleiere, inkludert jordmødre, er i gang. Det ble gjennom behandlingen av statsbudsjettet for 2022 bevilget midler til 300 nye studieplasser til sykepleierutdanning og videreutdanning i sykepleie. I tildelingsbrevet for 2022 ba Kunnskapsdepartementet universiteter og høyskoler med sykepleierutdanning om å øke opptaket med 200 studieplasser til sykepleierutdanning innenfor uendret rammebevilgning. Det er utviklet en ny forskrift om nasjonale retningslinjer for jordmorutdanningen som definerer sluttkompetansen for kandidater som har fullført jordmorutdanningen. Alle universiteter og høyskoler som tilbyr jordmorutdanning følger denne fra august 2023. Det er tildelt midler til mer enn 3 200 nye studieplasser i høyere yrkesfaglig utdanning siden 2018, og fylkeskommunene har i stor grad prioritert helse- og velferdsfag i fordelingen av studieplassmidlene til fagskolene. Regjeringen vil legge fram en egen melding til Stortinget om profesjonsutdanningene i 2024, og en egen melding til Stortinget om høyere yrkesfaglig utdanning i 2025.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet pågår det et arbeid i helseforetakene for å utdanne flere fagarbeidere som kan arbeide i helse- og omsorgssektoren.

Helse- og omsorgstjenestene er store aktører for å fremme kompetanseutvikling for egne ansatte, blant annet som ansvarlige for gjennomføring av legers spesialistutdanning. Det er et arbeidsgiveransvar å arbeide systematisk for å kartlegge og identifisere kompetansebehov, og å planlegge for hvordan behovene kan dekkes.

I 2022 ble det bevilget til sammen 64 mill. kroner til opprettelse av utdanningsstillinger for jordmødre og ABIOK-sykepleiere¹² i sykehus. Satsingen fortsatte i 2023 med bevilgninger til oppstart av 200 nye stillinger. Samlet ble det bevilget 224 mill. kroner til formålet i 2023, som er videreført i 2024.

7.4.2 Jordmødre, helsesykepleiere, leger og spesialistgodkjenning

Gjennom øremerket tilskudd og rammetilskudd til helsestasjons- og skolehelse-tjenesten, er antall årsverk i denne tjenesten betydelig styrket. Det er likevel rekrutteringsutfordringer, særlig for helsesykepleiere. Samtidig med økning i jordmorårsverk i kommunene, har sykehusene fått større utfordringer med å rekruttere

¹² ABIOK-sykepleiere omfatter anestesisykepleiere, barnesykepleiere, intensivsykepleiere, operasjonssykepleiere og kreftsykepleiere.

jordmødre. Fra 2024 er et kriterium i tilskuddsregelverket at kommuner med jordmødre med delte stillinger mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal prioriteres ved øremerket tilskudd til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Helsedirektoratet har i samarbeid med relevante aktører utredet ulike modeller som kan føre til offentlig spesialistgodkjenning av bl.a. jordmødre og helsesykepleiere. Offentlig spesialistgodkjenning kan være et viktig virkemiddel for å rekruttere, utvikle og beholde jordmødre og helsesykepleiere i den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil starte arbeidet med å etablere offentlig spesialistgodkjenning for bl.a. jordmødre, helsesykepleiere og øvrige sentrale sykepleiergrupper.

Fastleger og leger med spesialitet i fødselshjelp og kvinnesykdommer er sentrale i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. De regionale helseforetakene vurderer at spesialister innen fødselshjelp og kvinnesykdommer er blant spesialistgruppene hvor det er behov for strategisk oppmerksomhet. Bakgrunnen er bl.a. høy alder blant overleger, utfordringer med å finne kvalifiserte søkere, utdanning av for få spesialister sett opp mot behovet og høy turnover.¹³ Situasjonen kan være ulik mellom regioner og helseforetak. Det er den gjeldende situasjon som skal legges til grunn ved vurderinger av opprettelse av blant annet stillinger for leger i spesialisering. Fastlegene er omtalt i avsnitt 7.2.1.

7.4.3 Heltid, bemanning og arbeidsmiljø

Det er mange som jobber deltid både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten, også innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Andelen deltid for jordmødre i spesialisthelsetjenesten er 50 prosent¹⁴ og 46 prosent i kommunene.¹⁵ Selv om mange jobber deltid, har samtidig mange høye stillingsandeler og det er også helsepersonell som har flere ansettelsesforhold. Gjennomsnittlig stillingsandel for jordmødre under 62 år er 88 prosent.¹⁶ Heltid er viktig for å gi arbeidstakerne medvirkning, trygghet og forutsigbarhet. Økt omfang av heltidsstillinger gir årsverksvekst og er positivt for rekruttering. Det er over flere år blitt stilt krav om å utvikle heltidskultur og redusere deltid i spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen er opptatt av et godt og trygt arbeidsliv. Det er stilt krav til helseforetakene om å arbeide systematisk med god ivaretagelse av medarbeidere, og planer for å rekruttere, beholde og utvikle personell. På en fødeavdeling er arbeidsbelastningen mer uforutsigbar enn i de fleste andre sykehusavdelinger. Det må være beredskap 24 timer i døgnet. Dette gir en høy belastning, ofte med natt- og helgearbeid gjennom hele yrkeskarrieren, og er forhold som må vektlegges i det systematiske arbeidsmiljøarbeidet. Det er grunnleggende for å bidra til trivsel, hindre store turnover, ivareta de ansattes helse, forebygge sykefravær og å beholde ansatte i arbeid i helse- og omsorgstjenestene gjennom yrkeslivet.

¹³ Helsedirektoratet (2020). Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten

¹⁴ Tall fra Spekter, per 2021. Referert i NOU 2021: 4

¹⁵ Helsedirektoratet (2022). Årsrapport for Kompetanseløft 2025

¹⁶ Jia, Zhiyang, Tom Kornstad, Nils Martin Stølen og Geir Hjemås (2023). Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040, SSB rapport 2023/2

Selv om Norge er et av de tryggeste landene i verden å føde i, er fødselsomsorgen et fagområde hvor faglige avgjørelser og svikt kan få store konsekvenser, både for mødre som i utgangspunktet er friske og for barnet. Et godt arbeidsmiljø er en forutsetning for god pasientsikkerhet, sammen med et systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

7.4.4 God oppgavedeling mellom personell

Det er nødvendig å styrke arbeidet med hensiktsmessig oppgavedeling i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Arbeidsgiver har ansvar for å sørge for at personellgrupper får brukt tiden og kompetansen på en god og effektiv måte. Ifølge Helsepersonellkommisjonen gjør knapphet på personell det nødvendig å kartlegge oppgavens omfang, innhold og ansvarsforhold, de ansattes kompetanse, hvilke kompetansebehov virksomheten har, og bemanne i henhold til behovet. Det vil også være nødvendig å vurdere om personell uten formell helsekompetanse kan bidra i sterkere grad til å utføre oppgavene.

Regjeringen er i gang med et fagarbeiderløft som en del av omstillingsprosessen helse- og omsorgstjenestene må gjennom. For å sørge for at oppgavene ivaretas på riktig kompetansenivå, må kompetanse bygges nedenfra. I svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen har barnepleiere en fagarbeiderkompetanse som supplerer andre personellgruppers kompetanse, slik at de samlet dekker kompetansebehovet som er nødvendig for å gi gode og trygge tjenester.

Fagskoleutdanning i barsel- og barnepleie er en høyere yrkesfaglig utdanning som bygger på fagopplæring fra videregående skole. Tidligere var barnepleiere vanlig både på fødeavdelinger og på helsestasjoner, men antallet har gått ned. Disse har imidlertid høy kompetanse med observasjon og oppfølging av nyfødte barn og kan bidra til hensiktsmessig oppgavedeling og en helhetlig kompetansesammensetning i barselomsorgen både i sykehus og i kommune. Utdanningen kan også tas som videreutdanning for sykepleiere og vernepleiere.

De regionale helseforetakene fikk i revidert oppdragsdokument for 2023 i oppdrag å arbeide for å fremme riktig oppgavedeling og vurdere og systematisere kompetansebehovet i ulike arbeidsprosesser. Regjeringen vil legge til rette for arbeidet med oppgavedeling. Tørn er et program for å fremme forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer som skal bidra til bedre bruk av helsepersonellens kompetanse og tid. Tørn er også viktig i arbeidet for å fremme heltidsstillinger, ansatte med formell helsefaglig kompetanse og støtte opp om arbeidet for god oppgavedeling, jf. kapittel 5.

7.4.5 Utprøving av nye modeller for sambruk av personell

Regjeringen vil styrke arbeidet med sambruk av personell i spesialisthelsetjenesten, og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Sambruk av personell er en variant av det Helsepersonellkommisjonen betegner som «hus og hytte», eller kombinerte stillinger. Ansettelsesformen innebærer at ansatte har en kombinert stilling med flere arbeidssteder. Det kan bidra til å få vaktssystemet til å gå bedre rundt og at flere jobber heltid. God tilrettelegging, koordinering og ivaretagelse av ansettelsesforhold må tillegges vekt, slik at bruk av kombinerte stillinger blir attraktivt både for arbeidstaker og arbeidsgiver. Det må også legges til rette for forankring av slike stillinger i partssamarbeidet.

Sambruk av personell og kombinerte stillinger kan brukes i samarbeid mellom kommuner og helseforetak og mellom og internt i henholdsvis kommuner og helseforetak. Personellet må gis nødvendig opplæring, slik at overgangen mellom stillingssteder blir trygg og hensiktsmessig både for arbeidstaker, kolleger og arbeidsgiver. Samarbeid om personell på tvers av enheter kan gi andre positive effekter – som felles rutiner, større fleksibilitet og læring på tvers av enhetene. Slike stillinger kan også bidra til kompetanseoverføring, kompetanseutvikling og kompetanseheving. Det vises til avsnitt 7.4.2 for omtale av tilskuddsregelverk til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, hvor det fra 2024 er et kriterium at jordmødre med delte stillinger skal prioriteres ved øremerket tilskudd.

Boks 7.9 Sambruk av personell

I helseregionene er det utbredt erfaring med sambruk av jordmødre mellom helseforetak og kommuner:

- ☀ I Helse Vest gjennomfører Helse Bergen en pilot med Bergen kommune der jordmor er ansatt i 100 prosent stilling i helseforetaket og har 50 prosent tjeneste ved fødeavdeling på sykehus og 50 prosent tjeneste i Bergen kommune.
- ☀ I Helse Nord er det erfaring med sambruk av personell gjennom kombinerte stillinger, salg av jordmortjenester til kommuner, drift av fødestuer og samarbeid om følgetjeneste for gravide.
- ☀ I Helse Sør-Øst har Sykehuset Innlandet, Tynset og omkringliggende kommuner samarbeidet i flere år og det kommunale tilbudet er i sin helhet organisert med jordmødre som er ansatt i helseforetaket.
- ☀ I Helse Midt-Norge har Helse Møre og Romsdal erfaring med jordmødre som jobber både i svangerskapsomsorgen i kommunen og ved føde- og barselavdelingen ved sykehuset. Disse har ansettelsesforhold både i kommuner og sykehus.

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet er ment å gjøre det enklere for kommuner og sykehus å samarbeide om felles planlegging, tjenesteutvikling og gode pasientforløp for de fem prioriterte pasientgruppene gjennom helsefelleskapene, jf. kapittel 4. Midlene skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner. I tildeling av midler skal det legges vekt på at midlene skal tilrettelegge for lokale løsninger i opptaksområdet til de minste sykehusene (akutt-sykehus og sykehus uten akuttfunksjoner). Midlene vil kunne brukes til samarbeid om tjenesteutvikling innenfor ulike fagområder. For områder med rekrutteringsutfordringer kan det være behov for å prøve ut nye organiseringsformer hvor man i større grad ser personell i sammenheng på tvers av kommuner og sykehus. Et eksempel på dette er tettere samarbeid om tilbudet til kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barsel, gjennom kombinerte stillinger på tvers av kommuner og sykehus.

Helse Nord RHF ble tildelt 200 mill. kroner for 2024 til å beholde og rekruttere personell, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2023–2024). Tilskuddet har som

formål å stabilisere personellsituasjonen i eksisterende helse- og sykehusstilbud. Midlene skal legge til rette for å ivareta varige behov gjennom faste stillinger og å begrense bruken av innleid personell. Behovene innen psykisk helsevern, akutt-funksjoner og føde- og barselomsorgen skal vektlegges. Midlene kan også benyttes til å opprette utdanningsstillinger for legespesialister og annet spesialisert personell som jordmødre, intensivsykepleiere og psykologspesialister.

De regionale helseforetakene skal intensivere sitt pågående arbeid for sambruk av personell. Modeller for sambruk av personell er særlig relevant for helsefelleskapenes arbeid for å skape mer helhetlige og sammenhengende tjenester til kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barsel. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å kartlegge muligheter for kombinerte stillinger, i samarbeid med sykehus og kommuner. Det skal arbeides systematisk for å identifisere og endre eventuelle regulatoriske og andre hindringer. Erfaringene skal tilgjengeliggjøres på egnet måte. Kommunene anmodes om å vektlegge interkommunalt samarbeid og arbeide for å fremme sambruk av personell der det er formålstjenlig.

Utgitt av: Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling av publikasjoner:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00
Publikasjoner er også tilgjengelige på:
www.regjeringen.no

Omslagsfoto/illustrasjon: Melkeveien

Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
03/2024 – opplag 50

