

Høringer på regjeringen.no

Takk for ditt høringsvar

Kvittering og en kopi av høringsvaret er sendt til: lena@jordmorforeningen.no

Merk at det kan ta litt tid før du mottar kvitteringen, da eventuelle vedleggsfiler skal gjennom en viruskontroll.

Ditt høringsvar vil først vises på regjeringen.no etter at svaret er blitt manuelt godkjent.

Avgitt høringsvar

Tidspunkt for innsending: 13.08.2023

Høring - NOU 2023: 5 Den store forskjellen

Avgi høringsvar

Innspill til NOU 2023: Den store forskjellen fra Den norske jordmorforening (Dnj).

Den norske jordmorforening takker for muligheten til å komme med innspill til NOU2023: Den store forskjellen. I tjenestene der jordmødre primært jobber ser vi flere eksempler på at kvinners helse har lav status, tjenester nedprioriteres og kvinners stemme ikke får gjennomslag. En sviktende kunnskapsbro, eller manglende vilje til å ta i bruk kunnskap, hemmer samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Slik vi vurderer det er det et skrikende behov for tiltak som fremmer helhet og kontinuitet i helsetjenesten for gravide og fødende. NOU-en gir et overordnet bilde av utfordringene relatert til kvinnehelse. Like fullt, Dnj har en rekke innspill som adresserer mangler knyttet til debatt om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Dnj er enige i at helsetjenesten har vært nedprioritert over tid og at tjenesten mangler anerkjennelse og systematisk satsing. For å sikre geografisk balanse og et likeverdig tilbud i fremtidens svangerskap-, fødsel- og barselomsorg ber vi derfor komiteen lese våre innspill nøye og inkludere de i endelig utgave av NOU-en.

Vi ønsker å påpeke at det som blir avgjørende fremover er at utredningens ulike anbefalinger og tiltak blir fulgt opp.

Den norske jordmorforening poengterer at særskilt følgende punkter bør prioriteres når utredningen oppdateres:

*Kvinnens stemmer må høres innen svangerskap, fødsel og barseltiden. Hva de ønsker av tjenestene er beskrevet i flere rapporter og studier.

* Tydeliggjøre hvor viktig det forebyggende aspektet relatert til en god svangerskapsoppfølging, fødselshjelp og barselomsorg er og hvordan denne perioden er med kvinner videre i livet. God omsorg er en sentral forutsetning for god helse både for kvinnen, barnet og familien. Manglende oppfølging kan få varige konsekvenser.

*Styrke bemanning ved landes fødeavdelinger så alle kvinner får tilstrekkelig støtte og omsorg under fødsel og på barselavdelingen. Fødeavdelinger er akuttavdelinger om må bemannes deretter.

Innspill knyttet til etniske minoriteter/migranter

Kapittel 1, tiltak 23: Utvalget skriver: Øke helsekompetansen til ulike befolkningsgrupper.

Å øke helsekompetansen til ulike befolkningsgrupper med lav helsekompetanse er et godt tiltak, men tiltaket har et ensidig fokus. I tillegg til å bedre kvinnens evne til egenomsorg, bør skisserte tiltak gjenspeile samfunnsansvaret vi har for de som uavhengig av tiltak stadig har lav helsekompetanse.

Som dere allerede poengterer er det ikke uvanlig at kvinner med innvandrerbakgrunn ikke forstår informasjonen som blir gitt i helsevesenet (1) Videre ser vi et underforbruk av profesjonelle tolketjenester (2). Et eksempel på en kvinne med innvandrerbakgrunn som ikke mottok den hjelpen hun trengte i Norge etter innvandring kan vi lese om i Ukoms rapport fra 2021 (3). Rapporten er skrevet for at vi som samfunn skal kunne lære av hendelsen, og i rapporten skisseres en rekke mangler i helsetjenesten i møte med kvinner på flukt og spesielt de som får opphold gjennom familiegjennføring i Norge. Rapporten viser at sårbare innvandrerkvinner gjerne ikke kjenner sine egne rettigheter og at dette svekker rettsikkerheten deres. Rapporten tar utgangspunkt i drukningstragedien som fant sted i Tromsø i desember 2019, der en kvinne fra Sør-Sudan med kort oppholdstid i Norge druknet seg selv og sine døtre. Migrasjon er et komplekst fenomen, og for å bedre helsetjenesten for kvinner med kort botid eller lav helsekompetanse foreslår vi derfor at følgende tiltak legges til listen over allerede skisserte tiltak: 1. Utvikle strategier som sikrer at helsetjenester gjøres kjent i bredden av miljøer, 2. Ha kulturtilpasset helseinformasjon tilgjengelig på ulike språk og i ulike format, inkludert skriftlig, bruk av illustrasjoner og video, 3. Styrke helsepersonells kompetanse i møte med sårbare kvinner, som de med kort botid i Norge eller har lav helsekompetanse, og 4. Økt fokus på behovene til en økende gruppe kvinner med innvandrerbakgrunn i helsefaglige utdanninger

Kapittel 6, underkapittel 6.4 Etniske minoriteter: I underkapitlet skriver dere blant annet følgende når dere beskriver mulige årsaker til dårlig helse blant etniske minoriteter: *Dette henger blant annet sammen med lavt utdannings- og sysselsettingsnivå, manglende språkkunnskaper og helsekompetanse og opplevelser med diskriminering og minoritetsstress.* Vi ber dere legge til flere forklaringsmodeller, som mangel på tillitt til helsevesenet etter migrasjon (4) og at innvandrere gjerne oppsøker helsehjelp sjeldnere sammenlignet med lokalbefolkningen eller det som anbefales i nasjonale retningslinjer (5,6). Vi ber også om at ordlyden «manglende språkkunnskaper» erstattes med «språkbarrierer». Vi ber om sistnevnte endring fordi vi ser et underforbruk av profesjonelle tolketjenester (2), og fordi ansvaret i primært blir liggende på kvinnen med den ordlyden som formuleringen har i dag. Etter en kort presentasjon av mulige årsaker til forskjeller i utfall ber vi om at følgende poeng blir lagt til: Kvinner med innvandrerbakgrunn kan også være forbundet med bedre helseutfall sammenlignet med lokalbefolkningen, som lavere risiko for svangerskapsforgiftning sammenlignet med norskfødte (7). Det er derfor viktig å understreke at tiltak knyttet til etniske minoriteter bør skisseres slik at de forebygger både under- og overbehandling av etniske minoriteter.

Kapittel 6, underkapittel 6.4.1.1 Svangerskaps- og fødselskomplikasjoner: I underkapitlet skriver dere at innvandrerkvinner stod for mer enn en firedel av alle fødsler i Norge i 2016. Vi foreslår at påstanden oppdateres med tall fra Medisinsk fødselsregister (MFR) rapportert for året 2021 (8). Ifølge MFR ble det født 56 678 barn i Norge i 2021, hvorav 40 853 barn ble født av en mor som selv er født i Norge. Kjappe beregninger viser da at 27,9% av barna som ble født i Norge i 2021 ble født av en mor med innvandrerbakgrunn, altså vil en kunne beholde eksisterende ordlyd, men oppdatere årstallet. Ordlyden i påfølgende setning på imidlertid kvalitetssikres ved eventuell oppdatering av første setning.

Kapittel 6, underkapittel 6.9.2 Komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid, tiltak 43, utvalget skriver: Styrke tilbudet om flerkulturell doula for gravide: For at tiltaket skal være vellykket er det avgjørende at de flerkulturelle doulaene får opplæring og at deres rolle er klart definert. En svensk studie har vist at det fremfor alt er kommunikasjonen mellom kvinnen og omsorgspersonene som styrkes av doulaens tilstedeværelse (9).

Innspill relatert til kapittel 9, Ungdom og unge kvinner

Kapittel 9, Underkapittel 9.8.2 Seksuelt overførbare infeksjoner Utvalget påpeker at det er bekymringsfullt at kvinner ikke følger anbefalingene i Livmorhalsprogrammet. om livmorhalskreft: Vi vil påpeke at jordmødre kan bidra mer når et gjelder å ta livmorhalsprøver. I enkelte kommuner får de ikke utstyr eller støtte til å gjøre dette og det er unødvendig når flere kvinner velger å gå til jordmor for etterkontroll etter fødsel eller allerede ser på jordmor som en aktuell prøvetaker fordi de kjenner henne fra svangerskapet.

Innspill relatert til kapittel 10, Kvinner i etableringsfasen

Kapittel 10 underkapittel 10.7.2 Kvalitet i fødselsomsorgen

Rapporten nevner at på tross av en trygg fødselsomsorg skjer det uønskede hendelser som kunne vært unngått. En viktig kilde til kunnskap om kvinners og barns helse under svangerskap og fødsel som ikke nevnes i utredningen, er systematisk gjennomgang av behandlingsforløpet ved alvorlig sykdom og dødsfall hos mor eller barn. «Maternal and perinatal death surveillance», overvåking av maternelle og perinatale dødsfall, anbefales av WHO for å kartlegge årsak til alvorlige utfall og for å lære av medvirkende faktorer slik at helsetjenesten kan forbedres. Norge har rammeverk og digitale løsninger for innsamling av opplysninger, lagring og vurdering i rutinemessig gjennomgang av mødredødsfall og potensielt livstruende komplikasjoner hos kvinnen ved svangerskap og fødsel. Dette bør fremmes som et tiltak.

Rapporten anerkjenner at fødsel er mer enn en klinisk hendelse og skriver om betydningen å se på fødsel som en større begivenhet. Vårt innspill er at betydningen av en positiv fødselsopplevelse tydeliggjøres mer (10) og det er på høy tid at behovet for omsorg og ivaretagelse av den psykiske helsen ivaretas med tilstrekkelige ressurser. At dette ikke allerede er anerkjent er et godt eksempel på at kvinners stemmer ikke blir hørt, sviktende kunnskapsbro og en nedprioritering av tjenestene.

Kapittel 10, underkapittel 10.7.4 Følgetjeneste til fødende med lang reisevei

Vi foreslår å stryke første setning i første avsnitt, og starte avsnittet med utgangspunkt i siste setning i samme avsnitt. Begrepet «mange» er vagt, og det er trolig viktigere å understreke at det er kvinner som betaler prisen for sentraliseringspolitikken vi ser innen norsk fødselshjelp fremfor å hevde at det gjelder mange kvinner. Vi foreslår at dere starter med å skrive at det er store variasjoner i beregnet kjøretid til nærmeste fødeinstitusjon, og vi foreslår følgende ordlyd: «Det er store variasjoner i beregnet kjøretid til nærmeste fødeinstitusjon i Norge, der variasjonen spenner seg fra 3 minutt til 7 timers reisevei». Her kan samme kilde benytte som allerede står oppført (nr 737). En kan også legge til at det å beregne reiseveien til fødeinstitusjon i Norge gjerne kompliseres av faktorer som vær, kjøreforhold og fergetider.

Vi er enige i at det råder uenighet om kunnskapsgrunnlaget om risiko knyttet til lang reisevei til fødeinstitusjon. Generelt mener vi underkapittelet ikke er godt nok begrunnet i forhold til at det foreslås å opprettholde følgetjeneste til kvinner som har mer enn 1,5 timers reisevei fra eget hjem. Nyere forskning fra Sverige og Norge viser at risikoen for å føde ikke-planlagt utenfor institusjon øker allerede ved 30-60 minutters reisevei (11, 12). Det er også vist at risikoen for uønskede hendelser som perinatal død, og komplikasjoner som eklampsi og HELLP-utvikling, øker ved mer enn én times reisevei (13). Vi spør oss om foreslått grense er satt med tanke på mor og barns velferd eller kun med tanke på kostnad ved beredskap, spesielt ettersom jordmødre i utkantkommuner gjerne blir tilbudt små stillinger (ned mot 5% eller ved kjøpt tjeneste fra nabokommuner) og flere institusjoner blir foreslått sommerstengt eller nedlagt. Vi vil spille inn at kravet til følgetjeneste må anbefales endret fra 1,5 timers reisevei til 1 time.

Det er viktig å understreke at årsaker til at kvinner har behov for følgetjeneste kan være komplekse og sammensatte. I tillegg kan gravide ha behov for helsehjelp før termin, og at helsehjelp til barn som er født før termin krever rask behandling med høye krav til både kompetanse og utstyr. Det understrekes videre at oppholdstid i fødeinstitusjon har gått ned de siste årene, og ligger nå på et historisk lavt nivå. Det er ikke uvanlig at kvinner reiser hjem så tidlig som 6-8 timer eller fødsel. Denne endringen i barselomsorgen utfordrer også følgetjenesten ved at kvinner og nyfødte etter hjemreise kan ha et økt behov for akutt helsehjelp utenfor institusjon sammenlignet med det vi har sett tidligere.

Videre bør det presiseres at jordmor bør følge den gravide/fødende/nyfødte som ledsager i ambulanse, og ikke kjøre egen bil. Det er begrenset hvilken helsehjelp en jordmor kan tilby dersom jordmor ikke har tilgang til det nødvendige medisinske utstyret og assistansen som følger med ambulansetjenesten.

Hvorvidt følgetjeneste er benyttet bør dokumenteres i Medisinsk fødselsregister (MFR), spesielt med tanke på at det er større behov for denne tjenesten enn for det antall kvinner som faktisk føder ikke-planlagt utenfor institusjon, og da er det viktig å få en systematisk nasjonal oversikt over dette

I tillegg er det verd å nevne at dagens rutiner for akutt transport av nyfødte gjerne involverer et fåtall barneleger som stiller opp uavhengig av vaktordninger (muntlig fremlegg under Perinataldagene 2022, Helse

Vest). Sistnevnte punkt er det viktig at dere undersøker nærmere og får en klar oversikt over før føring for fremtidig praksis skisseres.

Kapittel 10 underkapittel 10.9.3 Amming Utredningen snakker om amming og viktigheten av amming. Når de påpeker at en del kvinner slutter å amme tidligere enn de hadde planlagt savner vi en tydeligere kobling til manglede omsorg i barselomsorgen og at kvinner etterlyser mer oppfølging og veiledning fra jordmor. Man kan anta at jordmormangel i sykehus, som særlig går utover barselomsorgen, vil føre til en øking av problemet. Følgende setning i underkapitlet: «*I dag finnes det flere initiativ som tilrettelegger for at barsel-avdelinger gir gode forutsetninger for å komme i gang med amming, og for å støtte mødre som opplever utfordringer med amming, blant annet flere læringsressurser*». er uklar. Hvilke initiativ og læringsressurser er det snakk om? Den henger heller ikke sammen med avsnittet 10.9.2 som påpeker at det er behov for bedre oppfølging i barselomsorgen.

Innspill til kapittel 16 Digital kvinnehelse:

Underkapittel 16.2 Digital samordning og datadeling; Utredningen påpeker at: «Det er opp til hver enkelt kommune å bestemme hvilke tjenester som skal åpne for digital kommunikasjon med innbyggerne» Her vil vi anbefale at det er en nasjonal styring slik at det blir likhet for alle i hele Norge uansett hvor de bor og hva slags tilgang man har til helsetjenester rent fysisk.

Underkapittel 16.6 Ny kvinnehelseteknologi: Dnj er enige i at ny kvinnehelseteknologi kan virke helsefremmende for kvinner, men vi støtter også bekymringen om at Femtech-industrien kan utfordre personvernet gjennom bruk av personsensitive data til kommersielle formål. Et forslag er at norske helsemyndigheter laget slike apper og sikrer at data ikke utleveres til tredjepart.

Underkapittel 16.7.1 Styrket digital samhandling og 16.7.2 Bedre utnyttelse av helsedata: Styrket digital samordning (16.7.1) bør ikke kun gjelde helsekort for gravide, men også journalopplysninger og helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, for eksempel i barselomsorgen. Data fra barselomsorgen kan bli brukt også for å kvalitetssikre de tjenestene som ytes og hjelpe med å styrke tjenesten.

Innspill knyttet til kapittel 19

Kapittel 19, Tiltak 40: Sikre trygg og god svangerskaps-, fødsels- og barseloppfølging uavhengig av bosted: Dagens svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen er fragmentert og har liten grad av kontinuitet. Dette er et godt eksempel på hvordan kvinners stemmer ikke blir hørt. Kvinner her etterspurt helhet og kontinuitet i omsorgen i flere tiår (13, 14). I tillegg er det et godt eksempel på hvordan kunnskapsbroen svikter. Det er god evidens for at kontinuitet gir gode utfall for mor og barn (15). I og med at svangerskap og fødsel i utgangspunktet er normale prosesser foreslår vi at kommunejordmor får det overordnede ansvaret for å koordinere og skreddersy oppfølgingen av den enkelte gravide i Norge. Ved behov for oppfølging som går ut over jordmors kompetanse vil jordmor henvise kvinnen etter gjeldende retningslinjer. Denne formen for oppfølging vil være samfunnsøkonomisk, sikre kontinuitet og fremme helsen til den gravide, den ufødte og hele familien.

Referanser:

1. Bains, S., et al., [Newly arrived migrant women's experience of maternity health information: a face-to-face questionnaire study in Norway](#). *International journal of environmental research and public health*, 2021. **18**(14): p. 7523.
2. Czapka, E.A., et al., *Invisible rights: Barriers and facilitators to access and use of interpreter services in health care settings by Polish migrants in Norway*. *Scandinavian journal of public health*, 2019. **47**(7): p. 755-764.
3. Statens undersøkelseskommisjon for helse, Rapport 3; *Undersøkelse etter drukningstragedien i Tromsø*. 2021.
4. Fair, F., et al., *Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review*. *PloS one*, 2020. **15**(2): p. e0228378.

5. Boerleider, A.W., et al., Factors affecting the use of prenatal care by non-western women in industrialized western countries: a systematic review. BMC pregnancy and childbirth, 2013. **13**(1): p. 1-11.
6. Sandvik, H., S. et al., Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. BMC health services research, 2012. **12**(1): p. 308.
7. Nilsen, R.M., et al., Preeclampsia by maternal reasons for immigration: a population-based study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2018. **18**(1): p. 423.
8. Medical Birth Registry of Norway. Medisinsk fødselsregister - statistikkbank [Medical Birth Registry - statistics]. 2023 March 14th 2023]; Available from: <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>.
9. Schytt, E., et al., Community-based bilingual doula support during labour and birth to improve migrant women's intrapartum care experiences and emotional well-being—Findings from a randomised controlled trial in Stockholm, Sweden PLoS One, 2022.**17**(11): p. e0277533.
10. [Leinweber, J. et al.](#) Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper. Birth 2023
11. Örtqvist, A. K. et al., Association between travel time to delivery unit and unplanned out-of-hospital birth, infant morbidity and mortality: A population-based cohort study. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, (2021). 100(8), 1478-1489.
12. Engjom, H. M. et al., Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. American Journal of Obstetrics and Gynecology, (2017). 217(2), 210-e1.
13. Engjom, H. M. et al Risk of eclampsia or HELLP-syndrome by institution availability and place of delivery—A population-based cohort study. (2018). Pregnancy Hypertension, 14
14. Statens Helsetilsyn 1999 Legkvinnekonferansen om fødsel og barselomsorgen: [Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorgen. Gran på Hadeland 9. og 10. september 1999. IK-2691 \(helsetilsynet.no\)](#)
14. [Vedeler, C et al.](#) What women emphasise as important aspects of care in childbirth – an online survey. [BJOG](#). (2021 <https://hdl.handle.net/11250/2831831>)
15. Bohren MA, et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(7)

Vedlegg

(Ingen filer er lastet opp)

[Tilbake til høringen](#)