



JORDMORFORBUNDET NSF

Jordmorforbundet NSF's innspill til høring av forslag til ny forskrift for helsestasjon- og skolehelsetjenesten

Jordmorforbundet NSF har hatt høringen til vurdering blant våre medlemmer. Våre kommentarer er knyttet både til forskriftsteksten, og til høringsnotatets beskrivelser. Regjeringen har satt som mål å styrke helsetjenestene til barn og unge, herunder utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Jordmorforbundet NSF mener denne lovendringen er et godt steg i riktig retning:

«Nytt første punktum i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd skal etter det lyde: "For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster." Endringen innebærer en tydeliggjøring av krav til kjernekompetanse.

Jordmorforbundet NSF's hovedsynspunkt: De viktigste arenaene for den kommunale jordmortjenesten er i helsestasjonen, skolehelsetjenesten og i brukernes hjem. Fremtidens jordmortjeneste i kommunen må endre finansieringssystem til normering med statlig finansiering. Basert på fremtidige normtall bør loven endres fra «skal ha knyttet til seg» til kommunen skal ha jordmortjeneste svarende til normtall fremlagt av Helsedirektoratet for å oppfylle ansvar presentert i §3.2.

Ny § 3-3 a skal lyde: "Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep." Forslaget innebærer en tydeliggjøring av virksomhetenes systemansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Ovennevnte lovendringer trer i kraft fra 1. januar 2018.»

Kapittel 4 Departementets vurderinger og forslag

4.1 Merknader

Retningslinjene ivaretar det som tidligere ble presisert i merknadene, og vi mener dette gir mindre rom for tolkinger og misforståelser. Det bør tydeliggjøres at retningslinjen er bindende på likt nivå som merknader til forskrift.

4.2 utfordringer

Det har vært en betydelig satsing på tjenesten siden 2013, men en stor del av midlene tiltenkt styrking av tjenesten er benyttet til andre formål av kommunene. Regjeringens bevilgninger på nær en milliard over de siste Statsbudsjett har ikke ført til den ønskede styrkingen av jordmortjenesten, som er beskrevet i Regjeringserklæringen. Av nær en mrd. bevilget til å styrke helsestasjon og

skolehelsetjenesten i forrige regjeringsperiode, er jordmortjenesten styrket beskjedent med til sammen 87 nye jordmorårsverk (1). Jordmortjenestens ansvarsområde og oppgaver er også økt i samme periode. Status i dag er manglende jordmortilbud i mange kommuner. Lav jordmordekning gir i tillegg lange ventelister hos de fleste jordmødre der det eksisterer en kommunal jordmortjeneste. Av samlede årsverk helsestasjons- og skolehelsetjenesten på landsbasis er om lag 10 prosent av årsverkene i kommunehelsetjenesten knyttet til svangerskaps- og barselomsorg, og dette utgjør totalt 424,5 årsverk. Av disse er det ansatt 344 jordmorårsverk som skal ivareta 60.000 gravide og minst like mange nyfødte årlig. Totalt er det ansatt 390 jordmorårsverk i kommunehelsetjenesten. Disse tallene fra Helsedirektoratets nasjonale kartlegging fra 2016 viser at jordmordekningen i kommunene er svært lav. Langt flere kommuner enn tidligere har nå under et halvt årsverk som jordmor. Gjennomsnittlig stillingsbrøk for jordmor i kommunen er på 60 prosent, og kun 1 av 6 jordmødre jobber heltid.

Det er altså ikke et reelt valg for kvinner å velge jordmor i svangerskapsomsorgen til tross for at forskning viser at jordmoroppfølging i svangerskapet har klart best resultater å vise til. Gravide og fødende hevder at svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen fremstår som fragmentert og er et lite sammenhengende tilbud. I fagmiljøet har det vært reist spørsmål om tilbudet er trygt nok og holder tilfredstilene faglig kvalitet. På bakgrunn av dette har regjeringen fremmet St.meld. nr. 12 (2008-2009). Regjeringen har også fremmet en Stortingsmelding for samhandling hvor målet er å tilby et mer helhetlig helse- og omsorgstilbud. Den er ment som et tiltak for å tilrettelegge for systemer som skal bidra til effektiv samhandling mellom tjenester og tjenestenivåer. Disse stortingsmeldingene kan sees i sammenheng i og med at begge legger vekt på forankring av lokal jordmortjeneste. Det vektlegges en framtidig organisering og struktur for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i primær- og spesialisthelsetjenesten. Målet er bedre utnyttelse av ressurser og personell, slik at tjenesten i framtiden kan skape helhetlige pasientforløp (48. 49 s.7-8 og s.35 ??). Det er en politisk målsetting å organisere jordmortjenesten slik at omsorgstilbudet til gravide, fødende, og barselfamilier skal være mest mulig sammenhengende og sømløst. For å sikre best utnyttelse av ressurser i helsesektoren, har samhandlingsreformen innført begrepet “beste effektive omsorgsnivå” (BEON) Det er ønskelig at hoveddelen av svangerskap og barselomsorgen skal være en førstelinjetjeneste i samsvar med BEON prinsippet (36 s.19). Det er foreslått at kommunene må styrke jordmortjenesten, slik at gravide har reelle valg. Få og små jordmorstillinger gir begrenset tilbud til gravide. Flere blir avvist og får ikke tilbud om svangerskapsomsorg hos jordmor (40 s.17). Kommuner har ofte løst dette problemet med å overlate mer av svangerskapsomsorgen til fastlegene. For kommunene er denne strategi lønnsom. Fastlegen er selvstendig næringsdrivende og således ingen utgiftspost for kommunen. ()

Jordmormangelen fører til at jordmødres potensiale i å møte befolkningens behov for helsetjenester blir ikke godt nok utnyttet. Et eksempel er at jordmødre har fått utvidete oppgaver som rekvireringsrett for alle typer prevensjon til alle kvinner over 16 år. Jordmødre er utdannet til å ta celleprøver og sette inn spiraler og ivareta kvinnehelse i et livsløpsperspektiv. St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg har skapt forventninger om at tilbudet i barselomsorgen skal styrkes. Retningslinjen bidrar til tydelige faglige anbefalinger, slik at helsepersonell, pasienter og brukere kan ha en klar oppfatning om hva jordmortjenesten bør omfatte. Jordmorforbundet NSF mener at for at kommunen skal ivareta sitt ansvar i jordmortjenesten må det også settes inn vikarer ved ferier og sykdom. Det må være en forpliktende, tilgjengelig og likeverdig jordmortjeneste uavhengig av hvor du bor i landet.

4.3 Forskriftsforslagets generelle bestemmelser

4.3.1 Om formål

Jordmorforbundet NSF støtter forslaget som er i tråd med anbefalingene i ny faglig retningslinje. Barn og unge er spesielt sårbare for økende sosiale ulikheter, som også gir konsekvenser for helse. Tjenesten i seg selv er et integrerende og utjevnende tiltak, her møter nær alle gravide og barnefamilier, og barn følges opp fra fødsel gjennom hele skoleløpet.

Jordmors forebyggende og helsefremmende arbeid

Jordmortjenesten har oppgaver innen mødre -, perinatal -, seksuell - og reproduktiv helse. Familieperspektivet ivaretar kvinnen, inkluderer partneren og sørger for at barnet får en så god start som mulig. I svangerskapsomsorgen og fødselshjelpen bidrar tjenesten med å redusere og identifisere risiko og sykkelighet for kvinner og barn under graviditet, fødsel og spedbarnstid. Regjeringens satsningsområder omfatter kvinner i reproduktiv fase. Jordmortjenesten møter målgruppen og kan bidra med å forebygge og avdekke:

- Sosial forskjeller og fattigdom
- Forebygging av diabetes og overvekt
- Røykfri graviditet
- Screening for depresjon, vold i nære relasjoner og rus
- Kjønnsmislikhet
- Tvangsekteskap
- Reduksjon av sykefravær
- Forebygging av uønskede svangerskap og svangerskap hos tenåringer

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal være forutsigbare tjenester med lave terskler. Det bør være enkelt å ta kontakt for å få samtale eller kontroll. Grunnlaget for god folkehelse legges både før og i svangerskapet og gravide er ofte motivert for å endre sine levevaner, til beste både for egen og barnets helse. Graviditet er en normal fysiologisk prosess, og friske kvinner med normale svangerskap trenger en annen tilnærming og oppfølging enn syke gravide. Begge grupper trenger imidlertid omsorg, støtte og veiledning. I tillegg trenger syke gravide pleie og behandling, og kan trenge oppfølging i både spesialist- og kommunehelsetjeneste. Det skal ikke være noe konkurranseforhold mellom friske og syke gravide om ressurser, men tjenester som gis bør være tilpasset den enkelte. Det helsefremmende og forebyggende aspektet innebærer at friske også skal ha tilgang på gode og kunnskapsbaserte tjenester. (2)

Svangerskapsomsorgen som tilbys er et omfattende forebyggende og helsefremmende program. Oppslutningen om tjenesten er god og gravide går til oppfølging både hos jordmor og lege. Den jordmorfaglige innsatsen tar sikte på å styrke, støtte og bistå kvinnen og familien gjennom hele dette forløpet.

En god svangerskapsomsorg og tidlige hjemmebesøk kan bidra til at rusproblemer, tilknytningsvansker og vold i hjemmet kan avdekkes på et tidlig stadium, og det kan iverksettes livsnødvendige tiltak tidlig. Ved time hos jordmor i svangerskapsuke 8-12 gjennomføres tidlig livsstilssamtale. Kvinnene kan selv velge om de vil gå til jordmor eller fastlege i graviditeten. I dag er ikke valget reelt på grunn av stor jordmormangel. For gravide som har et kommunalt jordmortilbud blir ofte den første jordmortimen satt opp først langt ut i svangerskapet på grunn av kapasitetsutfordringer (3). Dette kan være for sent i forhold til å forebygge, avdekke og avverge vold

og seksuelle overgrep. Anslag viser at mellom 8 000 og 16 000 personer blir utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk i Norge hvert år (4). Voldtekt er et av de mest voldelige og traumatiserte overgrep en kvinne kan utsettes for. Tallene viser at det omhandler mange unge kvinner og er et folkehelseproblem. Jordmødre som følger opp gravide erfarer at temaet kan være taust og skambelagt, og krever tillit som opparbeides ved gjentatte møter. Derfor er det viktig å fange disse kvinnene opp gjennom å tilby kontinuitet i svangerskapsomsorgen. Under graviditet er kvinner ofte mer motivert for å snakke om vonde opplevelser for å ivareta sitt ufødte barn og for å mestre egen fødsel i best mulig grad. Antall spedbarn som utsettes for vold i Norge øker voldsomt. Forebyggende tiltak med tett oppfølging av sårbare gravide er nødvendig for å hindre at barn fødes inn i vold. Barns oppvekstvilkår kan bedres gjennom tidlig innsats i svangerskapet til utsatte grupper. Jordmødres arbeid under svangerskapet med å styrke sårbare familier og forberede dem på foreldrerollen står helt sentralt i dette arbeidet.

Vold rammer flere enn vi tror, det er tabubelagt og oppdages i alt for liten grad av helsevesenet. Vold i nære relasjoner berører minst 7 prosent som opplever at far mishandler mor, eller 2 prosent som opplever at mor mishandler far, sier tall fra Justis- og politidepartementet. I tillegg øker antall spedbarn som utsettes for vold. Rundt 5 prosent av alle barn i Norge blir utsatt for grov vold, og når det gjelder livstruende vold er det snakk om mellom 10 og 12 tilfeller i året, ifølge rettsmedisiner Torleiv Rognum. Alle gravide skal i dag få spørsmål om vold under svangerskapet av jordmor, og om andre forhold som er vanskelige på hjemmebane. Hvis mor har vært utsatt for vold nå eller tidligere i livet vet vi at dette gir økt risiko for voldsbruk. Jordmødre skal også spørre, allerede på hjemmebesøket like etter fødsel, hvordan mødre og fedre takler sinne og irritasjon fordi babyen for eksempel gråter. En undersøkelse fra Sanitetsforeningen viser at årsaken til at jordmødre i for liten grad spør gravide om vold er mangel på jordmorsressurser, gjennom at jordmor ikke har tid eller mulighet til å opparbeide et tillitsforhold med kvinnen, da hun ser henne for lite i svangerskapet (5). Forsker Lena Henriksen konkluderer med at årsaken til at kvinner ikke blir spurt om vold av jordmor henger sammen med for lav jordmordekning, og at kvinnene kommer for sent i svangerskapet til jordmor.

Den første samtalen med jordmor tidlig i svangerskapet kartlegger også øvrige risikoforhold innen levevaner som alkoholbruk, rus, medisinbruk, overvekt, kosthold osv. Det er mors helse i svangerskapet som gir grunnlag for barnets helse. DOHaD-prosjektene (Developmental Origins of Health and Disease) har kartlagt betydningen av epigenetikk. Et av hovedfunnene i DOHaD-prosjektene er at miljøet i fosterlivet (for eksempel ernæring) kan påvirke helsen resten av livet. For eksempel vil et barn som er født underernært ha økt risiko for overvekt og hjerte-kar sykdommer senere i livet. Barn født av kvinner med svangerskapsdiabetes har økt risiko for selv å få diabetes og fedme senere i livet, uavhengig av gener. Miljøet i mors liv spiller med andre ord en rolle for helsen til neste generasjon. For å få maksimal effekt av forebyggende medisin må fosterets miljø fra befruktningstidspunktet og gjennom svangerskapet være så optimalt som mulig. Kvinnens helse— og ernæringstilstand ved starten av svangerskapet og gjennom svangerskapet blir derfor viktig for hele befolkningens helsetilstand (6). Dersom myndighetene ønsker å legge til rette for at den særlige oppmerksomheten treffer riktig og forebyggende i jordmortjenesten, må jordmortjenesten styrkes tilsvarende og normeres. Eksempelvis Asker kommune viser til gode resultater med tidlig livsstilssamtale og «jordmor hjem». Prosjektet førte til flere henvisninger til psykiatri, rusoppfølging og lege fordi man oppdaget forhold tidlig. (Leder av prosjektet var Hege Marie Ås, som nå arbeider i Helsedirektoratet.)

Tall fra 2012 viser at innvandrere hadde færre helsekonsultasjoner enn befolkningen for øvrig (7). Ikke-vestlige kvinner har også en økt risiko for dødfødsler i Norge. Her har svangerskapsomsorgen en viktig oppgave, og dette er ofte kvinner som sjelden blir sett og hørt. Det å tilrettelegge for en trygg og tilgjengelig helsetjeneste for kvinner i alle livets faser, og økt bruk av tolketjenester er nødvendig for å kunne skape likeverdige helsetjenester i landet. Prevensjonsveiledning og familieoppfølging er

også sentrale oppgaver som gjør at jordmødre kan gi et helhetlig tjenestetilbud. Et forsterket jordmortilbud slik Grorud Helsestasjon tilbyr, når sårbare kvinner i bydelen med gratis prevensjon og full opplutning i celleprøvetaking, en tilgjengelig helsestasjon for ungdom, og en utbedring av Studenthelsetjenesten vil skape et godt og naturlig tilbud for landets befolkning.

4.3.2 Om virkeområde

Vi viser her til punkt 4.2

4.3.3 Svalbard og Jan Mayen

Innbyggerne her må ha den samme rett til likeverdige og tilgjengelige tjenester som resten av befolkningen vår.

4.4 Om kommunens ansvar for helsestasjons- og skolehelsetjeneste

4.4.1.1 Tjenester kommunen skal tilby

Høringsnotatet vektlegger omsorg for gravide og barselfamilier i større grad og innfører begrepet svangerskapsomsorg, og dette støttes av Jordmorforbundet NSF. I følge faglige nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen i Norge skal omsorg for gravide kvinner utføres av jordmor eller allmennlege. Omsorg til kvinner med normale svangerskap bør gis av jordmor eller allmennlege, eller gjennom et samarbeid mellom allmennlege og jordmor. Utviklingen av denne tjenesten krever et godt samarbeid mellom jordmor og allmennleger. Jordmorforbundet NSF mener at det er naturlig at faglig leder for svangerskapsomsorgen og barselomsorgen er jordmor. I Norge skal systemet, i hvert fall i teorien, fungere slik at alle gravide selv kan velge oppfølging hos enten jordmor eller lege, eller en kombinasjon. Meningen er at jordmor skal spille en sentral rolle. Men i praksis klarer ikke samtlige av landets kommuner å gi alle gravide som vil ha oppfølging hos jordmor et slikt tilbud, da Helsedirektoratets kartlegging av jordmortjenesten (2016) viser mangler og store variasjoner.

4.4.1.2 Kompetanse

Jordmorforbundet NSF mener at krav til kompetanse bør spesifiseres nærmere. Kompetansekrav som blir presisert i revidert helse- og omsorgstjenestelov gjelder for hele kommunehelsetjenesten. Det er derfor viktig at det står noe om dette også i forskriften for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dvs. at kjernepersonellet; jordmor, helsesøster, lege og fysioterapeut spesifiseres i forskriften.

Jordmorforbundet NSF mener det må defineres at jordmødre er en del av grunnkompetansen i helsestasjonene. Gravide som går til jordmor føder friskere barn født nærmere termin og har flere naturlige fødsler. Jordmoroppfølging også friskere kvinner og barn etter svangerskapet (8). Dette understreker viktigheten av at det stilles krav til kompetanse i svangerskapsoppfølgingen, gjennom krav om en kommunal jordmortjeneste. Det skal være lege, fysioterapeut, jordmor og helsesøster i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det står i høringsnotatet at «tjenesten eller virksomheten må selv vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette». Dette bør kun gjelde *etter* at kjernekompetansen er sørget for, og i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven. Det tilføyes at kommunen i tillegg til å ansette «kjernepersonell» har et ansvar for å knytte til seg aktuell kompetanse i tråd med kommunens folkehelseutfordringer.

Helsestasjonene favner og understøtter ei normalutvikling. Det er derfor ikke hensiktsmessig å underlegge helsestasjonene en integrert kurativ primærhelsetjeneste. Familiens Hus modellen må satses på i framtiden, som har vist seg å ha særlig effekt i forhold til de mest sårbare familiene. Tjenestene må styrkes med et sterkere fokus på tverrfaglig samarbeid med denne modellen. Det vil føre til bedre forebygging og mere effektive tjenester som i større grad er tilpasset befolkningens

behov. Først og fremst er det viktig at jordmødrene utrustes slik at de blir i stand til å fylle nåværende rolle på en god måte. Det forutsetter at jordmortjenestene styrkes betydelig og at kompetansetiltak iverksettes. Jordmorforbundet NSF ser behov for et nasjonalt utviklingscenter som ivaretar vedlikehold av kompetanse for jordmødrene og implementering av nye oppgaver i praksis.

Det bør vurderes om andre lavterskeltilbud enn fastlegen kan møte utfordringer knyttet til kvinnehelse. Jordmor har muligheten til å tilby familien kontinuitet i oppfølgingen fra svangerskapet starter, under fødselen og gjennom barseltiden, og i tillegg kan kvinnen ta sin seks ukers kontroll etter fødsel hos jordmor. Jordmor har også mulighet til å følge opp den stadig mer sammensatte gruppen av gravide kvinner der vi har eldre førstegangsfødende, flere kvinner med minoritetsbakgrunn, og økende andel kvinner med alvorlig grunnlidelse. Det at kvinner har en reell valgmulighet for å gå til jordmor under svangerskapet, vil kunne være med på å avlaste fastlegeordningen, og sikre en bedre kvalitet i svangerskapsomsorgen. Utvidet forskrivningsrett til prevensjonsmidler for alle kvinner i reproduktiv alder også for de under 16 år, er også et viktig moment for å bedre folkehelsen.

Kapasiteten på jordmorutdanningen må økes og finansieringsmodellen for jordmortjenesten må endres for å sikre befolkningen et likeverdig jordmortilbud i landet.

4.4.1.4 Om ledelse av virksomheten

Krav til ledelse er sentralt i tjenesten og må presiseres tydeligere i høringsnotatet. Jordmorforbundet NSF støtter en profesjonsnøytral administrativ ledelse, men vil presisere at dette krever fagledere med utdanning og kompetanse innen ansvarsområdet. Utkastet til forskrift skiller ikke på administrativ og faglig ledelse, og det mener vi er uheldig. Helsedirektoratet og sagt følgende i sin lovforklaring: *«Å ha faglig ledelse for helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil blant annet innebære å sørge for at tjenesten er i stand til å gjennomføre de oppgavene tjenesten er ilagt gjennom lov og forskrift på en forsvarlig måte. Dette innebærer for eksempel å sørge for at tjenesten har personell med riktig kompetanse for de oppgavene som skal løses og at personellet får tilstrekkelig opplæring i veiledere og retningslinjer som gjelder for tjenesten. I mange kommuner vil det være relevant for en faglig leder å følge opp flere av kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten»*. Det vil være naturlig at faglig leder for svangerskapsomsorgen og barselomsorgen er jordmor.

4.4.1.5 Brukerbetaling

Tjenesten skal være et lavterskeltilbud med befolkningsansvar for et bestemt geografisk område. Det er viktig at tjenesten er tilgjengelig og gratis for å motvirke sosiale ulikhet.

4.4.3 Taushets- og opplysningsplikt

Overskriften burde være helsepersonellens taushetsplikt, opplysningsplikt **og avvergelsesplikt**.

4.5 Om tilbudet i helsestasjons -og skolehelsetjenesten

4.5.1 Om krav til innhold i helsestasjonstjenesten

Ansvar for følgetjenesten med nødvendig beredskap for gravide og fødende ble overført fra kommunene til de regionale helseforetakene i 2010. Vaktberedskapen med følge jordmor er et lokalt kommunalt ansvar. Følgetjeneste av jordmor er et tilbud til alle fødende og gravide, risikogravide, truende for tidlige fødsler, blødninger, lite liv, og akutte tilstander i svangerskapet. Hensikten er å unngå for tidlig innleggelse eller unødige konsultasjon. Kommuner med følgetjeneste med jordmorberedskap har mulighet for fødsel i nærmiljøet ved raske fødsler. Jordmor kan bistå hjemme eller på en fødestue. Hensikten er å unngå transportfødsler. Jordmor reiser sammen med fødende når det er transport av gravide med risiko og truende tidlige fødsler (2). Helseforetakene og kommuner skal inngå felles avtaler om jordmortjenesten som sikrer forsvarlighet i fødselsomsorgen.

Jordmorforbundet NSF mener derfor at «Sørge for ansvaret» for følgetjenesten må tydeliggjøres i krav til innhold i helsestasjonstjenesten. Jordmorforbundet NSF mener at med sentraliseringen av fødselsomsorgen og strenge seleksjonskrav, så må det sikres at en forsvarlig følgetjeneste av jordmor kommer på plass. Dette organiseres tilfeldig de fleste steder i landet. Jordmorforbundet NSF savner også at Helsestasjon for ungdom burde nevnes som et eget punkt i forskriften som en del av tjenesten.

Hjembesøk

I Norge er det store variasjoner og ingen lik praksis når det gjelder håndtering og oppfølging av barselkvinner. For få tiår siden var kvinnen innlagt på barselavdelingen i fem til syv dager. I dag er det stadig flere som reiser hjem 1-2 døgn etter vaginal fødsel og fra to til fire dager etter keisersnitt. Organiseringen av helsetjenesten er endret etter samhandlingsreformen, med redusert liggetid etter fødsel der barseloppfølging av spedbarn og mor i større grad er flyttet til hjemmet. Å være en frisk barselkvinne er ikke synonymt med at en ikke har behov for omsorg og hjelp. En faglig forsvarlig barselomsorg skal ifølge Helsedirektoratet gjelde alle kvinner og inneholde elementer som:

- En vurdering av kvinnens generelle tilstand og helse, etterriker, blødninger, problemer med bristninger og rifter i forbindelse med fødselen og smertelindring.
- Veiledning og hjelp i forbindelse med å etablere ammingen. Vurdere nyfødtes behov og utvikling. Tidlige tiltak i forbindelse med ammeproblemer kan forebygge problemer
- Generell veiledning til nybakte foreldre.

Når barselkvinner reiser tidlig hjem etter fødselen skal barseloppfølging med jordmor i kommunen gi det barseltilbudet barselkvinnen og spedbarnet ellers ville fått på sykehuset. Jordmor vurderer slappe og lite sugevillige barn, følger opp forhøyete bilirubin verdier og lavt blodsukker, vurdering av blødninger og problemer med sår og rifter. Helsestasjonen har tilbud på dagtid i ukedagene, og det kan være det er lang avstand til fødeavdelingen. På denne bakgrunn er det behov for tilgjengelig jordmorberedskap 24 timer i døgnet syv dager i uken. Jordmortilgjengelighet for barselkvinnene forebygger en rekke unødige problemer og senker stressnivået slik at foreldrene kan konsentrere seg om å få gode rutiner og opparbeide trygghet og mestring i foreldrerollen. En tilgjengelig jordmortjeneste i kommunen kan bidra til å forebygge innleggelse og unødige legekontakter. I dag er det en uavklart situasjon for familier som reiser hjem tidlig. Kontakten med helsestasjonen er ikke godt nok etablert, og oppgavene er ikke tydelig avklart mellom foretak og kommunene. Rutinene med hjemmebesøk fra helsestasjon er ulike, og mange får ikke hjemmebesøk før etter to uker. (2) Jordmorforbundet NSF mener at det må tydeliggjøres at alle har krav på tilbud om hjemmebesøk av jordmor. Forskriften må følge gjeldende retningslinjer for barselomsorgen (9).

Retningslinjen for barselomsorgen sier:

For kvinner og nyfødte hvor det vurderes som like trygt med oppfølging i hjemmet/lokalt som i føde-/barselavdeling, anbefales ett hjemmebesøk av jordmor innen første–andre døgn etter hjemreisen. For kvinner med gode erfaringer fra tidligere fødsel, amming og barseltilbud tilbys det ett hjemmebesøk av jordmor i løpet av de tre første døgnene etter hjemreisen. For kvinner med vanskelig ammestart, komplisert fødselsforløp, ambulans fødsel / hjemmefødsel eller familier i en risikosituasjon bør det tilbys ytterligere hjemmebesøk i løpet av den første uken etter fødselen. Det anbefales hjemmebesøk av helsesøster til alle nyfødte. Første besøk bør gjennomføres 7.–10. dag etter fødselen. Utover dette foreslås det en konsultasjon / et hjemmebesøk mellom 14. og 21. døgn etter fødselen.

Jordmormangelen fører til at det ikke blir mulig å følge opp Helsedirektoratet sine retningslinjer om barselbesøk av jordmor til tross for redusert liggetid på sykehus etter fødsel. Ammehjelpens kartlegging viser at kun en av ti får i dag tilbud om tidlig hjemmebesøk av jordmor 1-3 dager etter fødsel (10). Dette er ikke i tråd med Barselretningslinjene, eller med Beon prinsippet. Helsetilsynet

har gjennomført tilsyn og påpeker at tjenestetilbudet ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til den korte tiden kvinnene er på sykehuset, og at det oppstår en kritisk periode fra de reiser ut fra sykehuset til det er en reell kontakt med helsestasjonen. Spedbarn og mor som har født følges ikke opp i tråd med faglige normer. Etter jordmors barseloppfølging av mor, spedbarn og far/medmor skal helsesøster overlappet etter en uke til fjorten dager etter fødsel og ivareta barnet. Barselkvinnen tar ofte sin etterkontroll etter fødsel hos jordmor rundt 6. uke etter fødsel og diskuterer eventuelle behov for prevensjon og har evt. mulighet til å få satt inn spiral og ta celleprøve hvis ønskelig. Perioden fra mor og barn utskrives fra barsel til de får kontakt med helsestasjonen ved den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er rapportert som bekymringsfull.

Jordmortjenesten har den spesielle kompetansen kvinnene, spedbarnet og nybakt familie trenger, og som de tidligere har fått av jordmor på barseloppholdet på sykehuset. Jordmortjenesten kan også ta enkle tester av barnet og eventuelt mor som tidligere ville bli tatt på sykehuset. Jordmorforbundet NSF mener det er behov for utvidet åpningstid på helsestasjoner for økt tilgjengelighet, når barseloppfølging er flyttet fra sykehus og til hjemmet. Spedbarn er avhengig av at ernæring fungerer tilfredsstillende, og mors blødningsmengde rett etter fødsel må også kontrolleres nøye, og slik livsnødvendig jordmorhjelp kan ikke vente til over helgen. Vi må tilpasse oss endringene i tjenestetilbudet og samtidig ivareta brukernes behov og ønsker. Jordmorforbundet NSF mener det bør sikres tjenester slik at retningslinjene for barselomsorgen følges opp. Dette innebærer opprettelse av eksempelvis interbydels-telefon, bemannet av jordmor, som sykehusene kan bruke for å varsle når kvinner drar hjem når helsestasjonen eventuelt er stengt. Jordmorforbundet NSF ønsker en utredning av mulighet for vektkontroll, nyfødtscreening, bilirubinsjekk og hørselsscreening på helsestasjon, slik at familiene slipper å reise unødig til fødeavdelingen. Sentraliseringen av fødesteder gir lang reisevei for mange familier. Den korte barseltiden på sykehuset kan føre til økt stress for familiene i en hektisk og sårbar tid ved gjentatte reiser til poliklinikk ved sykehus for testing, prøver, undersøkelser og vurderinger.

Jordmorforbundet NSF reagerer på at forslaget til forskrift ikke pålegger tjenesten å utføre hjemmebesøk på et bestemt tidspunkt, eller gi et bestemt antall hjemmebesøk. Det er opp til kommunen, eventuelt i samarbeid med regionalt helseforetak, å vurdere hvordan tjenesten organiseres, og det er opp til helsestasjonen å vurdere behov for hjemmebesøk/oppsøkende virksomhet i det enkelte tilfellet. Dette mener vi er uheldig og kan gi store variasjoner i tilbudet til befolkningen. Det er påvist sammenheng mellom graden av oppfølging i barseltida og depresjon og ammefrekvens og at deprimerede kvinner ammer mindre enn andre (10). Tilknytningen mellom mor og barn etter fødselen kan påvirkes av depresjon, en god tilknytning til moren er nødvendig for god psykisk helse hos barnet. I Storbritannia er det standard med syv hjemmebesøk av jordmor den første måneden etter fødsel.

4.5.2 Om krav til innhold i helsetjeneste i skoler

Skolehelsetjenesten må være et tilgjengelig og likeverdig tilbud som arbeider for å identifisere elever med helsemessige problemer, og forebygge disse. Barnets hjemmesituasjon kan være en del av utfordringen som påvirker skolesituasjonen, og det vil derfor være viktig å bruke hjembesøk som metode også i skolehelsetjenesten.

4.5.3 Barnevaksinasjonsprogrammet

Jordmorforbundet NSF støtter at det synliggjøres i forskrift at barnevaksinasjonsprogrammet skal gjennomføres i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

4.6 Om folkehelsearbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Generelt avspeiler forskriften en forståelse av helsestasjon og skolehelsetjenesten som et kommunalt organ for å kontrollere og overvåke helsen til barn og unge. De helsefremmende aspektene ved tjenesten er ikke nevnt annet enn i forhold til psykisk helse, og da i svært generelle formuleringer. Jordmorforbundet NSF savner omtale av folkehelsearbeidet i tjenesten i kapitlet.

5 Økonomiske og administrative konsekvenser

Kommunen skal tilrettelegge helse- og omsorgstjenestene sine slik at de drives forsvarlig, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Dette innebærer blant annet at tjenestene som ytes skal være av god kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Plikten til å sørge for forsvarlige tjenester stiller krav til at virksomheten planlegger og iverksetter nødvendige tiltak for å sikre at de ulike tjenestene som ytes til enhver tid er forsvarlige. Plikten stiller også krav til at det gjennomføres organisatoriske og systemmessige tiltak som gjør det mulig for helsepersonell å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse som følger av helsepersonelloven § 4 (Prop. 91 L (2010-2011)).

I rapporten «*Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*» ble det anbefalt en normering for skolehelsetjenesten for henholdsvis barne-, ungdoms- og videregående skole. Normeringen knyttet seg til årsverk for helsesøstre, leger og fysioterapeuter. Det ble ikke gjort en normering for jordmortjenesten. For denne tjenesten ble det gjort et separat utredningsarbeid, jf. oppfølging av St. melding nr. 12 (2008-2009) «En gledelig begivenhet». Jordmorforbundet NSF mener at normtall for jordmortjenesten vil være viktig for å oppnå målet om et godt og likeverdig tjenestetilbud for brukerne, uavhengig av kommunetilhørighet. Vi mener også at en styrket rapportering om tjenestetilbudet er viktig for å evaluere om etterlevelsen av eksisterende og presiserte krav for jordmortjenesten er god nok. Dersom det på sikt blir en bindende minimumsnorm knyttet til årsverk for jordmortjenestene, vil årsverksopplysninger vise i hvilken grad kommunene oppfyller normkrav. To ulike rapporter fra Helsedirektoratet har påpekt behovet for å normere og styrke jordmor- og helsestasjonstjenesten for å oppnå bedre tilgjengelighet, kvalitet og kontinuitet på tilbudet (2010). Rapportene viser blant annet at tjenestene er mangelfullt og ulikt dimensjonert i forhold til oppgavene helsepersonell er pålagt å løse. Nye oppgaver medfører ikke automatisk flere ressurser for å løse oppgavene, som gjerne kommer gjerne i tillegg til eksisterende oppgaver. Helsedirektoratet har i mange år vist til nødvendigheten av og potensialet i en styrking av den kommunale jordmortjenesten. I sin rapport «*Utviklingsstrategi for jordmortjenesten (2010)*» har de fremmet forslag om flere tiltak for å styrke jordmortjenesten. Direktoratet viser til at jordmortjenesten i kommunene er ujevnt fordelt og dekningen av jordmødre ikke er tilfredsstillende. I anbefalingene understrekes det at gravide kvinner og deres familier skal ha færrest mulige å forholde seg til gjennom hele prosessen slik at kontinuitet og faglighet styrkes, men lav jordmordekning hindrer oppfølging av faglige retningslinjer og stortingsvedtak. Helsedirektoratet påpeker i sin rapport at en utvikling og kvalitetsforbedring av en samlet jordmortjeneste er ensbetydende med kapasitetsøkning. Marginale ressurser er et dårlig utgangspunkt for forbedring av kvalitet. Den politiske satsningen som er varslet spesielt innen barselomsorgen og jordmortjenesten i kommunene er hilst velkommen av fagpersoner, brukerorganisasjoner og Nasjonalt råd for fødselsomsorg. Kapasitetsøkning vil bedre rekrutteringen, øke nødvendig kompetanse, styrke fagmiljøet og gi uttelling for brukerne av tjenestene. Helsedirektoratet vil bort fra dagens ordning i kommunehelsetjenesten hvor majoriteten av jordmødrene jobber alene i små deltidstillinger. En generell styrking jordmortjenesten vil innebære samling av tjenestetilbudet i et geografisk område. Regelen bør være at ingen jordmor alene utgjør en jordmortjeneste. Helsedirektoratet foreslår i rapporten følgende tiltak for å styrke jordmortjenesten både med hensyn til kapasitet og kvalitet:

1. Koordinerte jordmortjenester i kommune- og spesialisthelsetjenesten

På bakgrunn av intensjonene i samhandlingsreformen er det behov for en overgripende og koordinert organisering, oppgave- og funksjonsfordeling. Hovedoppgaven er å gi et helhetlig tjenestetilbud til brukerne og fleksibel bruk av jordmortjenesten.

2. Fagutviklingsjordmor

Forskning, kompetanseheving og tjenesteutvikling skal bidra til helhet og tverrfaglighet. Begge tjenestenivåer har lovpålagt ansvar for å medvirke og legge til rette for videre- og etterutdanning og for å holde faglige kvalifikasjoner ved like. Fagutviklingsjordmødre er ansvarlig for opplæring av nyansatte, studenter, forskning, utvikling og implementering av prosedyrer, rutiner og kvalitetsutvikling.

3. Moderne distriktsjordmor - ambulant og kjentjordmor ordning

Ambulant jordmortjeneste tilsvarer dagens ordning med følgetjeneste med døgnerberedskap. I tillegg tilbys svangerskaps- og barselomsorg. Ambulant jordmortjeneste er en beredskapsløsning og vil dekke behovene for jordmor der det er lengre vei til fødeinstitusjon. Det kan også være en del av tilbudet i tilknytning til frittstående fødestuer i distriktet. Kjentjordmor - tjeneste representerer noe nytt. Denne modellen kan forankres i kommunehelsetjenesten. Kjentjordmor - tjeneste består av en gruppe jordmødre som sammen yter tjeneste til kvinner i forbindelse med helhetlig oppfølging i svangerskap, fødsel og barseltid. Jordmødrene følger kvinnen gjennom hele forløpet også under fødselen. Begge ordningene gir kontinuitet i oppfølgingen og medfører en styrking av barseloppfølgingen utenfor institusjon.

4. Nybegynnerstillinger

For nyutdannede jordmødre er det behov for å opprette egne nybegynnerstillinger som hele årsverk for å sikre at alle nyutdannede jordmødrene kommer ut i tjeneste etter endt utdanning. Verdifull kompetanse og læring går ellers tapt. Mange vil vegre seg for å begynne på en fødeavdeling etter en viss tid. Nybegynnerstillinger for nyutdannede jordmødre bidrar til kvalitets sikring av fremtidig jordmortjeneste og innfri stortingsvedtakene om sammenheng mellom tjenestenivåene. En implementering av en ny modell for helhetlig jordmortjeneste med ambulant og kjent jordmorordning også i utdanningen og blant nyutdannede jordmødre er et sentralt forslag for å styrke jordmortjenesten.

5. Kompetanseløft

Det er behov for en kvalitetsmessig heving og styrking av kunnskapsbaserte jordmortjenester. Helsedirektoratet anbefaler et kompetanseløft med fokus på kvalitetsarbeid i forbindelse med tilrettelegging av helhetlige tjenester. Fagutviklingen kan knyttes til implementering av faglige krav til fødeavdelinger og helhetlige jordmortjenester, utvikling av kvalitetsindikatorer og system for oppfølging av disse.

6. Lov og forskrift

Stortinget har sluttet seg til en styrking av barselomsorgen som ledd i en differensierte svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg som et samarbeid mellom kommunene og helseforetakene. På denne bakgrunn er det nødvendig å sikre befolkningen rett til jordmortjenester og krav til organisering og tilbud gjennom tydeligere regulering i lov og forskrift. Rett til nødvendig helsehjelp omfatter rett til nødvendige helsetjenester, herunder forebyggende og helsefremmende tjenester. En tydeligere lovforankring i lov og forskrift vil styrke jordmortjenesten både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. (2)

Tilsyn med helsestasjonsvirksomheten i 50 kommuner viser variasjoner mellom disse kommunene. Generelt beskriver Helsetilsynet en tjeneste hvor styringen er overlatt til helsestasjonspersonellet. Resultatet er at gravide, barselkvinner og barn ikke følges opp i tråd med faglige normer. Helsemyndighetene har ikke konkretisert tydelig nok hvem som har ansvar for hva innenfor ulike deler av forebyggende tjenester. Jordmorforbundet NSF mener at myndighetene og kommunene må i høyere grad sørge for systematisk overvåking, internkontroll og styring av virksomheten (10).

Helse- og omsorgsdepartementet gav i 2016 Helsedirektoratet i oppdrag å utrede mulige løsninger for en bindende minimumsnorm i skolehelsetjenesten, og helsestasjonstjenesten. Direktoratet foreslår i rapporten en ikke bindende bemanningsnorm. Begrunnelsen er at en juridisk bindende bemanningsnorm vil være et for stort inngrep i det kommunale selvstyret, og vil begrense

mulighetene for å tilpasse bemanningen i tjenesten etter lokale behov. Det foreslås at normen skal omfatte jordmor, helsesøster, lege og fysioterapeut.

Helsedirektoratet anbefaler at det heller utarbeides en anbefalt (ikke-bindende) bemanningsnorm i en egen veileder. Veilederen bør ta utgangspunkt i Helsedirektoratets rapport Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2010 og oppdatere og videreutvikle denne basert på ny Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Helsedirektoratet mener at en bærekraftig kommunejordmortjeneste er nødvendig i hele landet. Det gjelder både i områder med lang reisevei til fødeinstitusjon, større byer og i regioner hvor strukturen for fødetilbudet endres. En god jordmortjeneste er en nødvendig del av tjenestetilbudet til innbyggerne i kommunene for å yte grunnleggende tjenester som også er forebyggende og helsefremmende. Jordmorforbundet NSF mener at dagens takstsystem ikke bidrar til å styrke jordmortjenesten og heller ikke til den ønskede aktiviteten i tjenesten. Et slikt aktivitetsfinansieringssystem passer ikke for jordmortjenesten. Systemet har heller ikke medført flere privatpraktiserende jordmødre eller styrket rekrutteringen slik det var tenkt. Jordmorforbundet NSF mener den eneste måten å få til den reelle jordmorsatsingen, som regjeringen ønsker seg er å innføre en faglig normering etterfulgt av statlig lønnstilskudd. Det vil medføre like forhold mellom jordmødre og allmennleger i svangerskapsomsorgen, og bidra til å styrke følgetjenesten av jordmor til gravide i fødsel med over en og en halv time reisevei til fødested for fremtiden. Det vil være mulig å dra ut lønnsmidler knyttet til dagens jordmorårsverk i bunnen og utvikle et helhetlig finansieringssystem for kommunejordmødrene.

Jordmorforbundet NSF mener disse virkemidler må på plass for å sikre en god og helhetlig oppfølging av jordmødre:

- Likestilling av finansielle vilkår for svangerskapsomsorgen. *Kommunene har i dag begrensede økonomiske insentiver for å styrke jordmortjenesten sammenliknet med å la fastlegen utføre all svangerskapsomsorg. Kommunenes utgifter til svangerskapsomsorg utført av fastlegene dekkes gjennom per capita tilskuddet, og det økonomisk gunstige for kommunen er derfor å la fastlegene utføre svangerskapskontrollene i sin private praksis (12).* Fastleger er statlig finansiert. Jordmortjenesten bør derfor også være statlig finansiert, kombinert med normtall. Kommuner som velger å ansette kommunejordmor betaler dette over kommunalt budsjett. Kommuner vil altså i dag tjene på å drive svangerskapsomsorg gjennom fastlegeordningen, eller ansette jordmor i en liten brøkstilling
- Formell henvisningsadgang til gynekolog. Dette har vært praksis i en årrekke, men er ikke omtalt i Forskriften som regulerer henvisningsadgang
- Sykemeldingsadgang vil bidra til en mer helhetlig oppfølging og bidra til å redusere unødvendige sykmeldinger i svangerskapsperioden.

Med vennlig hilsen

Jordmorforbundet NSF
Leder Hanne Charlotte Schjelderup

Referanser:

1: Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet 2016).

2: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/265/Utviklingsstrategi-for-jordmortjenesten-tjenestekvalitet-og-kapasitet-IS-1815.pdf>

- 3: <https://www.aftenposten.no/norge/i/8vzw/Jordmormangel-i-hele-landet>
- 4: <https://forskning.no/helsetjeneste-helseadministrasjon-svangerskap-vold/2011/03/fodsel-kan-vekke-voldtekstraumer>
- 5: https://www.sanitetskvinnene.no/sanitetskvinnene/Gravide+blir+ikke+spurt+om+vold.b7C_wBrGYO.ips
- 6: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/L0aVV/Fodt-sann-er-mer-enn-gener>
- 7: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/halvparten-av-innvandrerne-til-fastlege>
- 8: <http://forskning.no/forebyggende-helse-menneskekroppen-svangerskap/2013/08/mor-og-barn-tjener-pa-jordmor-oppfolging>
- 9: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- 10: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/RdRor/Ammehjelpere-Barselomsorgen-er-i-krise-Kapasiteten-var-er-fullstendig-sprengt>
- 11: Eberhard-Gran M, Slinning K, 2007, Eberhard-Gran M, et al, 2003
- 12: [Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten. Oslo: Helsetilsynet; 2012.1.](#)