

Endringer i barseltilbudet

– en litteratur- og intervjubasert studie

Guri Godt Christensen

Veileder: Ivan Spehar



HMM4501 - Masteroppgave

HEPMA

30 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Thesis submitted as a part of the Master of Philosophy Degree in Health
Economics, Policy and Management

Mai 2023

Endringer i barseltilbudet – en litteratur- og intervjubasert studie

Problemstillingen i denne oppgaven omhandler utfordringene som dagens barselomsorg står ovenfor. Problemstillingen er todelt, og har som mål å besvare følgende spørsmål:

- Hva er mulige konsekvenser i forbindelse med endringer i barselomsorgen, slik som tidligere hjemreise etter fødsel?
- Hvordan påvirker bakenforliggende mekanismer i svangerskap og fødsel utfordringene i barselomsorgen?

Sammendrag

Tittel: Endringer i barseltilbudet – en litteratur- og intervjubasert studie

Bakgrunn: Barselomsorgen er i endring. Man ser en nedgang i ammefrekvens, en økning i barselkvinner med psykiske helseutfordringer, og kvinner som forteller at komplikasjoner etter fødsel ikke tas på alvor. Samtidig ser man at hendelser i svangerskap og fødsel kan påvirke helsen i barsel og det er nødvendig å komme inn på de bakenforliggende mekanismene som potensielt påvirker barselomsorgen for å kunne beskrive utfordringene i barseltilbudet. Den siste tiden opplever stadig flere misnøye med fødsels- og barselomsorgen, og at tilbudet ikke strekker til. Det er blitt tydeligere at fødselsomsorgen står ovenfor flere utfordringer i tiden som kommer og at noen grep må tas for å sikre god kvalitet i videreutviklingen av fødselsomsorgen. Oppgaven tar for seg utfordringer i fødselsomsorgen med fokus på barselomsorg.

Mål: Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan svakheter ved dagens fødselsomsorg påvirker barselomsorgen, og hvilke utfordringer fødselsomsorgen står ovenfor når barselomsorgen er i endring.

Metode: Jeg har primært gjort en litteraturstudie innen utviklingen av barselomsorgen som gir et innblikk i hvordan man historisk har forholdt seg til svangerskap, fødsel og barsel. Den historiske utviklingen gir en referanse til hvordan vi forholder oss til barselomsorg i dag, og jeg gir et lite innblikk i en teoretisk tilnærming for å se sammenhenger i utviklingen de siste tiårene. En rekke fagartikler, og intervju av helsepersonell som jobber med barselkvinner, ligger til grunn og belyser dagens situasjon og utfordringer vi står ovenfor. Jeg intervjuet to helsesykepleiere med ulik fartstid fra samme helsestasjon ved en bydel i Oslo og en jordmor med erfaring i både hjemmefødsel og institusjonsfødsel.

Konklusjon: Endringer i barselomsorgen fører med seg en rekke potensielle utfordringer. Det planlegges for en ytterligere reduksjon i barselopphold. Man vet lite om hva et forkortet barselopphold medfører men det antas at det forbindes med en økt risiko for helseutfordringer. Det mangler kunnskap og studier i flere temaer innen fødselsomsorgen, det påvises også at svikt ikke tas tilstrekkelig tak i, og fødselsomsorgen bærer preg av at finansierungsordningen ikke treffer godt nok. Mange strever i barseltiden og ettersom stadig flere oppgaver overføres til primærhelsetjenesten må helsetilbudet styrkes og samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten styrkes.

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet av student i masterprogrammet Health Economics, Policy and Management ved institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet. Oppgaven er inspirert av den siste tidens oppblomstring av ideelle organisasjoner som alle peker på utfordringer i og en negativ utvikling av dagens fødselsomsorgstilbud, men som ikke opplever å bli hørt av helseforetak og ledelsen.

Oppgaven er et resultat av en oppfatning jeg har dannet meg gjennom mange lange dager med studier av en rekke fagartikler, veiledere, statistikk, styringsdokumenter, avisinnlegg, debattinnlegg, erfaringer fra helsepersonell og enkeltindivider og historikk.

Jeg ønsker å rette en stor takk til dere som stilte opp for intervju og tok seg god tid til å dele av deres verdifulle erfaringer i en ellers travel hverdag. Deres innspill har vært svært verdifulle!

Jeg ønsker å takke familien min for all støtte dere har vist meg spesielt gjennom de siste ukene. Dere er den beste heia-gjengen jeg kunne drømt om! Spesielt takk til min mann Johannes som har tatt seg av alt mellom himmel og jord i innspurten og aktive barn så jeg har fått den roen jeg trengte for å komme i mål.

Jeg vil spesielt rette min takk til min veileder Ivan Spehar for fantastisk innsats, støtte og verdifulle innspill underveis. For meg har du vært den perfekte veileder som har gitt meg stor frihet til å forme oppgaven slik jeg selv ønsket, og har vist meg tillit til at jeg klarer å få dette i havn.

Jeg vil også takke Frode Veggeland og Ole Berg for verdifulle innspill før jeg gikk i gang med oppgaven for fullt. Deres innspill har bidratt til å forme oppgaven.

Og en stor takk til alle dere medstudenter på master-rommet – det har vært motiverende å jobbe i et så flott miljø sammen med dere disse ukene!

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	IV
Forord	V
Kapittel 1 – introduksjon, metodikk og historie	1
Introduksjon.....	1
Metode	3
En innføring i den historiske utviklingen av barselomsorgen.....	5
Utvikling av jordmoryrket opp gjennom tidene.....	5
Den greske og romerske antikken, og den arabiske verden	7
Bysantertiden og middelalderen	9
Medisin som formalisert fag	11
Overtro og myten om hekseri	12
Europa og Norge fra 1600-tallet	14
Jordmorfagets rolle og utvikling etter at jordmorutdanningen ble formalisert.....	16
Kapittel 2 – fødselsomsorg i sammenlignbare land	20
Storbritannia	20
Sverige	22
Danmark	23
Kapittel 3 – kunnskapsgrunnlag for det norske fødetilbudet	25
En fødepopulasjon i endring og økning av kompleksitet.....	26
Svangerskapsoppfølging.....	26
Fødested.....	27
Følgetjeneste	28
Kvalitet i fødselsomsorgen og uønskede hendelser i fødsel.....	28
Bemanning	29
Barsel	30
Overføring av ansvar for friske barselkvinner og nyfødte til primærhelsetjenesten	31
Amming	32
Finansiering	33
Kapittel 4 – diskusjon av dagens barselstilbud og veien videre	36
Et teoretisk blikk på utviklingen av dagens fødselsomsorg	36
Erfaringer i fødetilbudet og bruk av intervensjoner	41
Betydningen av et helhetlig tjenestetilbud og lavterskeltilbud	44
Fysisk og mental helse i svangerskap, fødsel og barsel	48
Finansiering av fødselsomsorgen i praksis.....	51
Svikt i fødselsomsorgen – hvorfor lærer ikke helseforetakene mer av uønskede hendelser	56
Forbedringsområder i dagens barselomsorgstilbud.....	57
Oppsummering og begrensninger.....	63
Konklusjon.....	64
Referanseliste	65
Vedlegg	77

Appendiks.....84

Kapittel 1 – introduksjon, metodikk og historie

Introduksjon

Medisinsk sett tar det rundt seks uker før livmoren har trukket seg sammen etter fødsel, og denne perioden omtales ofte som barseltiden (1). Barseltiden defineres i de fleste kulturer som de rundt første førti dagene etter fødsel, altså omtrent disse seks ukene det tar for livmoren å trekke seg sammen til normal størrelse, og ulike skikker som kosthold, isolasjon, hvile og avlastning knyttes til denne perioden. Ritualer og tradisjoner rundt fødsels- og barselomsorgen varierer fra kultur til kultur og i vår del av verden har dette endret seg drastisk i nyere tid både når det kommer til fødsel og barselomsorg. Tidligere var det vanligst å føde hjemme og barseltiden bar preg av naboer og storfamilie som stilte opp for å avlaste fødekvinnen. I dag føder de fleste på institusjon etterfulgt av et kort barselopphold før hjemreise og videre oppfølging lokalt, som i Norge skjer gjennom den lokale helsestasjonen. Mor tilbys kontroll seks uker etter fødsel, som da gjerne markerer slutten på det som omtales som barseltiden. I dag blir avlastning og hvile mindre vektlagt. (1)

Det å føde barn er, for de fleste kvinner, en stor hendelse i livet som markerer overgangen til foreldreskap. Erfaringene kvinnen har fra å være gravid, føde og i barsel skaper minner som trolig forblir hos kvinnen gjennom hele livet (2). Omsorgen som gis i svangerskapet kan påvirke den helhetlige fødselsopplevelsen og slik ha potensielle betydelige konsekvenser for kvinnens helse og velferd både i barselperioden men også i ettertid. Positive opplevelser i svangerskap, fødsel og barsel kan ses tilbake på med kjærlighet og styrke kvinnen i hennes rolle som mor, og også styrke henne følelsesmessig i overgangen til morskap. Negative opplevelser kan øke sannsynligheten for negative helseutfall for mor, som postnatale psykiske lidelser, og kan påvirke mor-baby-relasjonen. Negative opplevelser kan påvirke babyens helse og velferd med mulig langvarig effekt for mor og barn men også for familien som helhet (2). Kvinnens opplevelse og minner rundt fødselsomsorgen kan påvirke hvordan hun tenker om fremtidige graviditeter, etterspørsel etter medisinske intervensjoner, og også påvirke generell fremtidig reproduksjon. Kvinner har ulike erfaringer med fødselsomsorgen men barselkvinner vektlegger spesielt informasjon og verdien av valgfrihet høyt. En opplevelse av å bli behandlet med respekt og verdighet kan bidra betydelig på den totale fødselsopplevelsen. (2)

Problemstillingen i denne oppgaven omhandler utfordringene som dagens barselomsorg står ovenfor. Problemstillingen er todelt, og har som mål å besvare følgende spørsmål:

- Hva er mulige konsekvenser i forbindelse med endringer i barselomsorgen, slik som tidligere hjemreise etter fødsel?
- Hvordan påvirker bakenforliggende mekanismer i svangerskap og fødsel utfordringene i barselomsorgen?

Barselomsorg henger tett sammen med svangerskap og fødsel, og bruk av begrepet «fødselsomsorgen» i oppgaven omfatter alle disse tre – svangerskapsomsorg, fødselsomsorg og barselomsorg. Fødselsomsorgen består av mange ulike faktorer som påvirker barselomsorgen og det vil være unaturlig å ikke komme inn på de bakenforliggende mekanismene i svangerskap og fødsel når utfordringer i barselomsorgen skildres.

Bakgrunn

Barselomsorg omhandler tradisjonelt ulike kulturers skikker og ritualer for å ivareta den nybakte moren og hennes barn (1). Kvinnen er i en svært sårbar periode av livet sitt i barseltiden. God omsorg i svangerskap, fødsel og barsel virker helsefremmende. Kvinnen har noen behov i iboende urinstinkter for å kunne beskytte sitt eget barn – kvinnen må selv føle seg ivaretatt og trygg. Historisk sett står vi i dag ved et veiskille. Der barselomsorgen tidligere bestod av kvinnens eget nettverk der familie og lokalsamfunn stilte opp i barseltiden, består dagens barseltilbud av offentlige tilbud med et kort barselopphold ved fødeinstitusjon etterfulgt av videre oppfølging ved den lokale helsestasjonen. I dag kan man si at barselomsorgen i stor grad er lagt til det offentlige fordi dagens samfunnsstruktur gjør at kvinner i større grad skal delta i samfunnet på lik linje som menn slik at flere er yrkesaktive, slik at barselkvinner ikke har sitt vanlige nettverk hjemme i arbeidstiden når hun er alene med babyen. Dette medfører at det offentlige overtar mer av ansvaret for mor og barn og deres oppfostring fram til mor er klar for å gå tilbake i jobb. For mange barselkvinner blir barseltilbud ved den lokale helsestasjonen deres primærnettverk, og slik står det offentlige mer ansvarlig for oppfølgingen av barselkvinnen i dag. Det pekes på at kvinner i dagens fødselsomsorg mangler et mer helhetlig tilbud for å kunne ivareta sine urinstinkter om å bli ivaretatt og å føle seg trygg for slik selv å være i stand til å beskytte sitt eget barn. (1, 3)

Metode

I studien har jeg primært brukt litteraturstudie som metodisk tilnærming, men med intervju av helsepersonell for å belyse de faktiske forholdene i dagens fødselsomsorg. Godkjenning for å intervju helsepersonell ble innhentet fra Sikt. For å finne frem til intervjukandidatene sendte jeg forespørsel per mail til relevant helsepersonell som jobber med oppfølging av barselkvinner og ideelle organisasjoner som fokuserer på barselomsorg, og kom i kontakt med tre intervjukandidater. Jeg intervjuet to helsesykepleiere med ulik fartstid ved samme helsestasjon i en bydel i Oslo og en jordmor med erfaring fra både privat og offentlig sektor. En av helsesykepleierne har jobbet noen år på en intensivavdeling og 25 år på helsestasjonen hun jobber ved i dag. Slik har hun sett hvordan endringer i barselomsorgen og tidligere hjemreise etter fødsel påvirker barselkvinner. Den andre helsesykepleieren har noen års erfaring ved samme helsestasjon og hadde opprinnelig planer om å utdanne seg som jordmor men endret kurs under utdanningsforløpet. Hun erfarer viktigheten av å ivareta familien som helhet og belyser utfordringer med dagens barselomsorgstilbud. Jordmor har 21 års erfaring som jordmor på føde/barselavdeling, helsestasjon og privatpraktiserende jordmor, og har de siste årene engasjert seg i gravide, fødende og barselkvinneres rettigheter.

For å sette meg inn i tema og søke informasjon startet jeg med å lese veilederen for fødselsomsorgen og å sette meg inn i problemstillinger som er belyst av ideelle organisasjoner og i media, og studerte en rekke fagartikler. I artiklene har jeg også lest meg opp på deres referanser for økt forståelse. Jeg har brukt mye kilder som er funnet i fagartikler og fra kvinnehelseutvalgets NOU levert i mars 2023. Statistikk og grafer er funnet i offentlige og internasjonale databanker, og åpne offentlige dokumenter. Underveis i oppgaven har jeg forhørt meg med fagpersoner og fått innspill til videre litteratursøk.

Databaser som er brukt er

- google scholar med søkeordene “maternity care UK/Sweden/Denmark”, “short stay after giving birth”, “risk factors AND postnatal care”, “New Public Management AND birth”, “postpartum risk factors”, “travel distance AND birth AND risk”, “fødselstangen”
- BMC Pregnancy and Childbirth med søkeordene “postpartum depression covid”, “Postpartum covid”, “homebirth”, “midwifeled continuity”, “fathers experiences birth”

- Pubmed med søkeordene “maternity care”, “prenatal care”, “Postpartum”, ”Readmission dehydration newborn”, “Postpartum risk factors”, “New Public Management AND birth”, “mental disorders AND postpartum”, “continuity care AND midwife”
- Statistikkdatabaser med søkeordene “Crude birth rate Norway/Sweden/Denmark/United Kingdom”, “Live births per year”, “Average age birth mother”

Det har vært utfordrende å finne frem til gode kilder fordi artikler kan inneholde bias, slik som i en studie som ser på effekten i dødelighet som følge av regionalisering i fødselsomsorgen (4) der jeg ikke klarte å se om tallgrunnlaget inkluderte perinatal død eller uheldige utfall fordi fødekvinne ikke rakk fram til fødeinstitusjonen i tide, eller i en studie som ser på størrelse på fødeinstitusjonen opp mot avstand men inkluderer perinatal død i tallgrunnlaget selv om denne skyldes forhold i svangerskap og ikke i fødsel (5). Derfor har jeg forsøkt å gå bredt ut når faktorer belyses, som har resultert i en lang referanseliste. Når litteratur er valgt så er det i stor grad gjort på bakgrunn av hvilke referanser som går igjen i publikasjoner. Flere veiledere og artikler er utdaterte og ikke nødvendigvis relevante for dagens situasjon og det har tildels vært krevende å finne frem til riktig dokumentasjon, spesielt gjelder dette for dokumenter som legger føringer i dagens fødselsomsorg. Jeg har vært svært forsiktig i bruken av eldre publikasjoner fordi de gjenspeiler utfordringer knyttet til en annen organisering av fødselsomsorgen, og har også vært svært forsiktig å bruke av individuelle innspill fordi enkelttilfeller er lite relevant for dagens organisering av fødselstilbudet. Allikevel er en del erfaringer inkludert fordi de illustrerer på en god måte utfordringene vi står ovenfor i dag, men også fordi det ikke er funnet ordninger som systematiserer disse erfaringene. For faktabaserte opplysninger er primært fagartikler og offentlige dokumenter brukt, og for å belyse styrker og svakheter fra ulike hold er også avisartikler og debattinnlegg brukt. Jeg har valgt å bruke et bredt spekter av kilder fordi jeg har lest meg opp på temaet over tid, og det har vært krevende å danne seg et bilde av dagens faktiske situasjon. Jeg mener å finne at det er store hull i forskningen rundt temaet fødselsomsorg og at det er stort behov for å forske mer på temaer som fødekvinners erfaringer, konsekvenser av forkortet bareopphold, og konsekvenser av organiseringen i fødselsomsorgen.

En innføring i den historiske utviklingen av barselomsorgen

Jordmorarbeid er en av de eldste profesjonene vi har. Jordmoryrkets status har endret seg opp gjennom tidene, og har gått fra å være anerkjente med høy sosial og klinisk status blant greske jordmødre rundt år 500 f.Kr, til å bli ydmyket og foraktet i Vest-Europa i middelalderen, noe som trolig har sammenheng med datidens kvinners lave status i samfunnet og kvinners forbud mot utdanning (3). Etter middelalderen har jordmorarbeid vært anerkjent og etterhvert blitt formalisert som egen profesjon, men har også vært kilde til rollekonflikt som har resultert i store endringer i jordmoryrket (6, 7, 8). Den historiske utviklingen er interessant når man ser på dagens organisering av barselomsorgen. Svangerskap, fødsel og barsel henger tett sammen og for å beskrive mekanismer i barsel på man også se på mekanismene i svangerskap og i fødsel. Fødselsomsorg brukes som begrep for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Boken *Midwives in History and Society* (8) beskriver hvordan kunnskap om svangerskap, fødsel og barsel har utviklet seg gjennom historien helt fra tidlig steinalder, og illustrerer fødselens naturlige prosess og kvinnens iboende behov for å fremme en trygg fødsel i fødsel. En rekke publikasjoner bruker boken som grunnlag og er også hovedkilden til den eldre historiske delen av denne oppgaven. Boken *På liv og død* (6) beskriver utviklingen av jordmorfaget i Norge fra 1600-tallet og brukes som grunnlag for den nyere historiedelen av denne oppgaven.

Utvikling av jordmoryrket opp gjennom tidene

Spor etter fødselsomsorg kan spores helt tilbake til tidlig steinalder der funn av hulemalerier og de første skrifttegnene, over 5000 år gamle hieroglyfer, illustrerer fertilitetssymboler og kvinner med generøse former som tilsier at kvinnen hadde tilstrekkelig gynekoid bekken (8). Rundt år 9000 f.Kr. levde mennesket som jegere og måtte tilpasse seg ekstreme temperaturer og naturfenomener, og det antas at mannen var borte i perioder for å jakte mens kvinnen sanket mat. Kvinner som kunne føde naturlig var de som bar frem barn som overlevde. På denne tiden ble graviditet ansett som en biologisk prosess med ukjent lengde, og det antas at kvinnen fødte på huk eller med baken eller knærne støttet av steinblokker. Etterpå ville kvinnen kutte navlestrengen med flintstein og umiddelbart die barnet. Det ga trolig mening å holde barnet tett inntil kroppen, og det antas at kvinnen hadde et slags fatle hun kunne bruke for å holde barnet tett inntil seg så barnet kunne bli med når hun sanket mat. Essensielt for babyens overlevelse var det å bli ammet tilstrekkelig lenge, og langvarig amming innebar

også til en viss populasjonskontroll. Når det var matmangel eller de flyttet på seg for å følge migrerende byttedyr innebar antakeligvis det at noen babyer og barn døde, ble forlatt eller drept på veien for slik å kunne ivareta flokken. Gutter ble foretrukket av kvinner grunnet deres jaktegenskaper. (8)

I den yngre steinalderen, den neolittiske tiden, begynte mennesket med jordbruk (8). Fast bosetning ble en del av menneskets liv. Etersom jordbruket ble utviklet og spredde seg ble det mulig å brødfø flere mennesker på ett område, der jordbruk i storskala oppstod i områder omtalt som den fruktbare halvmåne i Midtøsten. Flere babyer og barn overlevde, storfamilier ble formet, landsbyer økte i størrelse, antall og kompleksitet, og gjenstander ble produsert. I denne tidsperioden hadde erfarne kvinner, som etterhvert ble omtalt som jordmødre, rollen som fødselshjelpere der eldre kvinner innad i familien men etterhvert også fra samfunnet hadde retten til dette vervet. Jordmorvervet ekskluderte menn og kvinner bar dette i ti tusen år. Kunnskap ble overført muntlig og ferdighet tilegnet gjennom observasjoner, erfaringer og instinkter. Figurer om kvinner som føder på huk er funnet både i den eldre og den nyere steinalder, slik som restene av en statue i Catal Huyuk i Tyrkia, en blomstrende by fra rundt år 6 000 f.Kr., som viser en mor i fødsel stående på huk. Etersom samfunnet utviklet seg tror man at den erfarne kvinnen, jordmoren, påtok seg oppgaven med å ivareta kvinner både i sykdom og i fødsel. (8)

Rundt år 2000 f.Kr. innførte egypterne skrift på papyrus og stein (8). Det egyptiske ordet 'msi', oversatt til fødsel, ble ofte illustrert i hieroglyfer med kvinner i fødsel stående på huk på to steiner. Egypterne utviklet medisin som profesjon med basis i papyrus-skrifter, og blant de best bevarte er Ebers papyrus datert til et sted mellom år 1900 f.Kr. og 1550 f.Kr., der fem avsnitt omhandler obstetrikk og gynekologi. Ebers papyrus skildrer beskrivelser av hvordan fødselstermin beregnes, metoder for fosterfordrivelse, og ulike metoder for å forhindre graviditet. Tolkning av skriftene tyder på at jordmorarbeid var et kvinneyrke der jordmødre assisterte både normale og kongelige fødsler. I Westcar papyrus fra år 1700 f.Kr. skildres instruksjoner for beregning av termin og beskrivelse av ulike fødestoler (8).

Den egyptiske gudinnen Isis ble sett på som gudinnen for fødsler, men det er i hellige skrifter vi finner en av de første skrevne referansene der jordmødre omtales. Det gamle testamentet omtaler historien om fødselen av Benjamin rundt år 1800 f.Kr. (1 Mosebok 35:17) og kanskje historiens første barseldød. Jordmødre som kunnskapsrike og profesjonelle fremkommer i ytterligere to historier i Det gamle testamentet; i historien om en tvillingfødsel rundt år 1700

f.Kr (1 Mosebok 38:27-29) og i historien om kongen i Egypt, som beordret jordmødrene til å drepe babyen dersom det var en gutt, rundt år 1600 f.Kr. (2 Mosebok 1:15-21). I den sistnevnte omtales fødestolen. Fødestolen var i flittig bruk i 3300 år før den ble midlertidig sett ned på og gjenopplivet på 1980-tallet. Den jødiske Talmud refererer flere ganger til det å bære frem barn og jordmødre som eksperter på naturlige fødsler med fødekvinne stående eller på huk, og der legen, rabbi, kun tilkalles i kompliserte tilfeller. (8)

Den greske og romerske antikken, og den arabiske verden

Hellas ble det første sentrumet for europeisk sivilisasjon og innflytelsen fra den greske antikken gjennomsyrrer fortsatt vår del av verden. Jordmødre og leger var klinisk adskilte yrkesaktive (8). Grunnleggende kunnskaper om medisin og fødsel stammet fra egypterne. Til tross for at jordmorfaget var høyt anerkjent i den greske antikken bidro grekerne svært lite til økt kunnskap innen obstetikk. Jordmødre måtte selv ha barn og også være for gammel til selv å få fler barn. Jordmødre ble delt inn i to kategorier der mer erfarne assisterte ved mer kompliserte tilfeller, og mindre erfarne assisterte ved normale fødsler. Lege kunne også tilkalles ved behov. (8)

Hippokrates og Sokrates levde i denne tidsperioden der jordmødre fortsatt var anerkjente. Sokrates mor var selv jordmor (9). Hippokrates, Aristoteles og andre store filosofer skrev om graviditet og dens lengde og hvordan man kunne gjøre antakelser om det ufødte barnets kjønn. Hippokrates skrev om at den ufødte babyen måtte kjempe seg ut ved fødsel ved å ødelegge membran, og at vanskelige fødsler skyldtes at babyen ikke klarte dette. Hans antakelser var ikke vitenskapelige men spekulative, men allikevel ble hans antakelser ansett som autoritære på den tiden (8, 9).

De to århundrene før rundt år 300 f.Kr. endret holdningen til kvinner seg radikalt og kvinner ble bannlyst fra å praktisere medisin (8). Holdningen mot kvinner møtte en motstand som eskalerte fram til rundt år 300 f.Kr. der Agnodike, en svært populær jordmor i Athen, ble stilt for retten for å ha tilegnet seg kunnskap og praktisert som jordmor forkledt som mann (9, 10). Athens kvinner krevde at hun ble benådet og som resultat ble loven endret slik at begge kjønn kunne praktisere medisin. I de påfølgende århundrene levde flere anerkjente kvinnelige jordmødre og leger som blant annet bidro med medisinske skrifter og økt kunnskap innen

abort, fosterrotasjon og abort, og som også påvirket leger og kirurger i den bysantiske tidsperioden. (9, 10)

Rundt år 500 f.Kr nådde den greske sivilisasjonen sitt høydepunkt og fundamentet for den romerske sivilisasjonen ble lagt. Romerne hadde sin storhetstid fra rundt år 240 f.Kr. til rundt år 400 e.Kr. og deres påvirkning og makt spredte seg om i Europa, Nord-Afrika og det nære Østen. Kunnskap ble nedarvet fra grekerne til romerne slik grekernes kunnskap stammet fra egypterne (8). Man vet lite om romerske jordmødre, men jordmorkunnskap ble nedarvet på samme måte. I den romerske perioden var det to typer jordmødre; den kompetente og respekterte jordmoren, og den kloke kona med lavere status, trolig tilsvarende fødselshjelper (9). Romerske jordmødre hadde tilstrekkelig kunnskap til å gjennomføre gynekologiske prosedyrer. Det antas at i den kristne epoke var jordmoryrket en veletablert profesjon som krevde lesekyndighet. (8, 9)

Den første boken for jordmødre, *De Morbis Mulierum*, er skrevet av Soranus fra Ephesus, som levde rundt det andre århundre e.Kr. (8). Soranus skrev rundt 20 bøker som også omhandlet gynekologi, og hans *Gynaecology* anses som det viktigste bidraget innen emnet (9). Kvinnens anatomi ble skissert og detaljer rundt anatomien indikerer at kunnskapen ble innhentet ved å dissekere lik. Flere av hans metoder brukes i fødsel i dag, som apgar score (11) og støtte av perineum (9). På denne tiden var det stort sett jordmødre som tok seg av gynekologiske utfordringer og som bistod i ukompliserte fødsler mens lege ble tilkalt i vanskelige tilfeller. Selv om den originale avhandlingen har gått tapt er ideene og læren til Soranus kilden andre forfattere baserte deres tekster på det neste årtusenet. *De Morbis Mulierum* skildrer en rekke kvaliteter en jordmor bør ha, slik som god hukommelse, diskret og tillitsvekkende, og at leseferdigheter er en viktig forutsetning for å kunne forstå kunsten også gjennom teori. For å kunne trekke riktige konklusjoner fra observasjoner mente Soranus at jordmødre måtte ha teori, praksis og erfaring innen alle grener av medisin. Soranus var den første som med suksess klarte å forløse fostre som lå vanskelig til å livmoren, og utviklet prosedyrer der man fikk tak i fosterets føtter så man kunne dra det ut slik at det skulle ha en sjanse til å overleve. Han introduserte også den romerske fødestolen der det er bedre for kvinnen å sitte enn å ligge siden presset på abdomen utnyttet bedre, og kom med instruksjoner om avnavling og stell av navlestump, og hvordan man kunne gjenkjenne om en nyfødt var verdt å oppdra basert på hvor friske de fremsto. Han beskrev prevensjon og hvordan å unngå svangerskap, og ga råd om bruk av amme og hennes fysiske og moralske kvaliteter samt

regulering av hennes diett, noe som har vært tema for ulike meninger siden. Paulus Aeginetta var den siste forfatteren i romerperioden og han anerkjente rundt år 630 e.Kr at fødsel der babyens hodet kom først var naturlig og det foretrukne, men lærte også bort at det å fødes med føtter først var naturlig (8). Han argumenterte for at man ved å utføre vaginaleksaminasjon kunne bestemme størrelse på livmorsmunningen og slik også undersøke om vannet hadde gått. (8, 9, 11)

Påvirkningen fra den greske og romerske medisinen og jordmorarbeidet spredte seg til den arabiske verden. Etter Romas fall var medisinsk lære primært å finne blant det islamske folk som praktiserte og ivaretok denne nedarvede kunnskapen, men samtidig ble det ikke gjort noen særlige bidrag for å videreutvikle kunnskapen (8). Muslimske kvinners adskillelse utelukket mannlige leger fra å hjelpe dem, spesielt i fødsel, og omsorgen tilfalt nesten eksklusivt jordmødre. Noen arabiske leger er verdt å nevne. Rhazes, født i år 852 e.Kr., anbefalte å ta hull på membranene når de var for tykke eller ikke sprakk av seg selv, og brukte et redskap for å hjelpe i fødselen der en løkke av vevd materiale kunne festes rundt hodet eller et lem for å kunne trekke fosteret. Avicenna, født i år 980 e.Kr, antas å ha hatt stor kunnskap om medisin og ble kjent for hans medisinske avhandlinger. Han skildrer bruken av tang i hans verker og det er ingen tvil om at arabiske leger brukte tang i forløselsesprosessen. Instrumentet forble i bruk men verken tangen eller konseptet om dette potensielt livsbesparende instrumentet overlevde den arabiske periodens innflytelse. Tangen ble gjenoppfunnet på 1600-tallet (8, 12).

Bysantertiden og middelalderen

Det bysantiske riket utviklet seg fra de østlige delene av Romerriket rundt år 330 e.Kr. og kjennetegnes av det vi i dag kjenner som ortodoks kristendom som (8). Riket omfattet på sitt største store deler av Europa, Nord-Afrika, Midtøsten og deler av det vestlige Asia, og varte fram til slutten av middelalderen der osmanerne erobret Konstantinopel i 1453. Bysantinerne arvet og ivaretok romerske tradisjoner innen lov og statlig myndighet, det greske språk, litteratur, kultur og kristendom. Det fantes flere offentlige sykehus der de som ikke kunne betale selv fikk gratis medisinsk behandling dekket av staten og kirken. Skrifter viser at arkitekter og entreprenører hyppig ble engasjert for å bygge sykehus og hjem for eldre og syke. Tittelen *porphyrogenitus*, født i lilla, oppstod her da keiserlige barn ble født i et lilla

rom i den keiserlige hagen ved slottet, og tittelen ble synonymt med barn født av regjerende familie der førstefødte sønn arvet tittelen. (8)

Middelalderen var preget av mange katastrofer som krig, sykdom og fattigdom samtidig som Europas horisont utvidet seg (8). Handelen økte og folk begynte å reise og utveksle varer og kulturer. Ettersom sivilisasjonene og kulturene til grekerne og romerne døde ut var det lite som forente Europa før den neste forenede kraften, kristendommen, etterhvert omfavnet hele Europa. Med kristendommen kom også et endret syn på sjelen. Sykdom og lidelse ble sett på som straff av Gud eller andre guder, eller som besittelse av demoner, og i den kristne tro ble lidelse sett på som en prøvelse for tro og spirituell styrke. Den middelalderske kirken var imot praktiserende medisin og sekulær helbredelse, og denne holdningen varte fram til renessansen der den ble utfordret og beveget seg mot en mer vitenskapelig og humanistisk tilnærming til livet på jorden. Vitenskapelige undersøkelser opphørte og det ble gjort lite eller ingen progresjon innen medisin – delvis fordi kroppen ble sett på som hellig og disseksjon forbudt – men også delvis fordi religion og overtro overtok for den rasjonelle tanken. Kirken etablerte regler i alle aspekter av livet inkludert kyskheter i ekteskap og erklærte at alle religiøse kvinner skulle beholde sin kyskheter i 3 måneder før fødsel og 60 dager og netter etter fødsel. (8)

Leger var utelukkende menn som ikke var særlig opptatte av den biologiske prosessen med svangerskap og fødsel (8). Selverklærte jordmødre var ofte utstøtte fra kirken og omtalt som hekser som eksperimenterte med urtemedisiner. Disse utstøtte jordmødrene, 'gamle koner', ble uoffisielle healere i bondesamfunnet. På 1400-tallet begynte leger å røre ved tiltroen folk hadde til slike gamle koner og deres remedier, og legene tok gradvis over mer autoritet og makt. (8)

Mens Europa stagnerte utviklet det kinesiske samfunnet seg. I den Buddhistiske kulturen mellom år 700 og 800 e.Kr. behandlet nonner sykdom med medisin og fungerte antageligvis som jordmødre (8). Leger var utelukkende menn, men fikk ikke lov å behandle hoffdamer. I år 772 e.Kr. ble spesialopplæring i jordmørarbeid gitt til kvinner som ikke kunne lese og skrive. (8)

Lite ble skrevet i Europas middelalder mellom slutten av 500-tallet og begynnelsen av 1100-tallet, men det er trolig gamle koner og ikke mannlige leger som håndterte fødsler (8). Det er derfor ikke overraskende at når jordmødre refereres til i litteratur i senere århundrer har de og deres praksis falt langt under standarden Soranus anså som nødvendig. (8)

Medisin som formalisert fag

I middelalderen var legevirksomhet et håndverk (6). Den antatte første medisinskolen i kristendommen ble etablert på 1100-tallet i Salerno, Italia og må indikere et visst toleransenivå fra kirken rundt medisinlære (8). I løpet av 1100-tallet ble en avhandling om gynekologi og obstetrikk skrevet her, og arbeidet var basert på Soranus og andre klassiske lærde. Avhandlingen ble gjeldende standard for obstetrikk og gynekologi i middelalderen. Legene ble adressert i gynekologi mens jordmødre ble instruert i å håndtere obstetriske komplikasjoner og situasjoner. På denne tiden ble det sett på som støtende for kvinner om menn interesserte seg for slike temaer. På 1200-tallet ble det satt opp læresteder for menn slik at fag som juss og medisin kunne studeres, og medisin ble formalisert som fag. Menn brydde seg gjerne ikke om kvinners forhold eller jordmorarbeid. Kvinner ble ekskludert til tross for at det uformelt var kvinner som tradisjonelt hadde praktisert medisin, og man ser at menns holdning til fødsel og kvinnesykdom var påvirket av kirkens kvinnefiendtlige doktriner og Guds straff til kvinner for Eva sin synd. (6, 8)

Ettersom medisin ble undervist på universiteter utenfor direkte kirkelig jurisdiksjon måtte kirken tolerere forsøk på å helbrede syke, men nyutdannede leger fikk ikke lov å praktisere uten først å tilkalle presten for hjelp og rådgivning (8). I et forsøk på å kontrollere situasjonen innrømmet kirken at i ethvert samfunn måtte det minst være en klok kone for å assistere syke kvinner, men kloke koner måtte begrense seg selv til jordmorarbeid og relaterte områder, og var ansvarlig ovenfor presten. Presten var ofte med jordmor ved fødsel for å kunne utføre dåp i tilfelle livet til den nyfødte stod i fare. Det antas at fruktbare kvinner var gravide årlig bortsett fra når mennene var i krig, og mortaliteten blant mødre og babyer var stor grunnet uunngåelige høyrisikofaktorer. (8)

Jordmødre hadde begrenset tilgang til instrumenter og hjelpemidler fordi såkalte *barberkirurger* hadde eksklusive rettigheter til instrumenter i byer der de praktiserte (8). Barberkirurger var ikke leger men handelsmenn som var dyktige til å bruke instrumenter, og lindring av menneskelig lidelse var utvilsomt et av deres virkeområder. I motsetning til mange leger i middelalderens Europa utførte barberkirurger operasjoner, ofte på krigsskadde, og lærte sitt fag som lærling av en mer erfaren kollega. Barberkirurger ble ikke utfordret av kirken eller staten. Jordmødre måtte se seg nødt til å tilkalle barberkirurgen ved behov der oppgaven var å fjerne babyen, som vanligvis var død, ved hjelp av instrumenter eller keisersnitt. Dersom

barberkirurgen ikke var tilgjengelig tilfalt det allikevel jordmors oppgave å foreta keisersnitt dersom mor var død og det var håp om at babyen kunne overleve. (8)

Overtro og myten om hekseri

Fødsel og starten på et nytt liv har alltid engasjert menns fantasi. Hemmelighold og risiko forbundet med fødsel har fremkalt undring og overtro. Det oppstod overtro og skikker rundt gravide, og kalsedon eller troen på edle stener ble viktig (8). Fra det første århundret og helt opp til 1800-tallet finnes beskrivelser av slike stener brukt i fødsel der kvinner bar amuletter med edelstener, men amuletter ble ikke anerkjent av kirken og ble etterhvert forbudt å bære. En annen praksis var å skrive bibelvers på pergament som ble båret rundt halsen gjennom graviditet og fødsel der blekket ofte ble vasket av papiret og løsningen drukket. Dette skulle beskytte den gravide mot onde ånder og skikken ble skildret sent i det fjortende århundret. (8)

Mellom det femte og femtende århundret var hekseri utbredt i Europa (8). En heks var definert som en person som hadde kontakt med djevelen, og man trodde djevelen ble unnfanget slik at man fryktet både en overnaturlig ond kraft og også en fysisk form som kunne tilkalle djevelens agenter, altså heksene. I et samfunn dominert av kirken, der fattige ikke hadde innflytelse eller makt, er det ikke overraskende at noen ble fristet til potensiell makt som heksekraft. Kvinner med gode hensikter, legkvinner, ble også stemplet som hekser av kirken mot deres vilje. Bruk av heksekraft blant bønder og spesielt bondekoner var en trussel mot kirken og staten, og de som faktisk utøvde medisin i samfunnet risikerte å bli stemplet som hekser. Bemidlede familier kunne tilkalle kvalifiserte lisensierte leger, som etterhvert var blitt tolerert av kirken, men fattige tilkalte kvinnelige healere. Leger praktiserte ortodoks medisin men måtte samtidig lene seg på erfaringsbasert kunnskap fra kloke koner ettersom medisinen bar preg av mangel på progresjon over flere århundrer. Den genuint kloke kvinnelige jordmoren befant seg i en vanskelig situasjon. Om hun assisterte i en vellykket fødsel så ville hun bli stemplet som en såkalt *hvit heks* av kirken der den hvite heksen tjente de syke, og om fødselen endte med et dårlig utfall kunne hun stemples som en såkalt *svart heks* som var djevelens høyre hånd. Situasjonen var også prekær ovenfor myndighetene. Flere skrifter beskriver hekser og kvinner som barnemordere, slik som i Hiltprands *Textbook of Midwifery* fra 1595 som beskrev jordmødre som hekser som tilbød spedbarn til Satan etter å ha drept dem (13). Flere bøker og biskoper omtalte også jordmødre som potensielle hekser (6). I slutten av middelalderen ble heksejakt og heksebrenning ledet av inkvisisjonen (8).

Kirken jagde disse og det sivile rettsapparatet utmålte straff i henhold til forbrytelsen. Selv om det antas at jordmødre var utsatt for å bli stemplet for hekseri mener Liv Helene Willumsen, norsk forsker på hekseprosesser, at forskning på europeiske trolldomssaker viser jordmødre allikevel ikke var spesielt utsatte for å bli beskyldt for hekseri trolig fordi jordmødrene var for viktige i lokalsamfunnene på 1600-tallet til at de kunne bli skyldige i trolldom. (6, 8, 13).

En ny forståelse for kristen tro ble formet. Lutherske prester ville utrydde all form for folkelig magi (6). Overtro ble ofte brukt ved barselsengen og kontroll av jordmødre ble derfor en måte å disiplinere den folkelige kulturen. Etter den lutherske reformasjonen i 1537 pliktet prestene i Danmark-Norge å kontrollere fødselshjelpere der sinnelag og religiøs kunnskap interesserte den lutherske staten fordi jordmødre jobbet så tett på livet og det hellige. Regler og ritualer for dåp var viktig fordi dødeligheten var høy, og et udøpt barn kunne, ifølge folketroen, bli en hedning djevelen kunne få tak i som gikk igjen og plagde de levende. Om barnet ikke så ut til å overleve kunne alle voksne døpe barnet. (6)

Overgangen fra religion til medisin er en viktig del av historien om jordmorutdanningen (6). Med opplysningstiden fikk man en mer humanistisk tilnærming der ikke lenger Gud bestemte om mennesket skulle leve eller dø, og en oppfatning om at mennesket kunne hjelpe seg selv. Medisin som fag ble utviklet, mennesket ble sett på som en ressurs, og myndigheter begynte med folketelling som avdekket dødelighet. På 1500-tallet begynte man å se en prosess rundt fødsler som til slutt resulterte i obligatorisk opplæring og statlig anerkjennelse av jordmor (8). I 1381 ble en såkalt eksaminert jordmor ansatt i den tyske byen Nürnberg i 1381, og i 1452 ble jordmorarbeid regulert ved lov i Regensburg. Samtidig medførte en anerkjennelse av jordmor rollekonflikt. Kvinner var ekskludert fra studier og de fleste var analfabeter, men godkjente jordmødre hadde gått i lære og fått visse privilegier og plikter. Jordmødre fikk monopol på jordmorarbeidet, skulle ha lærlinger og pliktet å utføre keisersnitt dersom mor døde og det var mulig å redde livet til barnet. Menn var også involvert innen fødsel men fødekvinne godtok ikke mannlige leger og legene prioriterte dermed ikke teori eller praksis innen obstetikk. Selv om jordmødrene var godt trent til å bistå i normale fødsler hadde de ingen trening for mangfoldet innen obstetikk og pediatriske komplikasjoner, som de stort sett også måtte håndtere, vanligvis alene. Dermed var det ingen som kunne lære opp jordmødrene innen obstetikk og pediatriske komplikasjoner, og jordmødrene manglet teoretisk kunnskap som grunnleggende reproduktiv anatomi, fysiologi og patologi. Jordmor hadde få

tilgjengelige hjelpemidler, der eneste hjelpemiddel gjerne bestod av urter som kunne hjelpe på smerter og blødninger. Hennes eneste kilde til hjelp var barberkirurger (8). (6, 8)

Leonardo da Vinci antas å være den første i renessanse-Europa som praktiserte disseksjon på mennesker, og hans tegning av embryoet, *in utero*, ble tegnet rundt år 1510-1512 (8, 14). Hans tegning av fosteret i livmoren og hans observasjoner åpnet opp for ny kunnskap innen obstetrikk, men hans notater ble ikke publisert og var for det meste ukjente til rundt år 1900.

Europa og Norge fra 1600-tallet

I Europa har jordmødre vært yrkesutøvere siden middelalderen. Etter gammel norsk rett hadde gifte kvinner plikt til å hjelpe medsøstre som skulle føde (6). Tre europeiske pionerer trekkes frem for deres bidrag for å øke kunnskapen i fødselsarbeidet. Marie-Louise Bourgois skrev som første kvinne lærebok om fødselshjelp i 1608, og Justine Siegemond ga ut en lærebok på tysk i 1690. Marguerite Le Boursier du Coudray hadde en egenkonstruert modell av fødselskanalen og livmor og kunne slik undervise de som ikke kunne lese og skrive, og fikk i 1759 kongelig privilegium til å reise rundt i Frankrike for å lære opp nærkonene. (6)

I Danmark-Norge tok legene tidlig kontroll over jordmorinstitusjonen (6). Gjennom hele 1600-tallet var det fire offentlig ansatte leger i Norge, alle i byer, og prester ble lenge brukt som leger i Norge siden de var de eneste med høyere utdanning i små samfunn. Tradisjonelt hadde prester hatt forelesning i medisinske spørsmål under utdannelsen, og mange prester var spesielt interesserte og fungerte som medisinske hjelpere. Barberkirurger fantes også flere steder. I 1668 utga en lege den første læreboken for jordmødre, og i kirkeritualet fra 1685 for Danmark-Norge mente staten at det burde være godkjente jordmødre i alle distrikt. Godkjente jordmødre fikk kompetansebrev og rett til å kreve betaling men også plikt til å hjelpe fattige uten betaling. Jordmorfaget var ikke noen formell utdanning men det ble allikevel satt krav om fagforståelse og at jordmødrene skulle være til hjelp for både fattig og rik. (6)

Fra 1700-tallet økte interessen rundt fødsler hos europeiske leger og obstetrikk ble en egen medisingren der fødselstang og andre tekniske hjelpemidler ble tatt i bruk (6, 7). Legene var utelukkende menn. Barberkirurger, som lenge hadde lav prestisje i samfunnet, kunne i 1774 ta egen eksamen i medisin og ble likestilt legene. Både i Frankrike og i Storbritannia tok legene over mye av fødselshjelpen. Britiske jordmødre ble utkonkurrert av mannlige fødselsleger og andre som spesialiserte seg på fødselshjelp (8). På 1700-tallet organiserte og utviklet den

dansk-norske staten, i regi av legene, ordninger for å godkjenne jordmødre (6). Den norske embetsmannen Even Hammer mente at den høye dødeligheten i forbindelse med pandemi og fødsel var sløsing, og den sunnmørske presten Hans Strøm gikk ut mot praksisen der nyfødte ble tatt med tidlig ut for å døpes fordi han mente dette forårsaket at flere nyfødte døde av kulde. Det ble iverksatt reformtiltak innen mange områder, der ett av disse var å ansette distriktsleger, og legen skulle blant annet ha som oppgave å lære opp jordmødre. I 1787 ble *Fødselsstiftelsen*, den første statlige jordmorskolen i Danmark-Norge, etablert i København. En lignende utvikling skjedde også i Sverige. I Stockholm dannet jordmødrene et gilde, en sammenslutning av håndverkere som skulle verne om interessene deres. I skandinaviske land ble jordmødre utdannet og offentlig ansatt mens i andre steder i Vest-Europa var jordmorutdanningen tilknyttet sykehus. 65 norske jordmødre ble utdannet i København fra 1766 og fram til løsrivningen fra Danmark i 1814. Den norske jordmorutdanningen, jordmorskolen, ble offisielt åpnet i Oslo i 1818. I 1819 ble stetoskopet av tre, som ble brukt for å lytte etter fosterlyd, oppfunnet i Frankrike, og stetoskopet nevnes i den første jordmorlæreboka på norsk fra 1844. I 1849 overlevde et barn for første gang keisersnitt i Norge, men moren døde i barsel noen timer senere. I 1861 åpnet utdanningstilbud for jordmødre i Bergen, etterfulgt av Tromsø i 1987, Vestfold i 2004 og Trondheim i 2006. (6, 7, 8)

På 1800-tallet var førsteprioritet i fødselshjelpen å redde mors liv (6). Kirurger brukte teknikker for å få ut det døde fosteret i forsøk på å redde mors liv ved å minske fosterhodet eller partere det døde fosteret og en rekke instrumenter ble oppfunnet for dette formålet. Til tross for at tangen er beskrevet av arabiske leger på 900-tallet, foregikk den første kjente tangforløsningen først tidlig på 1700-tallet og i Norge i 1748 (15), og ble i større grad tatt i bruk i siste halvdel av 1800-tallet. Leger og kirurger hadde monopol på fødselstangen, hadde oppsyn med jordmødrene, og rekrutterte jordmødre (6). Retten til å bruke fødselstangen ble en symbolsak i profesjonsstriden mellom leger og jordmødre over hele Europa. I Sverige fikk jordmødre undervisning både i fødselstang og i skarpe instrumenter allerede i 1829, i Finland fikk jordmødrene bruke fødselstang fra 1879, og i 1902 ble bruk av fødselstangen en del av undervisningen ved jordmorskolen i Bergen (7). (6, 7, 15).

I løpet av 1800-tallet tredoblet folketallet i Norge seg fra 883 487 innbyggere i 1801 til 2 240 031 i 1900 (6). Fødselsraten var forholdsvis stabil fra 1735 til 1900 med rundt tretti fødsler per tusen innbygger. Befolkningsøkningen skyldtes færre dødsfall og flere som

overlevde fødsel. Antiseptikken kom til Norge mot slutten av 1800-tallet (7) og før dette var det lite kunnskap om bakterier og stor fare for å dø av infeksjoner, og man så at andelen barsel-feber og infeksjonsspredning var høy på fødeinstitusjoner (6). Det var mer risikabelt å føde på Stiftelsen i Kristiania enn å føde hjemme på 1800-tallet men dette snudde rundt 1880. Camilla Collett skrev om sitt fødselsopphold da hun fødte sin tredje sønn der i 1845/46 og skildrer arrogante leger og kvinner som ble plassert så tett at de kunne høre enhver lyd. Selv om bygget til Stiftelsen var i dårlig stand og antall innlagte mangedoblet seg gikk mødredødeligheten ned fra tre prosent i 1852 til under en prosent i 1892. 1800-tallet var preget av sterk befolkningsvekst mens 1900-tallet ble tiden for nedgang i antall barn i familiene. I 1900 hadde familier i snitt 4,5 barn, og i 1935 var dette tallet under 2, en trend man så i hele den vestlige verden. (6, 7)

Frem til 1925 var jordmorskolen første og eneste formelle utdanning for norske kvinner, og jordmødrene var de første offentlige kvinnelige funksjonærene (6). Sykepleiere ble vanlig på slutten av 1800-tallet, og i 1925 kunne kvinner utdanne seg som sykepleiere. Jordmødre fikk en sentral rolle i helsetjenestene som fødselshjelper og vaksinator og fikk opplæring i vaksinasjon på jordmorskolen. På 1900-tallet var jordmødre ofte de første kvinnelige folkevalgte i mange kommuner. Sammen med distriktslegene representerte jordmødre begynnelsen på et offentlig helsevesen og veien til velferdsstaten. Lærebøker fra 1800-tallet beskrev viktigheten av fullamning de første seks månedene, i tråd med dagens anbefaling, og kvinnens biologiske rolle som gravid og mor ble respektert og vernet gjennom lovverk. Mødre ble undervist i barnestell, matstell og husstell. Lege Brandt skildret i jordmorlæreboka at spedbarn skulle ha faste måltider hver tredje time og ingenting om natten, og at man bare skulle ta opp barnet for å stelle det eller gi det mat, en holdning som etterhvert dominerte i barselomsorgen der nyfødte ble skilt fra mødrene og kun hentet frem for mating (1). Holdningen om restriktiv amming vartefrem til 1970-tallet (16), og medførte konsekvenser i ammeutfordringer og tilknytningen mellom mor og barn. (1, 6, 16)

Jordmorfagets rolle og utvikling etter at jordmorutdanningen ble formalisert

På jordmorskolen var det stor pågang på søkere (6). Man vet lite om hva jordmorstudentene lærte i begynnelsen, men de hadde en lærebok som de måtte kunne utenat og ved hjelp av en modell av et kvinnelig underliv vise hvordan barnet kunne roteres og hjelpes ut.

Sammenlignet med hjelpekonene som lente seg på magi, kjerringråd og gudstro, hadde

utdannede jordmødre langt mer kunnskap om menneskekroppen (7). Etter utdanningen ventet et hardt arbeidsmarked. Marthe Larsdotter Heissa skrev i 1794 et brev til amtslege Goldt der hun skisserte utfordringene med mangel på forståelse og betaling i hjemmene hun kom til, de harde reisene i all slags vær og til alle døgnets tider, og vanskeligheter med å få utbetalt lønn fra amtet (6). Hun skrev at hun bare tapte på jordmorarbeidet, at hun slet med å lære opp andre i jordmorfaget, og at hun angret på at hun hadde påtatt seg dette arbeidet. Det tok tid før jordmødrene ble foretrukket fremfor populære og billige hjelpekoner til tross for at jordmødrene hadde monopol på fødselshjelp i sine distrikt. Jordmødres lønn var horribel og noe av forklaringen ligger i at yrket først var tenkt som en biinntekt for gifte kvinner. Det var mange mislykkede forsøk på å bedre jordmødres vilkår på 1800-tallet. Ifølge loven frem til 1900 skulle jordmødrenes lønn dekkes av amtet og av betaling fra den som fødte. Jordmordistriktet skulle stå for betaling i naturalia – et hus, ved og nok jord til å fø på en ku – men fikk sjelden det de var lovet, og det var heller ikke nok til å klare seg om man var alene. Etterhvert ble det mer vanlig at jordmødre var ugifte men det skulle mye lobbyvirksomhet til før lønnsnivået ble regulert i 1900 etter å ha stått stille i 90 år (7). Den Norske Jordmorforening ble etablert i 1908 og noe av det første de jobbet med var å få satt opp minstelønnen (6). Som eneste gruppe blant statstjenestemenn fikk ikke jordmødre reguleringstillegg. (6, 7)

De siste 200 årene har det vært mange endringer i helsevesenet og jordmorfaget. En viktig endring er institusjonaliseringen. I 1920 ble det foreslått at jordmorstudentene skulle ha treårig utdanning i tillegg til artium, eller en medisinsk utdannelse (6, 7). Helsedirektør Karl Evang satte igang en utredning om opptakskrav i 1939 og ville at fødsel skulle skje på institusjon. Helsedirektoratet slo sammen jordmordistrikter og flyttet fødselshjelp til sykehusene. Institusjonaliseringen var dårlig nytt i etterkrigstidens distrikter fordi mange lokalsamfunn fikk dårligere fødselshjelp. Som en motreaksjon samlet kvinneforeninger inn penger til å etablere fødestuer, der sanitetskvinnene spilte en viktig rolle, og laget fødestuer eksempelvis i forbindelse med bygging av aldershjem, for så å samle inn penger til utstyr så jordmor hadde det hun trengte. Noen jordmødre etablerte også egne fødestuer. (6, 7)

I 1952 skulle jordmorstudentene ha sykepleierutdanning i bunnen og det skjedde en retningsendring fra å være et håndverksyrke basert på erfaringsoverføring og over til medisin, spesialisering og institusjonalisering, som igjen har medført økt oppmerksomhet mot pasientens rolle og risiko (6, 7). Helt siden legene fikk kontroll over jordmorutdanningen har

den medisinske og vitenskapelige kunnskapen vært grunnlaget for yrket. På 1900-tallet hadde legeprofesjonen, som bestod av menn, blitt høyt organiserte og forsøkte å ta over jordmorarbeidet. Legeprofesjonen truet med å gjøre den tradisjonelle jordmoren foreldet. Det ble kjempet en lang kamp for at jordmødre skulle bli profesjonelt og politisk organiserte, og ikke minst utdannet. Etter krigen ble stadig flere jordmødre ansatt ved sykehus. I 1984 ble kommunene lovpålagt å ansette jordmødre med ansvar for svangerskapsomsorg men på å ikke å tilby fulle stillinger. I 2011 ble loven omgjort slik at fastleger også kan følge opp den gravide i svangerskapet. (6, 7)

Oppfølging av hele svangerskapet er jordmors felt, og nye verktøy, som ultralyd, har endret jordmorens oppgaver. 1900-tallets medisinvitenskap har gitt diagnoseverktøy og monitoreringsutstyr som kan hjelpe mødre gjennom kompliserte svangerskap (7). I dag har de fleste kommuner en jordmor ansatt. Jordmorfaget har gjennomgått en akademisering de seneste årene. Utdanningen er nå en videreutdanning, eller en master man tar etter en bachelor i sykepleie, og det er mer vitenskapelig innhold med muligheter for å forske. Fødselshjelp tilbys hovedsakelig i store spesialiserte avdelinger, og det finnes snart ikke flere jordmorstyrte enheter. Fra 2011 kan fastlegen også følge opp gravide i svangerskapet. (7)

En stor diskusjon i jordmorfaget er den såkalte medikaliseringen av fødselen der man går bort fra å se fødselen som en normal fysiologisk hendelse og heller oftere griper inn (7). Både nasjonalt og internasjonalt øker antall keisersnitt, ofte etter kvinners eget ønske. Andre intervensjoner øker også i omfang. Fødepopulasjonen er i endring og flere gravide klassifiseres med risiko forbundet med svangerskap og fødsel. Risiko medfører økt ressursbruk men også sjansen for intervensjoner. (7)

Medisinsk kunnskap og akuttberedskap er kunnskap alle jordmødre skal ha men kjernen er at jordmødre må spille på lag med kvinner og anerkjenne deres kunnskap og erfaringer. Dødelighet forbundet med fødsel er såpass lav at vi i dag kan øke oppmerksomhet rundt opplevelse og det som gir mestring av morsrollen og det nye livet som fødselen er en start på. Fra en jordmoropplæring som bestod av nøddåp, hygiene og «forløsningshåndverk», må jordmor i dag ha kunnskap om fødselsangst, vold i nære relasjoner, kulturelle normer og verdier, og ikke minst forsterovervåking som skaper en avhengighet av datateknologi og undersøkelse med ultralyd for å kunne føle trygghet og sikkerhet (7). Det er viktig å finne en balanse mellom det profesjonsfaglige og det akademiske.

En fødsel er svært privat for den enkelte men er også en offentlig hendelse der man er i tett kontakt med offentlig helsevesen som er styrt av lover og reguleringer. Fødselshjelp til kvinner styres av samfunnsutviklingen og samfunnets maktutøvere. Den medisinske utviklingen kommer med etiske utfordringer som spørsmål om hvem som skal føde og hvem som skal bli født. Etiske debatter utfordrer dem det gjelder men også de som jobber med dette.

Kapittel 2 – fødselsomsorg i sammenlignbare land

Artikkel 2 i *European Convention on Human Rights* (17) beskytter alles rett til liv, og det innebærer at alle land gir tilgang til grunnleggende livfremmende tjenester, som inkluderer fødselsomsorg. Årlig skjer rundt 140 millioner fødsler (18). Den største andelen fødsler skjer uten risiko for komplikasjoner for verken mor eller barn. Allikevel er fødselen kritisk for kvinner og barns overlevelse fordi risikoen for sykdom og mortalitet øker betydelig dersom komplikasjoner oppstår (19). Det å sikre overlevelse, men også at mor og barn oppnår fullt potensielt for liv og helse, anses som bærekraftig, men hva som anses som «normalt» i fødsel er ikke universelt eller standardisert (18). Det å ha kompetent helsepersonell i fødsel er en kritisk intervensjon som i stor grad berger livet til kvinner og deres barn (19). Fødsel kan være risikabelt og uventede komplikasjoner kan oppstå. På verdensbasis har det blitt tryggere å føde med en reduksjon på rundt 35 prosent dødelighet fra år 2000 til 2027, fra 451 000 til 295 000, men fortsatt dør mange hver dag som følge av komplikasjoner i graviditet eller fødsel. Globalt har andelen fødsler assistert av kompetent personell økt fra et gjennomsnitt på rundt 64 prosent i perioden 2001-2007 til 84 prosent i perioden 2015-2021.

I velutviklede land ser man en trend med endring i fødepopulasjon og synkende fødselstall. Mors gjennomsnittlige fødealder øker, flere kvinner med underliggende sykdom som kan gi komplikasjoner i svangerskap og fødsel kan i dag føde friske barn, og den medisinske utviklingen bidrar til at stadig flere syke mødre, foster og nyfødte får hjelp. Dette gir et endret behov for kompetanse og tilbud av tilgjengelige tjenester i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Dette kapittelet tar for seg hvordan fødselsomsorgen organiseres i Storbritannia, Sverige og Danmark. Alle landene har offentlig finansiert helsevesen for sine innbyggere med standardisert tilbud i svangerskapsoppfølging og barsel, og der oppfølging av mor og barn og fødsel er økonomisk dekket. For statikk se appendiks figur 1-3.

Storbritannia

Det fødes årlig rundt 700 000 barn i Storbritannia (20). Fødselstallene har sunket drastisk de siste årene, men hadde allikevel en oppsving rundt år 2010. I 1990 var det totalt 798 364 levendefødte mot 681 560 levendefødte i 2020. Kvinnens gjennomsnittlige fødealder er, som i andre utviklede land, stadig økende. I 1990 var mors gjennomsnittlige fødealder 27,7 år mot

30,7 år i 2020 (21). Perioden vi er inne i nå har en trend der økt gjennomsnittlig fødealder og synkende fødselstall gjør at andelen barn britiske mødre får synker. I 1990 fikk kvinner i snitt totalt 1,83 barn hver mot 1,56 barn i 2020 (22).

I Storbritannia tilbyr mange fastleger tilbud gjennom *well woman clinic*, egne helsesentre for kvinner, som bistår med medisinsk rådgivning innen kvinnerelaterte helsetemaer (23).

Gravide kvinner tilbys oppfølging gjennom svangerskap, fødsel og frem til 6-8 uker etter fødsel. Graviditet bekreftes og følges opp av lege eller jordmor. Standardtilbudet i svangerskapsoppfølgingen består av opptil ti svangerskapskontroller inkludert ultralydundersøkelser henholdsvis i uke 12 og 20. Den gravide sjekkes, testes og screenes, og sørger for at kvinnen får oversikt over graviditet, ernæring og tilgjengelige kurs. Det varierer hvor kontrollene foregår, og de fleste kontrollene kan foretas hos fastlege, barnesentre, sykehus eller hjemme hos den gravide. Den gravide har et helsekort, som oppdateres på svangerskapskontrollene, som fungerer som den gravidens journal og tas med i fødsel. Gravide som klassifiseres med lav risiko kan selv velge hvor de vil føde og kan velge mellom hjemmefødsel, jordmorstyrt enhet eller sykehus (23, 24). Den fødende kan velge mellom jordmor eller legetilsyn. Når kvinnen får tegn på at fødselen starter oppfordres kvinnen til å dra til valgt fødested eller kontakte jordmor ved hjemmefødsel. Fødekvinnen viser frem fødeplanen og legges inn på et føderom, undersøkes og følges opp av medisinsk personell. Føderom er i dag mer hjemmekoselige med flere hjelpemidler slik at den fødende lettere kan bevege på seg. Partner kan være med i fødsel. Det finnes også privat fødselsomsorg og rundt fem prosent velger private tilbud hovedsakelig får å få en mer personlig svangerskapsoppfølging og ønske om mer komfort. Rundt en av fire fødende føder med keisersnitt. Etter fødsel er det vanlig å bli en til to netter på barselavdeling, men noen mødre skrives ut allerede etter seks timer (23, 24, 25). Mødre med privat forsikring får vanligvis eget rom der partner også kan være. Jordmødre på barselavdeling hjelper til og sørger for at man har all informasjon man trenger for å kunne starte livet med den nyfødte, og for å veilede i amming og spedbarnsernæring. Barnelege, jordmor eller barnesykepleier undersøker babyen og tilbyr nyfødtdundersøkelser innen syttito timer etter fødsel. Når jordmor eller lege har sjekket mor og baby og anser de som utskrivningsklare kan de reise hjem. Etter hjemreise kommer jordmor på hjemmebesøk eller møter kvinnen på barnesentre rundt hver andre dag de første ti dagene (23, 25). Nyfødtscreening med blodprøve tilbys mellom dag fem og åtte og hørselscreeningstest tilbys før uke fem. Testene kan gjøres hjemme eller av et lokalt jordmorteam. Standard oppfølging i barseltiden består av med syv hjemmebesøk av jordmor

og ett av lege i løpet av den første måneden etter fødselen (1). Jordmor sjekker mor og barn der kvinnens tilheling etter fødsel og babyens vektutvikling følges opp (25). Perioden kan utvides med opptil fire uker dersom jordmor ikke er trygg på at begge er klare. Rundt ti dager etter fødsel overtar normalt helsesykepleier. Helsesykepleier møter mor og barn jevnlig gjennom babyens første leveår. Fødekvinne tilbys legesjekk seks til åtte uker etter fødsel.

National Health Services (NHS) står for tilbudet av offentlige helsetjenester og alle innbyggere har krav på gratis offentlige helsetjenester, og de fleste innbyggere benytter seg av NHS sitt helsetjenestetilbud (26). NHS finansieres primært gjennom skatt. Rundt 10,5% av innbyggerne har en frivillig tilleggsforsikring for raskere tilgang til elektive helsetjenester. Alle har krav på medisinsk oppfølging gjennom graviditet, fødsel og barsel.

Sverige

Det fødes årlig rundt 110 000 barn i Sverige (27). I 1990 var det totalt 123 938 levendefødte barn mot 104 734 i 2022. Sverige ser også en nedgang i antall fødsler, og fødselstallet for 2022 var det laveste tallet siden 2005 og hadde en nedgang på 8,3 prosent sammenlignet med 2021 (28, 29). I motsetning til andre sammenlignbare land har Sverige opplevd en økning i antall fødsler siden år 2000 men de siste årene har trenden vært lik som i andre utviklede land med nedgang i fødselstall og endring av fødepopulasjonen. Fødekvinne blir stadig eldre og får samtidig færre barn. I 2022 fikk kvinner i snitt 1,52 levendefødte barn mot 2,14 barn i 1990, og i år 2000 var gjennomsnittsalderen til fødekvinne 30,14 år mot 31,39 år i 2020 (28, 30).

Jordmødre har egne helsesentre som gir råd og hjelp til kvinner i alle aldre (31). Tilbudet er gratis og har 662 slike offentlige sentre spredt utover landet, og skal være lett tilgjengelig i hele landet. Helsesentrene håndterer svangerskap, fødsel, barsel, underliv, familieforhold, og generell helse hos kvinnen. Når kvinnen blir gravid kontakter hun *mödravårdscentral*, en jordmorklinikk, og avtaler en *inskrivningssamtal*, en første samtale, der den gravide møter *barnmorska*, jordmor. I den første samtalen snakkes det om graviditet, helse, forventninger og bekymringer, og det utarbeides en *vårdplan*, en plan for graviditetsforløpet. Kvinnen kan velge helsestasjon og fødeklinikk i regionen hun tilhører (32). Alle gravide får tilbud om gratis oppfølging under graviditeten og kontrollene er frivillige. Tilbudet avhenger av hvor man følges opp men det er vanlig med to ultralydundersøkelser mellom uke 11-14 og uke 18-

20, samt jevnlig kontroll gjennom svangerskapet (33). KUB test er en screening som kombinerer tidlig ultralyd og blodprøve, og NIPT test tilbys kostnadsfritt for alle gravide med økt sannsynlighet fra KUB test. Noen steder tilbys en rekke gratis kursing innen graviditet, fødsel, amming og barsel. Det er vanlig å føde på sykehuset kvinnen søkte seg til i svangerskapet (32). Noen regioner tilbyr økonomisk bidrag dersom kvinnen velger hjemmefødsel forutsett at visse vilkår er oppfylt. Når fødekvinne kommer til fødeavdelingen blir hun undersøkt av jordmor og skrevet inn på avdelingen om fødselen er kommet ordentlig i gang. Jordmor spør om det er noen ønsker i forhold til fødselen og leser fødeplanen om kvinnen har skrevet en, og leser journalen. Det er vanlig at partner får bli med i fødsel. Etter fødsel varierer det hvor langt opphold man har på barsel ved fødeinstitusjon (32, 33). Noen reiser hjem allerede etter seks timer om alt går bra med mor og barn, og det er vanligere at flergangsfødende reiser tidligere fra sykehuset. De som reiser hjem tidlig får hjemmebesøk etter noen dager. De som blir lenger på sykehuset kommer til en barselavdeling der man får hjelp og støtte til amming, sårbehandling, brudd og så videre. Noen ganger kan partner bli med på barsel. Før hjemreise undersøkes den nyfødte av en barnelege. Etter fødsel tar kvinnen kontakt med barnavårdcentralen og avtaler møte med barnepleier som vil følge barnet frem til fem års alder. Noen regioner tilbyr minst to etterbesøk av jordmor der en rekke temaer tas opp og mor og barn undersøkes.

Sverige har på lik linje som Norge universalt helsesystem som primært er skattefinansiert (26). Innbyggerne benytter seg primært av det offentlige helsevesenet. Helsesystemet reguleres nasjonalt og administreres lokalt.

Danmark

Det fødes rundt 60 000 barn årlig i Danmark (34). Danmark har lenge vært preget av lave fødselstall. På lik linje som andre utviklede land synker fødselstallene samtidig som at fødepopulasjonen endrer seg. Mors gjennomsnittlige fødealder var i 2022 var gjennomsnittlig 31,4 år mot 28,3 år i 1990 (35). Fødselstallene har sunket og i 1990 ble 63 433 levende barn født mot 58 430 barn i 2022. Samtidig ser man en antydning til stabilisering av antall barn kvinner antas å få i løpet av sin fertile alder der man i 2022 antok at kvinner i snitt fikk 1,6 barn hver mot 1,7 barn i 1990 (36, 37).

Alle gravide har fri tilgang til leger og jordmødre i svangerskapet (38). Lege og jordmor følger opp og forsikrer seg om at mor og barn har det bra, og at babyen vokser og utvikler seg som normalt. Standard oppfølging består av tilbud om blodprøve tidlig i graviditeten og to ultralydundersøkelser før uke 13 og 20, tre kontroller hos lege og seks kontroller hos jordmor, samt eventuelt ekstra kontroll i svangerskapsuke 41. Dersom man har vært gravid før er det vanligvis noe mindre kontroller med jordmor, og ved komplikasjoner tilpasses kontrollene etter behov. Man kan velge om man vil føde hjemme eller på sykehus, og i noen regioner tilbys også private jordmorstyrte klinikker. Dersom fødekvinne velger hjemmefødsel vil jordmor komme hjem med en gang riene starter. Legen vil diskutere valgmulighetene ved første kontroll i svangerskapet. Dersom svangerskapet varer lenger enn 41 uker vil jordmor eller lege diskutere igangsetting med den gravide, men fødekvinne velger selv om fødselen skal induseres. Dersom fødekvinne føder på sykehus vil jordmor veilede kvinnen gjennom de ulike stadiene i fødselen og kan tilby ulike muligheter for smertelindring om ønskelig. Etter fødsel varierer det om mor og barn flyttes over på barselavdeling eller reiser hjem. Dersom kvinnen føder sitt første barn blir mor og barn vanligvis flyttet over på pasienthotell eller barselavdeling. Mange av de som tidligere har født reiser hjem 6-8 timer etter fødsel og kontaktes av jordmor dagen etter. Alle som reiser hjem innen 72 timer vil få besøk av helsesykepleier 4 til 5 dager etter fødsel. Alle nyfødte undersøkes og tilbys nyfødtscreening med blodprøve innen 72 timer etter fødsel, samt hørselstest. Jordmor følger opp mor og barn opptil 10 dager etter fødsel, og lege følger opp babyen 5 uker etter fødsel samt mor 8 uker etter fødsel. Helsesykepleier følger opp babyen regelmessig gjennom hele det første leveåret.

Fram til 2019 jobbet Danmark for å få ned liggetiden på barselavdelingen ved fødeinstitusjonene, på lik linje som man i dag gjør i Norge (39). I 2019 slo den danske regjeringen kontra og innførte minstegaranti for førstegangsfødende på 48 timer der alle skulle få mulighet til å få veiledning om amming, pleie og omsorg for barnet før de reiste hjem. Det ble også innført endringer for å skape et trygt miljø for familier med nyfødte i forkant av fødselen med formål om å forebygge fødselsdepresjon og reinnleggelse på sykehus.

Danmark har på lik linje som Norge universalt helsesystem som primært er skattefinansiert (40). Nasjonalt gis blokktilskudd fra skatteinntekter til regioner og kommuner, som igjen leverer helsetjenester. Alle innbyggere har tilgang til offentlig finansiert omsorg.

Kapittel 3 – kunnskapsgrunnlag for det norske fødetilbudet

Fødsel er en fysiologisk prosess som kan gjennomføres uten komplikasjoner for de fleste kvinner og barn der selve fødselsopplevelsen fremheves som et kritisk aspekt for å sikre høykvalitetsfødsler og god fødselsomsorg (18, 19). Det er et premiss at de fleste kvinner ønsker en fysiologisk fødsel og en følelse av å ha personlig kontroll, og at fødekvinnen vil involveres i beslutningstakingen også når det er nødvendig med medisinske intervensjoner. WHO anbefaler jordmorstyrte kontinuerlige oppfølgingsmodeller dersom premissene ligger til rette for at en slik modell skal kunne fungere godt, og anbefaler barseloppfølging ved fødeplassen i minst 24 timer etter ukompliserte fødsler. WHO sine retningslinjer i fødsel (18) fremhever konseptet om opplevelse av omsorg som et kritisk aspekt for å sikre god kvalitet i fødselsomsorgen og for å forbedre utfall, og ikke bare som et tillegg til rutinemessig klinisk praksis. Globalt har det de siste to tiårene vært en sterk økning i antall intervensjoner tilknyttet fødsel der den fysiologiske fødselsprosessen monitorerer kvinner og barn, og fødselen reguleres, igangsettes, fremskyndes og termineres, med formål om å forbedret fødselsutfall. Det har blitt tryggere å bære frem barn, men fødselsprosessen har også blitt mer medikalisert, og medikalisering i seg selv kan undergrave kvinnens egne kapasitet til å føde fordi fødselsopplevelsen kan påvirkes. En rekke intervensjoner i fødsel gjøres på tross av at det ikke finnes klare indikasjoner i fødsel, og helsegapet mellom ressurssterke og ressurssvake øker. WHO peker også på viktigheten av å ha fokus på å imøtekomme mangelen på jordmødre, forbedre infrastrukturfasiliteter og veivalg, og styrke og ivareta svangerskapsoppfølging av god kvalitet. (18)

Dette kapittelet tar for seg hvordan den norske fødselsomsorgen organiseres, og utfordringer ved den norske modellen diskuteres i kapittel 4. I mars 2023 leverte Kvinnehelseutvalget sin offentlige utredning «Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse» (41), som peker på en rekke svakheter i fødselsomsorgen og viser at kvinnehelse er underprioritert. Klinikkoverlege Agnethe Lund (42) ved Kvinneklubben i Bergen poengterer at normalisering og bagatellisering av kvinners livs- og helseutfordringer bidrar til kunnskapshull og mangler i forskning og behandlingstilbud.

En fødepopulasjon i endring og økning av kompleksitet

I Norge fødes det i overkant av 55 000 barn årlig. På lik linje med andre utviklede land synker fødselstallene samtidig som fødepopulasjonen endres (43, 44). I 1990 ble det født 61 270 barn mot 52 011 i 2022 og andelen barn kvinnen får var i 1990 1,83 mot 1,70 i 2022. Mors gjennomsnittlige fødealder har steget fra 28,0 år i 1990 til 31,6 år i 2022. I 2022 vippet også gjennomsnittsalderen til førstegangsfødende over 30 år for første gang. I appendiks figur 4 vises en tabell med utviklingen i tall fra 1990 til i dag, og man ser en trend som ligner den vi ser også i andre sammenlignbare land i kapittel 2 men som også antas å gjelde for flere velutviklede samfunn enn de som er diskutert i denne oppgaven.

Dagens fødepopulasjon er mer kompleks sammenlignet med tidligere (45). Fødekvinnens gjennomsnittlige alder øker, stadig flere fødekvinne er overvektige eller har fedme, og flere kvinner lykkes med å bli gravide på tross av kronisk sykdom (41, 45). Høy alder gir økt risiko for en rekke komplikasjoner i svangerskap og fødsel, og innebærer økt risiko for at fosteret kan ha kromosomfeil men også for at mor trenger assistert befruktning. Økt vekt gir høyere KMI hos mor, og høyere KMI gir økt risiko for svangerskapskomplikasjoner og sykdom for svangerskapet. Endringer i bioteknologiloven og teknologiske fremskritt har medført endringer som tidlig fosterdiagnostikk og kunstig befruktning, men bidrar samtidig til mer kompleksitet i fødepopulasjonen. Innvandrerkvinner som gruppe har økt risiko for komplikasjoner som svangerskapsdiabetes, fødselskomplikasjoner og dødfødsel. Andelen gravide som klassifiseres med risiko har dermed økt drastisk de siste årene. Det er viktig å sikre at alle gravide ivaretas på en god måte gjennom svangerskap, fødsel og barsel. Endringer i fødepopulasjonen påvirker behovet for helse- og omsorgstilbudet til gravide, fødende og barselkvinner.

Svangerskapsoppfølging

Alle gravide har krav på gratis oppfølging i svangerskapet og følges opp av jordmor, lege eller begge (46). Svangerskapsomsorgen er lagt opp til også å identifisere gravide med økt risiko for komplikasjoner i svangerskap og/eller fødsel (47) og svangerskapskontrollene er den viktigste arenaen for å fange opp disse. Kommunen eller bydelen har ansvaret for svangerskapsoppfølgingen. «Nasjonalt faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen» (48) anbefaler en standard på ni svangerskapskontroller inkludert fosterdiagnostikk, med eventuell tilpasning etter individuelle behov. Gravide får tilbud om to ultralydundersøkelser; mellom

uke 11 og 14 og mellom uke 17 og 19, og noen får også tilbud om gratis NIPT test. (41). «Helsekort for gravide» fungerer som den gravides pasientjournal og fylles ut ved første svangerskapskontroll, og oppdateres ved hver svangerskapskontroll. Jordmor eller fastlege hjelper den gravide å søke fødested, og vil ved en faglig forsvarlig seleksjon bli henvist til det fødetilbudet som er best tilpasset kvinnen og fosterets behov (46, 47).

Fødested

I utgangspunktet er det fritt sykehusvalg i Norge. Fødetilbudet består av tre nivåer; fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk (47). De ulike nivåene har allikevel kriterier som varierer noe i de ulike helseregionene. Fødetilbudet avhenger av helsen til mor og foster, og av hvor kvinnen bor. For å sikre kvaliteten i fødetilbudet brukes gitte seleksjonskriterier for å vurdere hvor fødekvinnen kan føde. Kvinner med kjente helseutfordringer skal som hovedregel føde ved kvinneklinikk.

Per mars 2023 teller vi 45 fødeinstitusjoner og de aller fleste føder ved en fødeinstitusjon (45). Fødeavdelinger og kvinneklinikker har tilbud til både gravide klassifisert med lav risiko og til risikofødende som krever spesiell oppfølging (49, 50). Kvinneklinikker er en del av sykehus som har avdeling for nyfødte med behov for ekstra oppfølging, har spesialkompetanse innen fødselshjelp, og ivaretar kvinner med økt risiko. Friske kvinner kan også føde ved kvinneklinikker. Fødeavdelinger har noe mindre beredskap av helsepersonell og mindre tilgang til utstyr sammenlignet med kvinneklinikker. De fleste fødeavdelinger er tilknyttet sykehus uten avdeling for nyfødte og kan ivareta både friske gravide og gravide med gitte risikofaktorer. Jordmorstyrte fødeavdelinger drives av jordmødre, er ikke bemannet av leger, og har gitte kriterier for hvem som kan føde hos dem. Fødestuer kan ligge i eller utenfor sykehus og er forbeholdt friske kvinner med normalt svangerskap og forventet normal fødsel. Ved komplikasjoner overflyttes fødekvinnen til fødeavdeling eller kvinneklinikk. Friske gravide har mulighet for å benytte seg av hjemmefødsel gjennom private tilbud dersom man oppfyller visse krav, men hjemmefødsel er ikke en del av det offentlige tilbudet.

Med bakgrunn i endringer i fødepopulasjonen øker andelen som føder ved kvinneklinikk eller fødeavdeling, og samtidig øker også kompetansebehovet i svangerskaps,- fødsels- og barselomsorgen. Dette har konsekvenser for organiseringen av fødselsomsorgen.

Følgetjeneste

Regionale helseforetak har siden 2010 hatt ansvaret for døgnskuttet vaktberedskap og følgetjeneste for fødende som har mer enn 1,5 time reisevei til fødeinstitusjon (51). Fødsler skjer gjerne akutt, og i langstrakte Norge har mange fødekvinne lang reisevei. Følgetjenesten er en ordning med vaktberedskap som omfatter jordmor eller lege med tilstrekkelig kompetanse innen fødselshjelp (47) og skal være organisert i samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten med den akuttmedisinske kjeden som legevakt, ambulans og kommunal jordmortjeneste. Følgetjenesten skal ha to hovedhensikter (52); å sikre medisinsk faglig forsvarlighet, og å skape trygget for den gravide underveis til fødeinstitusjon. Fødselsveilederen sier at «den faktiske reisetiden må være utgangspunktet når helseforetak og kommune skal presisere behovet for følgetjeneste og trygg fødselsomsorg» (52) men at andre faktorer som kvinnens helsetilstand, fødselens stadium, tilgjengelighet på transport og værforhold også skal hensyntas.

Kvalitet i fødselsomsorgen og uønskede hendelser i fødsel

Det anses som trygt for mor og barn å føde i Norge. Dødeligheten er lav (53) og gravide med komplikasjoner blir i stor grad fanget opp. Det er mye kompetanse i behandlingstilbudet og håndteringen av komplikasjoner i graviditet og fødsel, og flere kvinner med kroniske underliggende sykdommer kan føde friske barn, også uten at fødekvinne får langsiktige medisinske komplikasjoner (45). Det er helt avgjørende med godt samarbeid underveis i fødselsforløpet. Jordmødre tar seg i stor grad av de ukompliserte fødselsforløpene og legenes arbeidsområde er komplikasjoner i fødselsforløpet. Ved tegn til komplikasjoner skal lege involveres (54).

Fødeinstitusjonene skal følge «Kvalitetskrav til fødselsomsorgen» (47). Kvalitetskravene omfatter krav til organisering, fordeling av oppgaver og funksjon, kompetansekrav, oppfølgingssystem av kravene, og krav til informasjon og kommunikasjon. Målet med kvalitetskravene er å sørge for at fødeinstitusjonene gir fødselshjelp på et høyt faglig nivå, og at bruk av intervensjoner kun skal skje når det er nødvendig og i tråd med kunnskapsbasert praksis, slik at man unngår unødvendige inngrep. På alle tre fødenivåer vektlegges nødvendigheten av kunnskap og øving i oppgavene som skal løses for å håndtere ulike situasjoner, og dette inkluderer også uventede og kritiske situasjoner. Fødeinstitusjoner skal sikre at ansatte til enhver tid har nødvendig og tilstrekkelig kompetanse til å løse oppgavene

de har ansvar for, og det krever oppfølging og kontroll av om tiltak som er iverksatte er tilstrekkelige. Pasientrettighetslovens §3-1 gir pasienten rett til medvirkning i helsehjelp, som i fødselsomsorgen innebærer at lege eller jordmor informerer den gravide på en måte som gjør henne i stand til å kunne medvirke og velge forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.

Når man vurderer fødselsomsorgen i Norge ser man på nasjonale kvalitetsindikatorer innen fødselsområdet (55), altså statistikk, som måler antall i fødselsrifter, igangsatte fødsler, fødsler med kunstig riestimuli, fødsler uten større inngrep og komplikasjoner, keisersnitt, dødelighet, antall dødfødte, og den nyfødtes tilstand. Nasjonale kvalitetsindikatorer måler med andre ord medisinske komplikasjoner men tar ikke hensyn til andre faktorer som også potensielt påvirker kvaliteten i fødselsomsorgen, og dette diskuteres videre i kapittel 4. Den perinatale mortaliteten er lav (45) og derfor er det store forventninger til at fødselsomsorgen er trygg og av god kvalitet.

Til tross for god fødselsomsorg skjer det uønskede hendelser med alvorlig utfall for mor og/eller barn. Ofte er det forsinkelser i både diagnostikk og forløsning som gir uønskede utfall (45). Feilvurderinger under fødsel er uunngåelige og akutte komplikasjoner kan oppstå. Statens helsetilsyn, som gjennomfører systemrevisjoner, skriver at «fødselsomsorgen i Norge er trygg og god, men fødeinstitusjonene kan bli bedre til å lære av egne feil» (54). Formålet med systemrevisjoner er å vurdere hvordan virksomhetene ivaretar ulike myndighetskrav gjennom sin internkontroll. Utsiktet skade og komplikasjoner som krever behandling eller i sjeldne tilfeller ender med dødsfall kan skje, og faglige avgjørelser i svangerskap og fødsel kan medføre store konsekvenser (47). De fleste komplikasjoner håndteres raskt og i henhold til god praksis, og de fleste akutte hendelser håndteres uten at verken mor eller barn blir skadet (54). Når det påvises svikt skal det meldes internt.

Bemanning

Kontinuerlig støtte av fødekvinne viser seg å gi lavere risiko for behov av medisinske intervensjoner, kortere fødselsforløp, og mindre risiko for fødselsdepresjon (56, 57).

Tilstrekkelig kompetent bemanning ved fødeinstitusjonene sikrer kvalitet i fødselsomsorgen. Internasjonalt støttes den norske anbefalingen om én-til-én-omsorg med tilstedeværende jordmor under aktiv fødsel (47). En kompetent fødselslege er en forutsetning for å drifte en

fødeavdeling og for å sikre trygg fødselsomsorg med ansvar for blant annet sykdom og komplikasjoner under fødsel. Endringer i fødepopulasjonen skaper behov for økt kompetanse i fødselsomsorgen og primærhelsetjenesten, og dette diskuteres i kapittel 4.

Barsel

«En faglig forsvarlig barselomsorg omfatter fortløpende vurdering av kvinnens generelle tilstand og helse, etterrier, blødninger, problemer med bristninger og rifter i forbindelse med fødselen, og smertelindring» (47).

Etter fødsel flyttes mor og barn over på barselavdeling eller barselhotell (58). Tradisjonelt samarbeider jordmødre, barnepleiere, gynekologer og barneleger om barseltilbudet ved fødeinstitusjonene (47). I barseloppholdet skal det tilrettelegges for at mor, partner og barn er mest mulig sammen og oppfølging skal tilpasses behovet til mor og barn. De første dagene skal fokuset være på å etablere amming, kontrollere den nyfødtes vektutvikling, og følge opp eventuelle inngrep og komplikasjoner etter fødsel. Den nyfødte undersøkes ett til tre døgn etter fødsel, vanligvis på barselavdeling eller barselhotell. Under barseloppholdet skal man ha flere samtaler med helsepersonell med informasjon og veiledning. Før hjemreise skal man få en oppfølgingsplan, tilbud om samtale for å gå gjennom fødselen, og vite hvor man kan henvende seg om det oppstår behov for hjelp. Om alt er normalt kan man reise hjem noen timer etter fødsel, men vanligvis reiser man hjem etter ett til tre døgn. (47, 58)

Etter hjemreise overtar primærhelsetjenestene omsorgen for den nye familien der fastlege, kommunal jordmor og helsesykepleier er sentrale i oppfølgingen av barselkvinnen og den nyfødte (41, 47, 58). Dagens retningslinje anbefaler ett hjemmebesøk av jordmor innen 48 timer etter hjemreise for førstegangsfødende og innen 72 timer for flergangsfødende med tidligere gode erfaringer. Flere kommuner tilbyr i dag hjemmebesøk av jordmor 1-3 dager etter hjemkomst. For helsesykepleier anbefales det at første hjemmebesøk gjennomføres 7-10 dager etter fødsel. I appendiks figur 5 vises utviklingen av andelen som får hjemmebesøk de siste årene. Mor kan få kontroll hos fastlegen eller hos jordmor på helsestasjonen 4-6 uker etter fødsel, men helsestasjonen har etterhvert fått økt fokus på også å støtte familien som helhet. Standardtilbudet til helsestasjonen består av 14 kontroller etter fødsel, men tilpasses etter individuelle behov. Helsestasjonen følger opp babyen jevnlig fra det reiser hjem fra

sykehuset og frem til barnet blir fem år, spesielt gjennom det første leveåret, og er et gratis lavterskeltilbud for barn og foreldre i kommunen eller bydelen man bor i.

Barselperioden er sårbar og familiene trenger omsorg og støtte for å mestre nye utfordringer som møter dem. Å være en frisk barselkvinne er ikke synonymt med at en ikke har behov for omsorg og hjelp. Det er en liten andel barn trenger spesiell oppfølging i nyfødtp perioden (47). Ansvar for oppfølgingen av nye mødre og spedbarn overføres i økende grad fra sykehusene til kommunen (41, 47). Det planlegges for en utvikling med færre sengeplasser på barselavdeling der friske fødekvinne og nyfødte skal reise hjem noen timer etter fødsel. Veilederen «Nytt liv og trygg barsel» (59) sier at kvinner som ønsker å amme skal få være på barselavdelingen inntil ammingen er etablert og barnet ernæres med morsmelk (59, 60).

I appendiks figur 4 vises en graf som illustrerer utviklingen i gjennomsnittlig barselopphold fra år 2000 til 2021. Tall fra medisinsk fødselsregister viser at liggetiden på barselopphold ved fødeinstitusjon har gått betydelig ned og var rekordlavt under pandemiårene 2020 og 2021 med en gjennomsnittlig oppholdstid på 2,6 døgn etter fødsel, ned fra 4 døgn i år 2000 (61). De siste tjue årene har det blitt vanligere med kortere opphold på fødeinstitusjon både for førstegangsfødende og flergangsfødende, men flere land melder om kortere oppholdstid gjennom pandemien (62).

Overføring av ansvar for friske barselkvinne og nyfødte til primærhelsetjenesten

Barselkvinne og nyfødte har tradisjonelt blitt ivaretatt på barselavdelingene der jordmødre, barnepleiere, gynekologer og barneleger samarbeider om barseltilbudet ved fødeinstitusjonene (47). Ettersom det planlegges for at flere oppgaver skal overføres til primærhelsetjenesten vil fastleger, kommunale jordmødre og helsesykepleiere spille en viktig rolle for barselkvinnens og spedbarnets helsetilbud (58). Etter samhandlingsreformen fikk kommunene overført flere oppgaver i oppfølgingen av friske gravide og spedbarn, og de fleste kommuner har i dag tilrettelagt for dette.

Det er avgjørende at kommunehelsetjenesten er lett tilgjengelig og har riktig kompetanse, ressurser og tilstrekkelig med kapasitet til å følge opp mor og barn den første tiden etter fødsel. De første dagene etter fødsel må nødvendig oppfølging skje i et avklart samarbeid mellom spesialist og primærhelsetjenesten, og kvinner som reiser hjem før ammingen er kommet godt i gang har behov for særlig oppfølging (47). Jordmødre og helsesykepleiere bør

overlappe hverandre og sørge for en best mulig overgang til videre oppfølging ved helsestasjonen. Når det planlegges for kortere barselopphold og tidligere hjemreise stilles også økte krav til bredere kompetanse i primærhelsetjenesten. En ytterligere overføring av oppgaver til kommunehelsetjenesten forutsetter ytterligere kompetanseutvikling og beredskap i kommunen, og en vaktordning slik at familiene ivaretas og kan ta kontakt ved behov utenom den avtalte oppfølgingen. I dag undersøkes nyfødte stort sett av barnelege eller lege med tilstrekkelig kompetanse før hjemreise, og når barseloppholdet skal forkortes må det sikres kompetanse og kapasitet til å gjøre de nødvendige undersøkelsene av den nyfødte og nyfødtscreening, og for å følge med på utvikling av gulsott hos nyfødte (47). For barselkvinnen er det viktig å vite hvor hun kan henvende seg om det oppstår behov for råd, og terskelen for å kunne ta kontakt bør være lav.

En differensiert barselomsorg med god kvalitet krever en styrket kommunal jordmor- og helsestasjonstjeneste; men samtidig en oppgave- og rolleavklaring mellom fastlege og helsesykepleier; avtaler mellom kommuner og helseforetak, og mulighet for interkommunalt samarbeid. Barseltiden er særlig viktig for å fange opp å gi et godt tilbud til kvinner og familier hvor det er risiko knyttet til psykisk helse, familie- og omsorgssituasjonen eller andre forhold som kan komme i veien for god utvikling og stabilitet. Som eksempel er det viktig at symptomer på fødselsdepresjon fanges opp og behandles tidlig fordi kroniske symptomer hos mor har størst negativ effekt på barn (63). Studier har funnet sammenheng mellom tidlige emosjonelle vansker hos mor og problematisk atferd hos barn, og at emosjonelle vansker hos mor påvirker samspillet mellom mor og barn negativt med potensielle konsekvenser for hele familien (64, 65, 66).

Amming

Amming har en rekke helsefordeler for både mor og barn (59, 67). På kort sikt bidrar amming til å dekke spedbarnets næringsbehov, og beskytter mot sykdom og infeksjoner. Mødre som ammer har lettere for å komme tilbake til sin normalvekt og amming kan virke forebyggende mot fødselsdepresjon. På lang sikt kan amming også bidra til mindre forekomst av alvorlige sykdommer som brystkreft, eggstokkreft, diabetes type 2, og hjerte- og karsykdommer. WHO definerer amming som et kostnadseffektivt tiltak for å redusere risikoen for en rekke ikke-smittsomme sykdommer (68).

Norske helsefaglige råd anbefaler fullamming første seks måneder og samlet ammeperiode på minst ett år men gjerne lenger. Nasjonal handlingsplan har som mål å øke andelen som fullammes og ammes hele det første leveåret (68). I Norge har vi gode rammebetingelser med ammefri for ammende yrkesaktive mødre (41, 59). Barselavdelinger skal tilrettelegge for at mor kan komme i gang med amming. Læringsressurser hjelper og støtter mødre som opplever utfordringer med amming, og frivillige organisasjoner som ammehjelpen når ut til mange ammende mødre med ulike utfordringer.

Amming har vist å kunne bidra til å redusere sosiale forskjeller i helse fordi barn som ammes gis et godt grunnlag for god helse og utdanning uavhengig av foreldres sosioøkonomiske status, men man ser at kvinner med lav utdanning ammer kortere enn de med høy utdanning (59, 69).

Finansiering

Helsetjenester i Norge består i stor grad av offentlig finansierte helsetjenester med obligatorisk trygdeordning gjennom folketrygden for alle som er bosatt i Norge. Folketrygden finansieres gjennom skatter og avgifter, og gir økonomisk stønad blant annet ved sykdom, svangerskap og fødsel, og dekker utgifter til medisinsk behandling, rehabilitering og tilretteleggelse i arbeid (70). Gravide og noen andre grupper, som barn, har tilgang til gratis helsetjenester, men de aller fleste betaler en egenandel opp til et gitt tak fastsatt av Stortinget. I 2023 er beløpet på 3 040 kroner (71). Primærhelsetjenesten består av kommunale helsetjenester og fastlege, mens staten har ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Rundt 10 prosent har frivillig privat helseforsikring i tillegg til folketrygden. (70)

Spesialisthelsetjenesten finansieres av offentlige midler, primært gjennom skatt, og er delt opp i regionale helseforetak som har ansvaret for drift og finansiering av spesialisthelsetjenester i egen region (72). Finansieringen av de regionale helseforetakene er hovedsakelig todelt der finansieringsordningen består av en basisbevilgning og en innsatsstyrt finansiering, ISF, som er en aktivitetsbasert bevilgning til regionale helseforetak for somatisk spesialisthelsetjeneste. Grunnlaget for å beregne ISF-refusjon baserer seg på diagnoserelaterte grupper-systemet, DRG, særtjenestegruppe-systemet, STG, og tjenesteforløpsgruppe-systemet, TFG. Kostnadsvektene baserer seg på historiske data slik at vektene for ISF 2023 beregnes med utgangspunkt i konstansgrunnlaget fra 2019. Aktivitetsnivå og type

pasientbehandling utløser bevilgninger fra staten til regionale helseforetak gjennom ISF. ISF-bevilgningen er ment å dekke rundt halvparten av de ordinære driftskostnadene til den somatiske spesialisthelsetjenesten, men avhenger også av hvor mange pasienter som behandles og hva slags type pasient eller behandling. Basisbevilgningen utgjør omtrent den andre halvparten av finansieringen men størrelsen på basisbevilgningen bestemmes ut fra blant annet innbyggertall og alderssammensetning i regionen uavhengig av aktivitet. Alle pasientopphold klassifiseres i en diagnoserelatert gruppe, DRG, basert på koding av diagnose og behandling. (72). I 2018 ble kostnad per pasient-metodikk innført, som skal gi et mer presist kostnadsgrunnlag (73). Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene. ISF retter seg mot de regionale helseforetakene og i snitt er hensikten at refusjonene dekker deler av kostnadene ved økt aktivitet mens resten dekkes av basisbevilgningene. Regler og retningslinjer som lover og forskrifter legger føringer for prioritering, og basisbevilgningen skal brukes for å understøtte ønsket prioritering. ISF er ikke et prioriteringssystem men et gjennomsnittsbasert system som ikke er ment å styre prioriteringer i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at finansieringen ikke er til hinder for god organisering av tilbudet på den enkelte avdeling eller mellom avdelinger. (72, 73).

Fødselsomsorg kan sies å være en særegen og kompleks aktivitet ved sykehusene, men samtidig er dagens finansieringsordning for fødselsomsorgen utviklet for somatisk kurativ behandling (41). Når ISF-inntekten utgjør en stor del av budsjettet blir avdelinger sårbare for endringer i aktivitetsnivå. Fødsler skjer stort sett spontant og fødselsomsorgen må organiseres deretter. Prehospitale tjenester, som følgetjenesten, skal dekkes av basisbevilgningen og spesialisthelsetjenesten skal prioritere risikofødende (73). Fødeinstitusjonene har vaktberedskap og har flere fellestrekk med akuttberedskap heller enn elektiv sykehusbehandling (41). Det er vanskelig å måle aktivitet i fødselsomsorgen nettopp fordi fødsler gjerne starter spontant og det er vanskelig å planlegge fordi det er vanskelig å forutse bemanningsbehovet fra dag til dag. Det kan være store sesongvariasjoner, men samtidig må beredskapen være tilstede til enhver tid. Endringer i fødepopulasjonen har medført økt kompleksitet, som indikerer et økt ressursbehov ved fødeinstitusjonene. ISF må kunne fange opp endringer i ressursbruk over tid og understøtte disse endringene, særlig der aktiviteten i liten grad kan påvirkes, som for fødsler. Nedgang i antall fødsler gjør at inntektene til fødselsomsorgen fra ISF blir redusert, som medfører behov for å justere helseforetakenes budsjetter. Riktig bemanning er kritisk for å sikre god fødselsomsorg, men aktivitet kan i

begrenset grad planlegges. Beredskap reflekteres ikke direkte i målt aktivitetsnivå. (73). I 2021 innførte Helsedirektoratet TFG-systemet innen fødselsomsorg men foreløpig brukes ikke disse gruppene som grunnlag for ISF, og det pekes også på muligheten for å finansiere deler av fødselsomsorgen som helhetlige tjenesteforløp (41).

Kodesystemet for fødselsomsorgen omfatter koding av normale svangerskap, normale fødsler, en rekke ulike tilstander som oppstår ved komplikasjoner, dødfødsel, og traumatisk fødsel som har ettersamtale. Det finnes én kode for barsel uten komplikasjoner hos mor og barn, «pleie og undersøkelse umiddelbart etter forløsning og rutinemessig helseundersøkelse av nyfødt», som utløses ved overflytting av mor til annen avdeling eller institusjon.

Kodesystemet fokuserer på medisinsk tilstand og det finnes ingen koder som skal sikre kvinnens behov for og krav på veiledning og støtte. Det finnes også en rekke koder for den medisinske delen av svangerskapsavbrudd og for kontakt med fokus på abort og medisiner/prosedyre. Det finnes en kode for omsorg, «omsorg for og behandling av mor ved kjent eller mistenkt patologisk tilstand eller fosterskade», og en kode for prevensjonsveiledning. (74)

I 2018 utgjorde aktiviteten i fødselsomsorgen 56 458 ISF-poeng fordelt på 359 907 sykehusopphold, som ga en utbetaling på rundt 1,23 milliarder kroner (41). I 2019 varierte kostnadsvektene fra 0,020 for en ordinær poliklinisk konsultasjon, DRG 9140, til 1,979 for keisersnitt med kompliserende tilleggsdiagnose hos mor, DRG 370. Det ble innført to nye DRG-er for fødende med svangerskapsforgiftning og i 2023 har HOD gitt Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere behovet for ytterligere justeringer i ISF fra 2024 for å sikre at ordningen er tilstrekkelig tilpasset variasjonen i gravide og fødendes behov. (41)

Kapittel 4 – diskusjon av dagens barselstilbud og veien videre

Svangerskaps- og fødselsomsorg handler om å skape nytt liv. For samfunnet, familien og fødekvinnen er det ønskelig at det fødes friske og sunne barn. God oppfølging gjennom svangerskapet, trygg og god hjelp i fødsel, og god barselomsorg er sentrale forutsetninger for god helse gjennom hele livet både for mor og barn. Svangerskapsoppfølging er preventiv helsehjelp, og den første måneden etter fødsel er perioden man er mest sårbare for infeksjoner og komplikasjoner som globalt sett er den ledende årsaken til dødsfall blant barn under fem år (75). Globalt har mødre dødeligheten gått ned med 34 prosent fra årene 2000 til 2020, eller fra 342 til 223 døde per 100 000 levendefødte (76).

Det har vært store endringer i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen de siste hundre årene (45). I 1920 var det tre fødeinstitusjoner i Norge og de fleste fødte hjemme. I 1970 var det nesten 200 fødeinstitusjoner og nesten alle fødte ved en fødeinstitusjon. Per mars 2023 teller vi 45 fødeinstitusjoner og de aller fleste føder ved en fødeinstitusjon. Oppholdstiden ved barselavdeling har gått drastisk ned, fra rundt 2 uker på 1950-tallet til gjennomsnittlige 2,6 døgn under pandemien (1, 62). Historisk sett har barselkvinnen og den nyfødte fått avlastning og hvile av naboer og familie, mens i dag er det i stor grad offentlig helsetjenestetilbud som følger opp i barseltiden (77). Det planlegges for kortere barselopphold ved fødeinstitusjon og tidligere hjemreise etter fødsel. For å ivareta den nyfødte og barselkvinnen må primærhelsetilbudet og samarbeidet mellom spesialist og primærhelsetjenesten styrkes.

Kvinnehelseutvalgets rapport «Den store forskjellen – om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse» (41) tolker dagens utfordringer som et resultat av at kvinnehelse over tid har blitt nedprioritert og at betydningen av disse tilbudene mangler anerkjennelse. Det er viktig å sikre god kvalitet på helsetilbudene for gravide, fødende og barselkvinner, men dagens ordning innehar en rekke svakheter som diskuteres nærmere i dette kapitlet. Mødre helse omfatter langt mer enn å overleve svangerskap og fødsel, og de siste årene har det vært mange medieoppslag om alvorlige hendelser i forbindelse med fødsel og barsel som følge av manglende eller feil helsehjelp (78, 79, 80, 81, 82).

Et teoretisk blikk på utviklingen av dagens fødselsomsorg

Modernismen har ført til store endringer i fødselsomsorgen siden 1900-tallet. Historisk sett har helsesektoren gått fra å være en sosial omsorgsmodell til å bli en mer medisinskstyrt

modell. Det har utviklet seg ulike syn på fenomenet fødsel. En fysiologisk naturlig fødselsmodell plasseres i det ene ytterpunktet og en medisinskstyrt fødselsmodell plasseres i det andre ytterpunktet (83, 84). I en medisinsk modell vil svangerskapsoppfølgingen ha fokus på fosterets utvikling og screening for patologi, der fødsel krever medisinsk kontroll og monitorering av situasjonen slik at tidlige tegn på patologi kan behandles. I en sosial modell ser man på fødsel som et naturlig fenomen der de fleste kvinner har trygge og normale fødsler uten behov for medisinske intervensjoner, og kvinner med forhøyet risiko kan fanges opp i svangerskapsoppfølgingen og selekteres til medisinsk oppfølging. Den jordmorstyrte modellen har fokus på den gravide og faktorer som kan påvirke graviditeten, fosteret, fødselen, ammingen og barselhelsen. Medisinskorientert personell fokuserer på patologi og ikke nødvendigvis på slike potensielle problemer tilknyttet den gravides liv. Man kan si at jordmormodellen baseres på respekt for den naturlige fysiologiske fødselen og troen på at kvinners kropp er designet for å føde, mens den medisinskstyrte modellen gjør det motsatte og fokuserer på det uperfekte ved kvinnens fødekropp som krever at fødsel må skje på sykehus med full tilgang på medisinsk utstyr og tilsyn av fødselslege. (83, 84)

For å se på mekanismene bak de store endringene innen fødselsomsorgen siden 1900-tallet, mener jeg å kunne trekke paralleller mellom helsevesenets utvikling, risikoteori og beslutningsteori, der jeg velger å belyse en teoretisk tilnærming av risikostyring og stiavhengighet. Man kan kanskje finne noen årsakssammenhenger ved å se på hvordan disse har formet det moderne samfunnet og dagens organisering av helsevesenet. Det å se på fødsel som noe risikofyllt kan passe godt med begreper innen risikoteori, og utviklingen vi ser i dagens organisering kan passe godt med teori innen stiavhengighet, og dette blir forsøkt belyst i dette delkapittelet.

Risikoteori baseres på en forståelse om at befolkning og individer må måles, styres og beskyttes for å kunne maksimere produktivitet, velstand, helse og velferd (83). Ettersom samfunnet har utviklet seg har også behovet for å skape orden og kontroll utviklet seg. I den tidlige modernismen gikk man fra en tro om at mennesket er i Guds hender eller skjebne, til en tro om at mennesket selv er ansvarlig for risiko. Tilgjengelige informasjonssystemer muliggjorde at man begynte å se prosesser med å monitorere befolkning og individer, slik som folketelling. På 1900-tallet utviklet det seg et fokus på å ivareta forsvar og arbeidere, der barn og familier måtte beskyttes slik at populasjonen kunne bli friskere og sterkere. Jordmødre var viktige for å fremme mødre og nyfødtes helse, og det ble utviklet

mødreklinikker, velferdsklinikker og rutiner for svangerskapsoppfølging. Mortaliteten i fødsel gikk ned, fødselsutfall ble registrert, og det ble rettet økt fokus mot risikofaktorer i svangerskap og fødsel. I dag ser man at risiko ofte uttrykkes i sannsynlighetstall, og at fokus på risiko skaper en viss usikkerhet og angst i samfunnet. (83) Dette så man også under covid-19-pandemien der smitterisikoen medførte at samfunn aksepterte å innordne seg strenge restriksjoner med formålet å redusere sannsynligheten for smitterisiko.

Medisinering av ulike livsfasen, som fødsel og død, er en del av et forsøk profesjonen gjør for å monitorere kroppsfunksjoner, for slik å kunne kontrollere avvik (83). Profesjonen tar kontroll ved å «skape» risiko, med andre ord ved å vektlegge risiko, for så å definere livshendelser som risikable. En oppfatning om at graviditet og fødsel må styres fordi det kan innebære risiko passer dermed godt inn i en slik risikoteori, der fødselen defineres i medisinske termer. Men monitorering i seg selv kan skape en økt oppfatning av usikkerhet. Sikkerhetskulturer utvikles for å redusere risiko, og ledere og ansatte pålegges et økt ansvar. I fødselsomsorgen påvirker dermed sikkerhetskulturer hvordan helsepersonell forholder seg til potensiell risiko. Jo mer informasjon vi har, jo mer bekymrer vi oss, og jo mer skaper vi fremtidig risiko. (83) Ettersom samfunnet har blitt mer opptatt av risiko har vi fått en bevegelse bort fra det sosiale til den medisinske modellen av svangerskap og fødselsomsorg der risiko kan klassifiseres med «muligheten for utilsiktede og negative konsekvenser av beslutninger og handlinger» (85).

Hvordan data samles inn og behandles påvirker hvordan helsetilbud utformes. Da fødsler ble flyttet inn på institusjon var populasjonen og ikke individet i fokus (83). Hvordan risiko og utfall måles påvirker dermed hvordan vi forholder oss til graviditet og fødsel. Flere kvinner med normale fødsler har erfart at de har måttet føde ved høyrisikoavdelinger når bekymring rundt utfallet baserer seg på populasjonsstatistikk og ikke individuelle faktorer, og fødsler som antas å kunne innebære høy risiko medfører en økning i bruk av intervensjoner, som diskuteres nærmere i delkapittelet «Erfaringer i fødetilbudet og bruk av intervensjoner». Det kan kanskje argumenteres at en slik sikkerhetskultur medfører at fødselen blir unødvendig medikalisert. Samtidig har medisinske fremskritt muliggjort at man kan oppdage tidlige tegn på komplikasjoner, fange opp risikofaktorer og behandle disse. Et ønske om å identifisere potensielle komplikasjoner gjør at vi kan sette i gang med å behandle eller iverksette forebyggende tiltak med mål om å forhindre komplikasjoner (84). Vaksinasjon er et eksempel på forebyggende intervensjon med behandling før potensiell sykdom. Fokus på risiko og

medisinering av fødselen kan skape frykt mot en fysiologisk naturlig fødsel og øke etterspørselen etter medisinsk assistanse (83). Forholdet mellom risikofaktorer og faktisk patologi mistes, og gravide klassifisert med høyriskofaktorer behandles som om de hadde faktiske komplikasjoner (84). Veiledere og retningslinjer er en del av et risikostyringssystem. I den medisinskstyrte modellen forbereder man seg på det verste, og i fødsel kan uventede komplikasjoner oppstå. Et fokus på risiko har påvirket fødselsomsorgen flere steder, som eksempel har fødende i USA opplevd å ikke få spise eller drikke i tilfelle de skulle ha behov for anestesi ved akutt keisersnitt, eller å rutinemessig få innsatt kanyle i tilfelle noe akutt oppstår. Ingen av disse forhåndsreglene anses som nødvendige i fødsler med normale tilløp, og er nok rutiner som er etablert «for sikkerhets skyld», som også kan være en årsak til at fødeinstitusjoner fortsetter med ulik praksis som ikke nødvendigvis er evidensbasert. Sistnevnte kan forklares med teori innen beslutningstaking. (83, 84)

I masterstudiet har det blant annet vært forelest om beslutningsprosesser i helsevesenet, der jeg i forbindelse med denne oppgaven mener det er relevant å fremheve teorien om stivhengighet (86) og Hammond m.fl. sin teori om «hidden traps of decision making» (87) for å dra paralleller til dagens organisering av fødselsomsorgen. Teorien om stivhengighet går ut på at beslutninger påvirkes av tidligere beslutninger. Eller rettere sagt – tidligere beslutninger påvirker beslutninger vi tar i dag. Ideen bak denne teorien er at du beveger deg på en sti der du noen ganger kommer til store veiskiller som etterhvert fører deg til mindre og mindre stier, som gjør at det blir stadig vanskeligere å bytte mellom de store veiskillene. Et mye brukt eksempel er bokstavplasseringen på tastaturet, qwerty, som har blitt en universell standard. Beslutningen bak plasseringen var av praktiske hensyn som neppe tok høyde for at det ville bli en gjeldende universell standard, men ettersom skrivemaskiner ble mer utbredt tok flere i bruk oppsettet, og det var naturlig å overføre det til datamaskintastaturet. Jo fler som tok det i bruk jo vanskeligere ble det å få gjennomslag for alternative oppsett – jo mer utbredt noe er, jo vanskeligere er det å endre på det. Det kan altså være en fordel med å være først ute. Tilfeldige valg i starten blir stadig vanskeligere å reversere. Beslutninger tatt tilbake i tid staker ut en kurs som mer eller mindre ubevisst følges, og kostnadene ved å bytte kurs blir mer betydelige jo lenger det går. Man ser eksempler på dette innen en rekke områder. Innen finansieringen kan ikke finansieringsordninger og budsjettgrunnlag omveltes hvert år fordi det er en svært krevende prosess. Mye baseres på tidligere erfaringer, og dermed baseres også budsjettgrunnlag på tidligere år med enkelte tilpasninger. I institusjonsteorien ser man at slik kan også sykehusene fortsette å fungere, uten at det tas nye omveltende beslutninger,

fordi mye kan baseres på tidligere beslutninger. Ettersom ting endrer seg kan det bli vanskeligere å velge sti, og man kan havne i et beslutningsmønster som påvirkes av teorien til Hammond et al (87) som går ut på at dårlige beslutninger ofte kan spores tilbake til måten beslutningene ble tatt, der alternativer ikke var klart definerte, riktig informasjon ikke innhentet, og kostnader og fordeler ikke presist vektet. Feilen ligger ikke nødvendigvis i beslutningstakingsprosessen men latent hos beslutningstakeren fordi menneskets hjerne kan sabotere valgene vi tar der vi ubevisst bruker rutiner som kalles «heuristics», som er mentale snarveier som kan lette problemløsning og sannsynlighetsvurderinger, for å takle kompleksitet i beslutninger. Vi kan altså la oss lure til å tro at noe er på en bestemt måte selv om det ikke nødvendigvis er slik. Jeg vil spesielt dra frem tre av hans prinsipper; «status quo», «sunk cost» og «confirming evidence trap». I status quo vil en beslutningstaker fristes til å forbli i et etablert mønster fordi det kan fremstå som det tryggeste alternativet. I en status quo kan ikke individet klandres i ettertid for å ha tatt en annen beslutning med uante potensielle konsekvenser, selv om det foreligger bedre alternativer. Som eksempel kan det virke skremmende å stå ansvarlig for å flytte fødsler ut av høyspesialiserte avdelinger fordi det kan oppstå uheldige hendelser, eller å stå i front for å styrke tilbudet ved barseloppholdet fordi det kan medføre ressursmangel andre steder. Konsekvenser av valgene som tas åpner for debatt og gjør oss sårbare for kritikk. Det å bryte status quo betyr å handle og ta ansvar, men åpner slik også for kritikk og anger. I sunk cost så vil tidligere investeringer bane vei for fremtidige beslutninger, fordi tidligere investeringer som er irrelevante for nåværende beslutninger allikevel preger tankesettet vårt ved at man fortsetter å belage seg på den gamle investeringen. Mennesket er uvillig, bevisst eller ubevisst, til å innrømme feil, og det kan være tryggere å fortsette i det tidligere sporet fordi man da slipper å stå ansvarlig for eventuelle konsekvenser av å endre dette. Som eksempel kan man se på etableringen av helseplattformen som har kostet masse penger men inneholder så store mangler at brukerne har lyst å gå bort fra modellen, men der man (foreløpig) istedenfor fortsetter å ta beslutninger basert på dette systemet; eller man kan se på utbredelsen av den medisinske fødselsomsorgen i dag der det er investert såpass mye i utstyr, personell og bygg at det å gå tilbake til en struktur med flere små fødestuer kan virke for krevende, og resulterer i beslutninger om ytterligere nedstengninger til fordel for større fødeavdelinger selv om det er ønskelig med jordmorstyrte enheter. Beslutningen av nedleggelsen av ABC-enheten på OUS, som diskuteres nærmere i delkapittel «Forbedringsområder i dagens barselomsorgstilbud», kan også diskuteres å bære preg av denne teorien der hovedargumentet som ble kommunisert var

at mangel på jordmødre krevde en omorganisering for å styrke fødetilbudet på de øvrige fødeavdelingene, men beslutningen resulterte i at de fleste jordmødrene ved abc allikevel sa opp (88). Avgjørelsen ble tatt og man fortsetter å basere beslutninger på denne avgjørelsen. Dårlige beslutninger blir gjerne en offentlig sak som inviterer til kritiske kommentarer, og mennesket er uvillig, bevisst eller ubevisst, til å innrømme feil. Det kan virke tryggere å la beslutningen stå selv om valget bidrar til ytterligere svakheter. I confirming evidence trap-teorien søker man aktivt etter ønsket informasjon slik at man legger for mye vekt på støttende informasjon og for lite vekt på konflikterende informasjon. Som eksempel kan man se at de som er for en fysiologisk naturlig fødsel fremmer hjemmefødsel og jordmorstyrte enheter som det tryggeste alternativet, mens de som er for en medisinskstyrt fødsel fokuserer på risiko rundt svangerskap og fødsel, og fremmer sykehusfødsel som det tryggeste alternativet, der begge parter kritiserer hverandres argumentasjon. Sistnevnte teori er også en årsak til den hyppige referansebruken i denne oppgaven da det var vanskelig å belyse aspekter ved barselomsorgen uten å ta høyde for de mange ulike faktorene som preger den.

Erfaringer i fødetilbudet og bruk av intervensjoner

Det siste århundret har oppfatningen om hvor fødsel skal skje hatt et globalt skifte. Andelen hjemmefødsler har sunket samtidig som sykehusbasert obstetrisk omsorg har blitt den dominante modellen for svangerskapsomsorg. I Norge er det mest vanlig med jordmorstyrte fødsler der fødselslege har det øverste ansvaret (89). Både internasjonalt og nasjonalt oppnås gode resultater fra fødselsomsorgen i jordmorstyrte fødestuer. Resultatene gir en indikasjon på at jordmorstyrt omsorg resulterer i flere normale fødsler (90). Dette delkapittelet vil diskutere faktiske erfaringer ved de ulike fødenivåene, og vise at noen faktorer ikke nødvendigvis samsvarer med veiledere og teori som ligger til grunn for dagens fødetilbud.

Funn i studier viser at jo lenger bort fra den sosiale modellen, som ble beskrevet i delkapittelet «Et teoretisk blikk på utviklingen av dagens fødselsomsorg» man gikk, jo mindre positive var fødekvinnes erfaringer (91). Føringer, veiledere og protokoller påvirker hvordan helsepersonell tilnærmer seg fødsel. Når fødselen styres i den medisinske modellen medfører det at individuelle behov og egne ambisjoner må tilpasses føringer og institusjonelle strukturer, og påvirker i hvilken grad jordmødre får anledning til å praktisere faget sitt slik at også den potensielt jordmorstyrte omsorgsmodellen påvirkes (91).

Enheter for fødekvinne klassifisert med lav risiko skal fokusere på fødselen som en normal prosess men allikevel erfares det at ved norske fødeinstitusjoner, der man ivaretar både lavrisikofødende og risikofødende i samme avdeling, opplever friske kvinner med forventet normal fødsel en høyere andel medisinske intervensjoner, og også at risikostatusen endrer seg under fødselsforløpet (92, 93). En engelsk kohortstudie viser at for friske kvinner så reduseres både risiko for komplikasjoner og andelen medisinske intervensjoner dersom kvinnen velger å føde hjemme eller på jordmorstyrt fødeenhet (94). Unødvendige intervensjoner i fødsler som i utgangspunktet er definert som normale, kan gjøre mer skade enn nytte (90). Slike funn stemmer godt med risikoteorien diskutert i delkapittelet «Et teoretisk blikk på utviklingen av dagens fødselsomsorg» der potensiell risiko i en sikkerhetskultur øker faren for unødvendig bruk av intervensjoner og medikalisering av fødselsforløpet.

Veiledere og institusjonelle strukturer legger føringer for helsetilbudet og jordmødres praksis, og kan virke begrensende på den potensielt jordmorstyrte omsorgsmodellen (89). I vestlige kulturer er det obstetrisk behandling i en sykehussetting som er den hegemoniske tilnærmingen til fødsel vi har (91) og internasjonalt er det lite kunnskap rundt kvinners erfaringer med hjemmefødsel, til tross for at historisk sett var hjemmefødsel det mest vanlige før 1900-tallet. Man ser at familier i dag viser ønske om å planlegge hjemmefødsel, men at kontroverser rundt sikkerheten til hjemmefødsel som fødselsalternativet i mange miljøer virker dominerende for tilbudet. Eksempelvis er et av kriteriene for hjemmefødsel at det er tilgjengelig jordmor i nærheten av fødekvinne, men hjemmefødsel er et privat tilbud og langt fra alle lokalsamfunn har jordmødre som er godkjente for, eller ønsker å bistå i, hjemmefødsel (95). Det mangler studier rundt hjemmefødsel som fødselsalternativ, og andelen studier som er gjort er ikke tilstrekkelig for å gjennomføre randomisertkontrollerte studier av adekvat størrelse. Det er en liten andel kvinner som har født både hjemme og ved fødeinstitusjon og det er behov for mer forskning rundt temaet.

Blant eksisterende studier om emnet viser flere studier viser at hjemmefødsel er minst like trygt som sykehusfødsel for gravide klassifisert med lav risiko, men viser også at hjemmefødsel knyttes til færre intervensjoner, også i tilfeller der den fødende ikke klarte å fullføre fødselen hjemme (96). Jordmødre er godt trent i å oppdage potensielle komplikasjoner, og jordmor som bistår i hjemmefødsel vil kontinuerlig kunne vurdere potensiell risiko i fødselsforløpet og overføre fødekvinne til fødeinstitusjon ved mistanke

eller ønske. Samtidig ser man at hjemmefødsel er sterkt regulert. Det mest brukte argumentet mot å føde hjemme er at det ikke anses som like trygt som å føde på sykehus når det kommer til fysisk morbiditet og dødelighet hos mødre og nyfødte (91). For noen kvinner er det utvilsomt best å føde på sykehus, men dette er ikke gjeldende for alle fødekvinne. Det norske helsevesenet styres etter New Public Management-modellen, NPM, der målbare resultater og kostnadseffektivitet gir uttelling. Målbare indikatorer måler blant annet resultatet av utfall. Det er mer omfattende å måle konsekvensen av utfall, og det bidrar kanskje til at det er vanskelig å argumentere for at hjemmefødsel er et godt alternativ for friske gravide så lenge risikovurderinger vektlegges. Ingen kan helgardere seg mot enhver form for risiko, og i fødsel vil det alltid foreligge en viss form for risiko, både i ukompliserte fødselsforløp og i medisinskstyrte fødselsforløp. Enhver intervensjon innebærer i seg selv også en viss risiko for komplikasjon. Risiko brukes som et argument mot hjemmefødsel fordi dersom noe akutt oppstår så har man ikke tilgang på samme ressurser som på sykehus, og risikoargumentet kan slik bidra til å forhindre utbredelsen av hjemmefødsel (97). Dette ble også påpekt av jordmor som jeg intervjuet i forbindelse med denne oppgaven. En studie peker på at risikostyring kan implementeres som støtte i utviklingen av jordmoromsorg, men at risikostyring også kan gjøre at vi begrenser oss fremfor å utvikle hvordan vi tilnærmer oss kritiske hendelser (83). Slik det ble diskutert i delkapittelet «Et teoretisk blikk på utviklingen av dagens fødselsomsorg» så medfører oppmerksomheten rundt risiko at vi beveger oss bort fra det sosiale til den medisinske modellen av fødselsomsorg.

Selv om det mangler studier av adekvat størrelse rundt emnet hjemmefødsler så viser noen studier at fødselsutfallet blant lavrisikogravide allikevel er sammenlignbar (89, 94). Det var ingen økning i andelen uønskede utfall for kvinner som ville føde hjemme, og hjemmefødsel kunne assosieres med høyere andel tilfredshet i komfort, sikkerhet og følelsen av å ha kontroll. En irsk studie (91) om erfaringer blant kvinner som nylig har født både på sykehus og hjemme viser signifikante forskjeller i deres tilfredshet. Eksempelvis ble deltakerne i studien spurt om deres totale opplevelse for de to ulike fødselene med en score fra 1-10 der 10 var mest fornøyd. For hjemmefødsel var scoren 9,7 og for sykehusfødsel var scoren 5,5. For sykehusfødsel hadde kvinnene bedre erfaringer med jordmorstyrt omsorg sammenlignet med konsultasjonsstyrt omsorg. Studien viser at, blant deres deltakende kvinner, kontinuerlig oppfølging tilrettela for å etablere en relasjon, og som direkte konsekvens følte fødekvinne seg sett, hørt og respektert igjennom graviditet og fødsel. Ved sykehusfødsel ble ikke dette tilrettelagt for, og upersonlig behandling gjorde at fødekvinne følte engstelse og isolasjon og

hadde en opplevelse om at personellet ikke var så engasjerte i kvinnens fødsel. Studien avdekket også at intervensjoner skjedde uten informert samtykke på sykehus og at kvinnen ikke opplevde å bli konsultert, slik at kvinnen ikke fikk være aktiv og involvere seg i beslutningsprosessen. For fødestuer og i hjemmefødsel derimot opplevde kvinnen at jordmor søkte informert samtykke før eventuell fysisk kontakt eller prosedyre. På sykehus opplevde deltakerne at fødselen var drevet av protokoller og retningslinjer som ikke nødvendigvis var oppdatert mens ved hjemmefødsel opplevde fødekvinnene at jordmor brukte oppdatert evidensbasert forskning, og flere av deltakerne trodde sykehusprotokollene medførte at fødekvinner ble pålagt uønskede og ikke-evidensbaserte intervensjoner. I hjemmefødsel opplevde kvinnene at jordmor respekterte og støttet valgene deres, og deltakerne beskrev hjemmefødsel som trygt, sikkert, avslappende og at det var behagelig å være hjemme. Hjemmefødsel er ikke styrt av klokka eller intervensjoner, eller administrative prosedyrer.

Det kan dras paralleller fra erfaringene med institusjonsfødsel i den irske studien til de mange innleggene i aviser og sosiale medier om fødekvinnens erfaringer her i landet også. Fødekvinner opplever bruk av intervensjoner (45, 98, 99) uten at de nødvendigvis får muligheten til å gi informert samtykke i tråd med Pasientrettighetslovens §3-1. Helsepersonell erfarer også at det er vanskelig å tilrettelegge for informert samtykke i dagens pressede situasjon i fødselsomsorgen (99). Andelen induerte fødsler er doblet de siste 15 årene, og økningen i induseringer er ikke godt medisinsk begrunnet, og gjør at arbeidsbelastningen ved flere fødeavdelinger kan være svært stor (45, 100).

Flere av våre naboland tilbyr fødsel på flere nivå enn vi gjør i Norge og inkluderer hjemmefødsel i sitt tilbud. I dag er ikke hjemmefødsel en del av det offentlige fødetilbudet i Norge, men hjemmefødsel er mulig dersom en rekke kriterier innfris og det finnes jordmødre som tilbyr planlagt hjemmefødsel i nærheten av fødekvinnen (49, 50). Selv om hjemmefødsel ikke er en del av det offentlige tilbudet kan kvinner som føder hjemme søke om engangsstønad fra Helfo, som i 2023 er på kr 3 184,-.

Betydningen av et helhetlig tjenestetilbud og lavterskeltilbud

«Svangerskaps-, fødsels- og barseltid er et avgrenset forløp godt egnet for helhetlige tjenester, og tjenestenivåene vil måtte samhandle og samordne seg på en bedre måte enn i dag for å møte kravene som stilles til kvalitet» (47).

Det å føde barn er ikke bare en klinisk hendelse men en livsendrende erfaring. Flere studier, også norske, peker på flere fordeler ved sammenhengende omsorg under fødselen. Ideen bak sammenhengende omsorg er at både den medisinske delen men også den følelsesmessige omsorgen under fødsel ivaretas fordi kvinnen har behov for å føle seg trygg, sett og hørt. Fødekvinne som ivaretas både medisinsk og emosjonelt har større sannsynlighet for å få et godt utfall og en positiv opplevelse til fødsel og morskap (101). Som diskutert i delkapittelet «Erfaringer i fødetilbudet og bruk av intervensjoner» viser studier at kvinner som fødte i en jordmorstyrt kontinuerlig oppfølgingsmodell var mer fornøyde med opplevelsen og i større grad hadde spontane vaginale fødsler med lavere sannsynlighet for medisinske intervensjoner, men også lavere sannsynlighet for prematur fødsel, fosterdød og neonatal død (102, 103). Kontinuitet og helhetlige tjenester er generelt viktig for alle kvinner for å få et så godt utfall som mulig, både friske og syke. En desentralisert fødselsomsorg krever i større grad helhetlige forløp.

Helhetlige forløp gjør at kvinnen kan ta informerte valg om hvem som tar svangerskapskontroller, og om føde- og barseltilbudet (41). Man kan si at helhetlige forløp er en faglig forutsetning for å iverksette en desentralisert fødselsomsorg, men det kan også argumenteres at med mange gode erfaringer fra den jordmorstyrte kontinuerlige oppfølgingsmodellen, som understøttes av forskning og kvinners tilfredshet, så er det gode grunner til å strebe etter et utbredt tilbud av helhetlige forløp for å imøtekomme ønsket om høy kvalitet i fødselsomsorgen i en tid der vi går mot endringer i fødsels- og barselopphold.

I dagens fødselsomsorg ser man at til tross for nasjonale faglige retningslinjer i barselomsorgen så viser brukerundersøkelser at kvinners erfaringer fra fødeavdelingen er bedre enn erfaringene fra barseloppholdet (104). I 2017 viste Folkehelseinstituttets undersøkelse at barselkvinner var minst fornøyde med informasjon de fikk under barseloppholdet og at de savnet tilgjengelige jordmødre med nok tid til medisinsk observasjon og veiledning og bedre kontinuitet i oppfølgingen (105). Under pandemien ble det avdekket betydelig misnøye med ivaretagelsen på barselavdelingen. (42, 104, 106, 107) Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at liggetiden på fødeinstitusjon har gått betydelig ned. Flere studier og veiledere foreslår at utskrivning fra barsel skal tilpasses kvinnens og den nyfødtes behov, og at vurderingen gjøres i samråd med kvinnen. Veilederen sier at kvinner som ønsker å amme skal få være på barselavdelingen inntil ammingen er etablert og barnet ernæres med morsmelk (59, 60) men variasjon i liggetid på sykehus etter fødsel har trolig sammenheng

med lokal praksis og kapasitet ved barselavdelingene og kvinner erfarer at denne anbefalingen ikke nødvendigvis samsvarer med praksis (108). Det er også store geografiske forskjeller i bruk av polikliniske kontakter de første seks ukene etter fødsel (109). Man ser at det har vært en nedgang i andelen mødre som ammer og flere kvinner slutter å amme tidligere enn planlagt (110, 111). Ettersom barseloppholdet ved fødeinstitusjon har blitt stadig kortere øker andelen kvinner som trenger hjelp og støtte i å mestre amming fordi barselkvinner ofte reiser hjem før ammingen er etablert. Ifølge en helsesykepleier jeg intervjuet i forbindelse med oppgaven så var det tidligere svært få som slet med amming fordi nybakte mødre ikke reiste hjem før ammingen var godt etablert, og barseloppholdet var preget av et program og samhold som styrket kvinnen i å mestre sin nye rolle med en nyfødt. Frivillige organisasjoner, som ammehjelpen, opplevde i fjor å få kutt i offentlig støtte (112), og det kan oppfattes som et paradoks fordi mange i den offentlige helsetjenesten, inkludert helsepersonell jeg har intervjuet i forbindelse med oppgaven, opplyser at de stadig vekker henviser nybakte mødre og mødre med ammeutfordringer til ammehjelpen. Ammehjelpen har eksistert i noen tiår og har hjulpet mange med ulike utfordringer, og opplever selv at helsepersonell henviser til dem for hjelp og veiledning ettersom det offentlige tilbudet ikke strekker til (113).

Kortere barselopphold før hjemreise kan være en risikofaktor for dehydrering hos nyfødte (82, 114) og barneleger frykter at kortere liggetid kan medføre at man overser sjeldne, men alvorlige, tilstander som debutterer de første dagene etter fødsel (77). Nedgangen i liggetid på barsel ved fødeinstitusjonen gir trolig økt sannsynlighet for ny innleggelse i løpet av barnets første 28 levedøgn (115) og tidlig utskrivning som ikke etterfølges av tidlig kontroll etter hjemreise øker sannsynligheten for morbiditet grunnet dehydrering og gulsott (60). Fem tilstander knyttes til sen diagnostisering og økt morbiditet grunnet tidlig utskrivning der mange symptomer oppstod i babyens tredje levedøgn, og en studie foreslår at tidlig utskrivning etterfølges av kontroll innen 48 timer etter hjemreise (60). Andelen barselkvinner som får besøk av jordmor og helsesykepleier etter hjemreise øker over hele landet, men som det var en nedgang under pandemien som skyldes de strenge restriksjonene rundt smittevern. I appendiks figur 5 vises en grafisk utvikling i andelen hjemmebesøk de siste årene. Under pandemien erfarte man også at barseloppholdet ved fødeinstitusjon var rekordlavt, og tidlige studier påpeker svakheter med påfølgende store konsekvenser som følge av svak barseloppfølging under pandemien (42, 62, 104, 107, 116). Erfaringene kan vise hvor viktig det er med helhetlige tjenester som inkluderer et godt fungerende samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjeneste og et lett tilgjengelig lavterskeltilbud. Betydningen av et etablert og

lett tilgjengelig lavterskeltilbud for nye familier fremmes som et godt tiltak i flere fagmiljøer, og ble også påpekt som viktig av helsepersonell som jeg intervjuet i forbindelse med denne oppgaven (59).

Et velutviklet og godt fungerende lavterskeltilbud kan virke forebyggende mot senere helseplager og kan eksempelvis bidra til at kvinner med fødselsskader følges opp tidligere, men også bidra til at kvinner og nye familier får hjelp og svar på spørsmål raskere (59). Det sistnevnte vil være av stor betydning for nybakte familier med kort barselopphold etter fødsel. I dag mangler det gode systemer for å fange opp kvinner med fødselsskader eller funksjonelle plager etter fødsel og det er et behov for å styrke lavterskeltilbudet både i kommune- og spesialisthelsetjenesten (41). Dersom funksjonelle plager identifiseres er dagens praksis at kvinnene ofte blir bedt om å vente opp mot et år for å se om tilstanden bedrer seg før eventuelle tiltak iverksettes, men det er ingen rutine at kvinnen settes opp til kontroll igjen etter et år. «Den store forskjellen — Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse» (41) mener kvinner bør følges opp og få tilbud om oppfølging i 6-12 måneder etter fødsel fordi det er viktig å ha mulighet til å tilrettelegge for å kunne oppdage tilstander som kan gi helsekonsekvenser senere i livet. Det er behov for å styrke samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og det er behov for tverrfaglige team både på sykehus og i kommunene. Som eksempel kan sårbare gravide kan ha behov for helsehjelp fra flere faginstanser og ha nytte av et velfungerende samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, men i dagens system er det ingen koordinerende instans med riktig kompetanse for dette. Fra 2014 har det vært en politisk satsing for å styrke utviklingen av helsestasjon- og skolehelsetjenesten (117).

Gode lavterskeltiltak kan eksempelvis være økt oppmerksomhet rundt psykisk helse allerede i svangerskapsomsorgen, og drop-in tilbud ved ammepoliklinikker. Det er både helsegevinst i og potensielt store samfunnsbesparelser av at så mange som mulig ammes, og det er viktig at barselkvinner med ammeutfordringer får hjelp og støtte tidlig. Gravide og barselkvinner med depressive symptomer har ikke et tilstrekkelig tilbud i dag men tidlig innsats kan gi store helsegevinster, og dette diskuteres nærmere i delkapittelet «Fysisk og mental helse i svangerskap, fødsel og barsel».

I Sverige har de lenge utnyttet jordmødres spesialkompetanse på en annen måte enn vi har gjort i Norge (31). Satt på spissen kan man si at jordmødrene tar seg av de friske mens legene tar seg av de syke. Jordmorstyrte helsesentre ser på helheten i kvinnens liv satt opp mot

helseaspektet, og generelt er det et godt tverrfaglig samarbeid som muliggjør en annen fordeling av ressursene. Programmet «Min Barnmorska», som nå er en del av den ordinære fødeavdelingen på Karolinska i Huddinge (118), tilbyr sammenhengende oppfølging der jordmødrene er organisert i team. Programmet bygger på en internasjonal modell, caseload midwifery (103), som innebærer at et team jordmødre følger den gravide gjennom hele prosessen med graviditet, fødsel og barsel. Programmet har kvinner med fødeangst som målgruppe med fokus på naturlig fødsel (118), og gravide som innfrir noen kriterier kan også tilbys hjemmefødsel. En av helsegevinstene man har sett er at det har vært en klar nedgang i andelen premature fødsler. Programmet ble allikevel forsøkt lagt ned av ledelsen ved sykehuset tidlig 2023 ved å endre på turnusordningen, men ledelsen trakk forslaget etter masseoppsigelser blant jordmødrene, og region Stockholm har nå satt av midler til prosjektet for at flere sykehus kan innføre dette (119). For 20 år siden var det mer fokus på det medisinske rundt fødsel mens det i dag er mer fokus på helse og det psykososiale (31). En frisk kvinne med et normalt svangerskap treffer ikke en lege verken før fødsel eller ved oppfølging, og jordmødrene ute i distriktene er tilgjengelige også for ungdom og familier.

Fysisk og mental helse i svangerskap, fødsel og barsel

De fleste kvinner går gjennom graviditet og fødsel uten å oppleve alvorlige eller langvarige helseutfordringer, men svangerskap, fødsel og barseltid er en periode som preges av fysiske og psykiske påkjenninger (41). De fleste har kortvarige og forbigående plager men noen har vedvarende plager som gir store smerter og funksjonsnedsettelse og her er det store mørketall. Det mangler kunnskap rundt flere tilstander, slik som blødninger, bekkenbunnsplager og mentale påkjenninger, og alle fødselsskader blir ikke oppdaget eller ikke diagnostisert. Hvilke plager man opplever i barseltiden varierer og alvorlige problemer kan dukke opp både tidlig og senere i barselperioden. De fleste tilstander kan regnes som en normal del av barseltiden og er forbigående. I flere studier har omtrent halvparten av kvinnene oppgitt minst ett nytt helseproblem etter fødselen og for to av tre kvinner var problemet der fortsatt et år etter fødselen (59).

God mødre helse henger også sammen med god fedrehelse. I dag kan far eller medmor bli med på svangerskapskontroller men allikevel er det kun unntaksvis de får dekket reise og overnatting. I vårt langstrakte land der mange har lang reisevei gir dette konsekvenser som geografisk og sosioøkonomisk skille. Kommende fedre og medmødre har i dag svært liten

formell plass eller økonomiske rettigheter i forbindelse med svangerskap og fødsel (41).

Fødsel er en stor hendelse, og uforberedte partnere som blir med på fødestuen kan oppleve at de er mer i veien enn til nytte, ikke vite hvordan de best kan støtte den fødende, og være usikker på sin nye rolle som forelder. For noen kan dette skape mye frustrasjon og stress i overgangen til sin nye rolle der ro og hvile er spesielt viktig for mor og barn. (3)

Svangerskapsoppfølgingen er viktig for å følge opp potensielle risikofaktorer hos mor og foster, men god svangerskapsoppfølging er også viktig for å forberede familien i overgangen til sin nye rolle. Det eksisterer en rekke private svangerskapskurs og foreldrekurs men jeg har ikke klart å finne om det er noe system på plass som sikrer at far får muligheten til å forberede seg på sin nye rolle. Helsesykepleier jeg intervjuet i forbindelse med denne oppgaven påpekte at de har et økt fokus på familien som helhet og et ønske om å involvere partner mer, og det kan tyde på at det er behov for å gå gjennom partners rolle og rettigheter ved oppfølging i svangerskapet. Hun påpekte også at de streber etter å møte den gravide og partneren minst en gang før fødsel, både for å sikre en viss kontinuitet i overgangen mellom svangerskap og barsel, men også for å involvere partner og fange opp eventuelle vanskeligheter før fødsel.

Svangerskap og barseltid er risikoperioder for utfordringer i psykisk helse. Internasjonale studier viser at depressive symptomer forekommer hos omtrent hver tiende kvinne i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode og rundt hver tredje perinatale depresjon starter i svangerskapet (120). Kvinner med psykisk sykdom trenger tett oppfølging i svangerskap, fødsel og barsel. Psykiske helseutfordringer i tilknytning til graviditet og fødsel rammer skjevt. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen har en sterk anbefaling om at helsepersonell skal spørre gravide om psykisk helse (48). Det å bli forelder er en livsomfattende opplevelse, uansett kjønn, og selv om det ikke er partner som bærer fram barnet så er den psykiske delen like reell fordi mange partnere bærer på bekymringer som økonomi og egen mestring i foreldrerollen. På lik linje som at mors psykiske helse potensielt kan prege familien, kan også fars psykiske helse ha stor innvirkning på hele familien.

Mødre er i en særskilt sårbar periode i svangerskap, fødsel og barsel. Både mødre og fedre kan rammes av utfordringer i mental helse i svangerskap og i barsel. Mentale helseutfordringer i svangerskap og i barsel kan medføre alvorlige konsekvenser som morbiditet og negative utfall som kan prege barnets oppvekst men også påvirke familien som helhet negativt (121, 122). Det er bevist sammenheng mellom mors depresjon og graviditet/barsel. Risikofaktorer for å utvikle depresjon i svangerskap og i barsel er

livshendelser, tidligere depresjoner, og dårlig forhold til partner (123). Det mangler kunnskap om hvordan overgangen til farskap påvirker fars mentale helse. Noen studier mener å se en sammenheng mellom barsel og fars psykiske helse, samtidig som andre studier mener det ikke er nok grunnlag til å kunne konkludere med at fars mentale helse påvirkes i stor grad (124, 125, 126). Kunnskapsgrunnlaget er ikke godt nok for å kunne konkludere om fedres mentale helse forårsakes av barsel eller andre faktorer men man ser at mors mentale helse kan påvirkes i flere måneder etter fødsel (125). Det er kjent at stressfaktorer som helsekriser og naturkatastrofer kan øke stressnivået og spesielt påvirke gravide (127, 128).

Under covid-19 pandemien erfarte man tidlig at den ekstraordinære situasjonen med nedstengninger kunne være utfordrende for mors psykiske helse. Flere studier som undersøkte nettopp dette ble publisert allerede under pandemien. En av studiene viste at prevalensen for depressive symptomer blant kvinner som fødte tidlig i pandemien var på hele 44,2 prosent og på 42,9 prosent for symptomer på posttraumatisk stresslidelse, PTSD (129). Den ekstraordinære situasjonen medførte isolasjon, tap av frihet og en rekke bekymringer for hvordan covid-19 kunne påvirke helsen. Studien mener at prevalensen på barseldepresjon og PTSD var høyere blant kvinner som fødte under pandemien sammenlignet med før pandemien. Mens symptomer på barseldepresjon assosieres med smerte under fødsel og usikkerhet i tilknytningsstilen, så assosieres PTSD mer med frykt. Både individer og relasjon til helsepersonell endrer seg gjennom svangerskap, fødsel og barsel. Fødsel kan oppleves som traumatisk i seg selv, objektivt kan komplikasjoner oppstå og subjektivt kan man oppleve en følelse av å miste kontroll, frykt og smerte, og mangel på støtte. I fødsel kan det være et behov for autonomi som kan komme i konflikt med emosjonelle vanskeligheter, som kan gjøre det vanskeligere å spørre om relasjonell og psykisk støtte i tilretteleggingen av tilknytning mellom mor og barn. Dette i seg selv kan virke som en risikofaktor for barseldepresjon. Studien antar allikevel at mental uhelse i barseltiden hadde større sammenheng med individuelle faktorer og hendelser i svangerskapet, enn med restriksjonene rundt sykehusfødselen. Det var en signifikant økning i prevalensen av symptomer på depresjon og angst blant gravide i tredje trimester under pandemien. Det er viktig å fange opp symptomer for å kunne jobbe preventivt, men studien fant også at en opplevelse av støtte fra helsepersonell og også ro på barseloppholdet ved fødeinstitusjonen har preventiv effekt mot å utvikle symptomer på depresjon. Under pandemien var det besøksrestriksjoner og slik kunne man erfare at roen på barsel hadde en positiv effekt.

En annen studie viser også at gravide og barselkvinner er en sårbar gruppe der deres mentale helse ble påvirket av covid-19 pandemien med symptomer på depresjon, PTSD, stress og søvnvansker (130). Under pandemien var det mangel på kunnskap og stor usikkerhet tilknyttet hvordan helsen til mor og barn kunne påvirkes av koronavirus, og sett i sammenheng med at spesielt gravide og barselkvinner påvirkes av store hendelser som humanitære kriser, pandemier og naturkatastrofer, stemmer resultatene i studiene godt med sammenhengen av en økning i prevalens i mental uhelse spesielt rundt episentrene under pandemien (129, 130). Man fant at gravide og barselkvinner opplevde høyere nivåer av angst allerede tidlig i graviditeten, og at angst var mer utbredt som symptom sammenlignet med symptomer på depresjon. Kvinner som ble gravide eller fødte under pandemien opplevde ulike symptomer på mental uhelse i alle stadier av graviditet og i barsel. Restriksjoner begrenset andelen fysiske konsultasjoner i svangerskap og i barsel, og for å redusere smitterisikoen ble ikke partner involvert, og moren opplevde mindre emosjonell og psykisk støtte spesielt under sykehusoppholdet ved fødsel og barsel. Svangerskaps- og barseloppfølgingen ble utvilsomt påvirket av restriksjonene under pandemien og helsepersonellets mulighet for å yte omsorg, og selv om man fant noen positive faktorer, som mer ro under barseloppholdet grunnet besøksrestriksjoner, så opplevde både kvinner og helsepersonell en rekke negative erfaringer som fremkalte en rekke emosjonelle tilstander som potensielt har påvirket fremtidig helse og velvære (131).

Studier anbefaler at mors helse screenes jevnlig under svangerskapet og i barsel, og at helsetjenestene sørger for et tidlig tilbud om psykisk helsehjelp (130).

Finansering av fødselsomsorgen i praksis

Fødsel er den vanligste grunnen for sykehusinnleggelse i de fleste ressurssterke land, og fra et kostnadsperspektiv er det lett å argumentere for en reduksjon i sykehusinnleggelser (96). I kapittel 3 ble flere temaer som berøres av finansieringsordningen diskutert, slik som finansiering, kodesystemet, bemanning og følgetjeneste, og disse temaene diskuteres her.

Budsjettering av fødselsomsorgen er krevende. Beredskapen i fødselsomsorgen er kritisk. God fødselsomsorg krever tilstedeværende beredskap hele døgnet og beredskapen skal i noen tilfeller også dekke akutte behov i følgetjenesten (73). Fagmiljøer har påpekt svakheter i hvilke koder og mål som vektlegges i finansieringen av fødselsomsorgen, og mener flere

faktorer bør hensyntas i dagens ISF-system. Finansieringen treffer ikke godt fordi beredskap og faktisk ressursbruk ikke reflekteres direkte i målt aktivitetsnivå. Den løpende beredskapen inngår i det totale kostnadsgrunnlaget for ISF og tilordnes aktuelle DRG-er innen fødselsomsorgen, slik at beredskapsfinansieringen knyttes både til den aktivitetsbaserte og den rammebaserte finansieringen. Faktisk ressursbruk og bemanning vil ikke nødvendigvis samsvare med aktivitetsnivået, og dagens finansieringsordning tar ikke høyde for dette. Endringer i fødepopulasjonen, komplikasjoner og risikofaktorer gjør at andelen gravide og fødende som krever ekstra oppfølging har økt i omfang, og dette er ressurskrevende. Mange av prosedyrene og intervensjonene som gjøres i fødselsomsorgen påvirker ikke DRG-grupperingen slik den er utformet i dag, og dermed vil ikke innsats som legges i forebygging av komplikasjoner gi uttelling i ISF så lenge fødselen resulterer i en normal vaginal fødsel, selv om ressursbruken som kreves for å oppnå dette kan være krevende. Det er på det rene at normal vaginal fødsel helsemessig er det optimale for mor og barn. Til en viss grad påvirkes allikevel ISF-inntekten noe for risikofødende dersom forebyggende tiltak mot komplikasjoner inkluderer flere polikliniske konsultasjoner og lengre liggetid. Disse to faktorene er hovedårsaken til at dagens finansieringssystem ikke treffer godt nok. (41, 73)

Forrige avsnitt viser hvorfor finansieringssystemet ikke treffer godt nok. De neste to avsnittene viser hvorfor DRG-vektene ikke gjenspeiler faktisk ressursbruk, og at fordelingen mellom aktivitetsbasert og grunnbasert finansiering gjør fødselsomsorgen svært sårbar for endringer i aktivitetsnivå.

Kostnadsnivået til de ulike DRG-ene varierer. Keisersnitt har høyere kostnader enn vaginal fødsel, og fødsler med kompliserende tilleggdiagnoser har høyere kostnader enn fødsler uten kompliserende tilleggdiagnoser. DRG i fødselsomsorgen ligger lavere enn andre områder innen helsevesenet (132) og derfor er det også vanskeligere å få driften til å gå rundt med konsekvens at flere fødetilbud legges ned (133, 134). En artikkel fra 2019 (132) viser at refusjon for sårinfeksjon etter keisersnitt gir 1,017 DRG-poeng mens sårinfeksjon etter gynekologisk inngrep gir 4,4 DRG-poeng, selv om personellbehovet til de to ulike pasientene stort sett er det samme, og at poliklinisk kontakt på sykehuset utgjør 0,27 DRG-poeng i poliklinikk for gravide mot 0,47 DRG-poeng på gynekologisk poliklinikk. I 2019 utløste ett DRG-poeng i denne gruppen rundt 22 000 kroner. For 2023 er disse vektene noe endret, blant annet har basisbevilgningen økt og ISF-vektene endret deretter (135). Enhetsprisen for 2023 er satt til 49 484 kroner for somatisk spesialisthelsetjeneste der ISF-refusjon skal utgjøre rundt

40 prosent av kostnadsfinansieringen mens resten skal dekkes gjennom basisbevilgningen. Vaginal fødsel uten kompliserende bidiagnose utgjør 0,63 DRG-poeng, som vil utløse cirka 12 500 kroner. Når fødselsomsorgens uttelling er dårlig så sier det seg selv at det er vanskelig, om ikke umulig, å få grønne tall, og når fødeavdelingenes utgifter hovedsakelig er personell så må det kuttes i bemanningen. I appendiks figur 6 vises et utdrag fra ISF regelverket 2023 med DRG-vekter. (135)

Den norske jordmorforening er ikke i tvil om at ISF ikke fungerer for fødselsomsorgen (132). Dagens system gjør at bevilgningen reduseres betydelig når fødselstallene synker, og det til tross for at endringer i fødepopulasjonen krever mer kompetanse og ressursbruk. Lav basisbevilgning og endringer i aktivitetsnivået gjør rammefinansieringen svært sårbar, og man ser at en nedgang i fødetall gir røde budsjettall som resulterer i bemanningskutt og stengte fødeavdelinger (134). God fødselsomsorg krever beredskap og bør betraktes som akuttberedskap med en viss overkapasitet. Aktivitet ved fødeavdelingene kan i begrenset grad planlegges fordi fødsler i stor grad starter akutt, og det er vanskelig å forutse bemanningsbehovet fra dag til dag, samtidig som det kan være store sesongvariasjoner. Beredskap koster penger, og det finnes en grense for hvor lav bemanningen kan være. Dagens finansieringssystemet tar ikke hensyn til dette. Barseloppøret mener å ha funnet at det venter flere kutt i fødselsomsorgen (136)

Helseforetakene har ansvar gjennom inntektsfordelingssystemer for å sikre at fødeinstitusjonene får tilstrekkelig økonomisk handlingsrom til å innfri kravene til kvalitet, kompetanse og bemanning i fødselsomsorgen, og helseforetakene bør vurdere å øke rammefinansieringen til fødeavdelingene (73). Både de regionale og de enkelte helseforetakene har stor frihet i den interne fordelingen av inntekter på eget nivå. «Den store forskjellen — Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse» (41) finner at helseforetakene i Nord har et høyere kostnadsnivå enn helseforetakene i øvrige regioner, og at dette ikke bare gjelder for fødselsomsorgen men for spesialisthelsetjenesten generelt. Når de økonomiske rammene i stor grad styres av ISF, men samtidig ikke tar tilstrekkelig hensyn til krav om kvalitet og behov som ikke måles i aktivitet, må helseforetakenes samlede inntekt fordeles på en måte som allikevel gir fødselsomsorgen forutsigbare rammer som ivaretar kravet til kvalitet og pasientsikkerhet, altså riktig kompetanse og tilstrekkelig bemanning. Sykehusene må kunne sikre at det er kvalifisert personell tilgjengelig for å imøtekomme behovet i graviditet, fødsel og barsel, og det bør utarbeides nasjonale normtall for bemanning

ved fødeinstitusjonene som ivaretar krav til kvalitet og kompetanse i fødselsomsorgen. Helseforetakene bør ha en langsiktig plan for å rekruttere, beholde og utdanne helsepersonell i fødeinstitusjonene slik at behovet for god kvalitet i fødselsomsorgen blir dekket. (73)

Fødselsomsorgen inkluderer tiltak som skal finansieres gjennom rammefinansieringen som ikke omfattes av ISF, som beredskap i følgetjenesten, praktisk trening og faglig utvikling. En basisbevilgning vil kunne gi et handlingsrom utover den inntekten som genereres av ISF. Helsedirektoratets rapport oversendt til helse- og omsorgsdepartementet i 2020 (73) foreslår endringer i finansieringsordningen for å sikre at ISF gir et riktig bilde av kompleksitet og ressursbruk i fødselsomsorgen, og foreslår å utrede muligheten for å finansiere deler av fødselsomsorgen som helhetlige tjenesteforløp, og også at ISF bør fange opp forebyggende tiltak for komplikasjoner. Andelen risikofødende øker og det er særlig viktig med kompetansehevende tiltak og tiltak for å forebygge komplikasjoner. Dagens fødsels- og barselomsorg har betydelige bemanningsutfordringer (137) og helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere og beholde spesialistsykepleiere og jordmødre. Riksrevisjonen finner en sammenheng mellom høy stillingsprosent og høyt sykefravær, noe som tyder på høy arbeidsbelastning (100, 138, 139). Samtidig har også andelen intervensjoner i fødsel økt (41, 45). I perioden 2008 til 2018 økte andelen fødende som ble igangsatt fra 15,6 prosent til 23,8 prosent (73). Fødsler med kompliserende sykdom hos fødekvinne, medisinske intervensjoner og komplikasjoner økte fra 61,9 prosent til 73 prosent i samme periode, og epiduralbruken økte fra 39 prosent til 50,1 prosent. I 2020 ble nesten hver tredje fødsel igangsatt, og dette skjedde også hos friske gravide uten komplikasjoner eller reell overtid i svangerskapet. En induisert fødsel krever tett oppfølging av helsepersonell og er ressurskrevende. Bemanningsutfordringene gjør det vanskeligere å opprettholde et tilstrekkelig antall spesialister innen fødselshjelp og gynekologi, mens endringer i fødepopulasjonen gjør at behovet for kompetanse øker (100). Flere fødeinstitusjoner har forsøkt å løse bemanningsutfordringene ved å ansette personell uten videreutdanning som ikke anses som kvalifisert personell (140, 141). Mange leger som spesialiserte seg innen gynekologi søker seg bort fra å bli spesialister på fødeavdelingene fordi arbeidsbelastningen er stor og velger heller å jobbe i det private. Gynekologi er et av områdene hvor dyre vikarordninger brukes mye for å kunne opprettholde et minimumsnivå i helsetjenestetilbudet.

Riksrevisjonens rapport viser at finansieringen av fødselsomsorgen preges av nedgangen i antall fødsler (100). Spesialisthelsetjenesten preges av økte krav til innsparinger og

effektivisering. I fødsel ligger de fleste kostnadene på basistjenester, slik at liggetiden hovedsakelig påvirker variasjonen på kostnadsnivået. Ved vaginal fødsel er liggetidskostnaden størst mens keisersnittfødsel har større operasjons- og intensivkostnader. Hvilke koder og mål som vektlegges for finansieringen har svakheter som er diskutert i disse avsnittene. Endringer i fødepopulasjonen gjør at Helsedirektoratets rapport (73) anbefaler å gå gjennom seleksjonskriteriene for fødsler fordi det er behov for oppdatert kunnskapsgrunnlag, og helseforetakene bør implementere nasjonale føringer for følgetjeneste og beredskap slik at fødekvinne får trygghet og kvalitet i helsetilbudet. Følgetjenesten har de siste årene flere ganger blitt regulert for å sikre kvaliteten, og selv om det er et godt tilbud for fødekvinne med lang reisevei kan det av mange oppleves som et plaster på såret fordi avstanden kan oppleves som belastende (51). For noen kvinner med lang reisevei vil alternative løsninger være mer hensiktsmessige for å imøtekomme en forutsigbar og forsvarlig fødselsomsorg, og noen steder har løst dette ved å tilby fødekvinne å legges inn på sykehus eller oppholde seg på hotell i påvente av fødselen. Historisk har følgetjenesten hatt betydning for beredskapen og kommunenes jordmortilbud. I dag ligger finansieringsansvaret og ansvarsforholdet hos de regionale helseforetakene (73) men allikevel opplever Jordmorforeningen og Jordmorforbundet NSF at medlemmer fortsatt rapporterer at kommunen satser på at jordmor rykker ut på frivillig basis i følgetjenesten, og også at det er uklare samarbeidsavtaler og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Selv om ansvarsforholdet er definert meldes det altså om en svekket og tildels fraværende følgetjeneste flere steder i landet med manglende samarbeid mellom helseforetak og ulik tolkning og praktisering av anbefalingen om 1,5 timers reisevei (41). Følgetjenesten har derfor flere steder gitt uforutsigbarhet og uforsvarlige rammer. Fødekvinne skal tilbys forsvarlige helsetjenester, og for å sikre sammenhengende og helhetlig omsorg i svangerskap, fødsel og barsel må ansvaret deles mellom helseforetak og kommunen.

I dag er veiledende reisetid for følgetjeneste til fødeinstitusjon på 90 minutter. Samtidig ser man at reisetid på over en time trolig gir økt sannsynlighet for ikke-planlagt fødsel utenfor fødeinstitusjon, transportfødsel, og også gir en liten økt risiko for svangerskapsforgiftning (51). Ikke-planlagt fødsel utenfor fødeinstitusjon kan være en risiko for mor og barn, men også i de tilfellene der alt går bra oppleves det å føde under transport som utrygt og ubehagelig (142, 143, 144, 145). Statistikk fra medisinsk fødselsregister viser at andelen ikke-planlagte fødsler utenfor fødeinstitusjon de siste årene har vært forholdsvis stabil med 338 ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon i 2020 (146).

Svikt i fødselsomsorgen – hvorfor lærer ikke helseforetakene mer av uønskede hendelser
«Fødselsomsorgen i Norge er trygg og god, men fødeinstitusjonene kan bli bedre til å lære av egne feil» (54).

Når det påvises svikt skal det meldes internt. For å begrense antall feilvurderinger og konsekvensene av disse til et minimum er det viktig at systemet har prosedyrer og rutiner som bidrar til god kommunikasjon, samarbeid og tydeliggjør ansvarsfordeling (47) fordi risikoen for uforsvarlig fødselshjelp først blir redusert til et minimum når risikoområder avdekkes, feil og nestenfeil rapporteres, uønskede hendelser analyseres, og tiltak som hindrer gjentakelse iverksettes. Uønskede hendelser må registreres og analyseres for å få et helhetsbilde. Internt i avdelingen kan det brukes for å se om rutiner og praksis bør endres og for å finne bakenforliggende årsaker til svikt. I §8 i forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten står det at det kontinuerlig skal arbeides med kvalitetsforbedring. Svikt og andre områder som kan forbedres skal identifiseres. (47)

Helsetilsynet mener at en oppsummering av tilsynssaker viser en gjenganger av svikt i organisering og ledelse, spesielt der internkontrollen angir kravene (54). Helsetilsynet førte i 2016 tilsyn med 12 fødeinstitusjoner og fant svikt i mer enn halvparten av tilfellene med uønskede hendelser, og fant også at mindre enn 10 prosent av disse ble meldt i det interne avvikssystemet. Type svikt som ble avdekket var i stor grad samme type svikt som også tidligere er blitt avdekket. Temaer som gikk igjen var svikt i fosterovervåking, samhandling mellom jordmor og lege, diagnostikk, forløsningsteknikk og medisinerings. Flere fødeinstitusjoner manglet skriftlige prosedyrer, noen hadde uklare styringslinjer og uklar ansvarsfordeling, og flere steder hadde to atskilte ansvarlinjer beskrevet (54, 73). Skriftlige prosedyrer beskriver ansvarsområdene til jordmor og vakthavende lege under fødsel, og skal beskrive hvordan faglige retningslinjer utarbeides og iverksettes. Uklare ansvarlinjer kan i verste fall skape utrygge situasjoner og gi uheldige konsekvenser for daglig drift. Krav om nødvendig opplæring og videreutdanning ble i ulik grad praktisert, og undervisning og praktisk trening var i liten grad tverrfaglig og obligatorisk, men forholdene var bedre tilrettelagt for leger enn for jordmødre (54). Fødeinstitusjonene sikret også i ulik grad tilstrekkelig øving på håndtering av vanskelige og akutte situasjoner, og nesten halvparten av fødeinstitusjonene gjennomførte ikke praktisk trening i henhold til nasjonale krav.

En studie viser at prevalensen for uønskede hendelser var på 3 prosent (45) der svikt i omsorgsstandarden ble observert i 56,2 prosent av tilfellene. Risikoen for feilvurderinger øker

hvis helsepersonell går utenfor eget kompetanseområde, og studien viste at nettopp dette skjedde i flere av tilfellene. En annen studie avdekket at nesten halvparten av fødeavdelingene ikke fulgte nasjonale anbefalinger om undervisning og praktisk opplæring av fødselspersonell (73, 147). En kartleggingsstudie viste at fødeavdelingene bare hadde besatt halvparten av legestillingene og at noen avdelinger hadde problemer med å oppfylle kravet om firedelt vakt (73, 148). En gjennomgang av alle dødfødsler i 2016 viste at en av tre dødfødsler kunne vært unngått. Disse funnene indikerer et stort forebyggingspotensiale (41).

Kvalitetskrav i fødselsomsorgen (47) peker på at kvalitetsindikatorer og perinataalkomiteer er nødvendige redskap i kvalitetsarbeidet. Fire hovedtemaer med forbedringspotensiale fremheves; seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner, monitorering og oppfølging av risikofødsler, håndtering av akutte situasjoner, og læring og forbedring. Helsetilsynet mener at få institusjoner har oversikt over egne resultater, og i liten grad bruker disse opplysningene til analyse og forbedring av tjenestene (54). Når samme type uønskede hendelser skjer igjen og igjen er det nærliggende å stille spørsmål om fødeinstitusjonene i tilstrekkelig grad arbeider med kvalitetsforbedring (45).

Forbedringsområder i dagens barselomsorgstilbud

Delkapitlene i dette kapitlet har fremhevet utfordringer i dagens fødselsomsorg.

Barselhelsen påvirkes av faktorer i svangerskap og fødsel, og i denne oppgaven har det derfor vært viktig å belyse også disse aspektene innen fødselsomsorgen. Det er viktig å sikre at alle kvinner ivaretas på en god måte i svangerskap, fødsel og barsel. Det er mye kompetanse i fødselsomsorgen som ivaretar helsen til gravide, fødende og kvinner og barn i barsel, og nasjonale føringer tilrettelegger for et bredt spekter av tilbud som langt på vei tilrettelegger for å sikre trygge reproduksjonsrammer. Mange ser på Norge som et foregangsland når det kommer til velferdsordninger som fødselspermisjonsordningen. Norge har lenge vært rangert som et av de beste landene å få barn i (149, 150, 151).

Svangerskapsomsorgen i Norge er god, men noen forbedringspotensialer går igjen.

Tilnærmingen til kvinnen som person og familien som helhet kan bidra til å fange opp tidlige tegn på psykiske helseutfordringer og andre faktorer rundt kvinnens liv som potensielt kan påvirke svangerskap, fødsel, foster og barselhelse. Det kan være nyttig å involvere partner i større grad enn man gjør i dag, og å få økt fokus på å forberede familien på overgangen til

foreldreskap. En helhetlig kontinuerlig oppfølgingsmodell med en myk overgang til helsestasjonens tilbud kan tilrettelegges ved at helsestasjonens helsesykepleier møter den gravide og partner minst en gang før fødsel slik at man blir litt kjent og den gravide vet mer om hva slags barseltilbud som venter etter fødselen. Det kan også diskuteres om kvinner får tilstrekkelig med informasjon når de skal velge om jordmor eller fastlege skal følge opp i svangerskapet. Som diskutert i delkapittelet «Et teoretisk blikk på utviklingen av dagens fødselsomsorg» ser man at jordmødre og medisinsk personell gjerne har to ulike syn på svangerskap og fødsel.

Fødselsomsorgen er god, ihvertfall om man fokuserer på målbare indikatorer. Medisinsk sett er det trygt å føde i Norge, dødeligheten er lav, og målbare indikatorer viser at fødekvinne får nødvendig medisinsk oppfølging. Men om man har et helhetlig fokus som også inkluderer kvinners erfaringer fra fødsel finner man store forbedringspotensialer. I dag ser vi at andelen intervensjoner i fødsel øker, der helseatlas sin rapport (152) viser at det er geografiske forskjeller i bruk av spesialisthelsetjenester og bruk av intervensjoner i fødselsforløpet. Det bør reflekteres over om bruken gjenspeiler et reelt behov eller er et uttrykk for overbehandling. Vi ser også en trend der fødetilbud legges ned hyppigere enn fødetilbud etableres, og noen fødeavdelinger sommerstenges med argument om å sikre ferieavvikling uten at det går utover tilfredsstillende bemanning ved andre fødeavdelinger (153, 154, 155) til tross for at dette skaper stor usikkerhet og lenger reisevei for noen gravide og fødende. Det mangler en systematisk satsing for å sikre geografisk balanse og et likeverdig tilbud (41). Når fødetilbud periodevis stenges eller legges ned skaper det utrygghet hos gravide i hele landet. Biolog Anna Blix (156) skriver at kroppene våre og atferden vår har utviklet seg sammen for å kunne føde friske barn nettopp fordi vi hjelper hverandre med å føde, men hjelpen er ikke bare mekanisk – den emosjonelle støtten er like viktig fordi redde fødende har dårligere rier og lengre fødsler. Fødende som føler seg trygge har kortere fødsler, færre keisersnitt, mindre bruk av smertestillende og lavere sannsynlighet for å ha negative følelser rundt fødselen etterpå, men dagens fødselsomsorg tar ikke hensyn til dette.

Fødselsomsorgen spesielt står ovenfor krevende utfordringer knyttet til finansiering og bemanning, og det pekes på store forbedringspotensialer i finansieringsordningen for å sikre tilstrekkelig bemanning og kvalitet. Dødeligheten er svært lav og derfor er det også store forventninger til kvaliteten. Det avdekkes store svakheter, som svikt som ble diskutert i delkapittelet «Svikt i fødselsomsorgen – hvorfor lærer ikke helseforetakene mer av uønskede

hendelser», og det antas store mørketall i ikke-rapporterte uønskede hendelser og opplevelser. Årsaken til nedgang i fødselstall kan skyldes en rekke omstendigheter, som at mødres gjennomsnittlige alder øker, men det vil være naivt å ikke peke på at enkelte faktorer ved fødselsomsorgen også kan påvirke kvinners syn på graviditet, fødsel og barsel (157). Nasjonale kvalitetsindikatorer tar eksempelvis ikke høyde for kvinnens opplevelse i fødsel, forebyggende arbeid eller tiltak som fremmer naturlig fødsel uten bruk av unødvendige intervensjoner (73, 158), og finansieringsordningen tar ikke høyde for ressursbruken som kreves for å forebygge komplikasjoner med mål om å fremme naturlig fødsel. Slik som diskutert i delkapittelet «Betydningen av et helhetlig tjenestetilbud og lavterskeltilbud» så spiller den emosjonelle biten stor betydning både for fødselsforløpet, fødselsutfallet og mors psykiske helse, og det påpekes sammenheng mellom hvordan fødekvinne ivaretas og kvinnens totale fødselsopplevelse.

Barselomsorgen er god men kan bli bedre. Fødselspermisjonsordningen er svært god, kvinner har rett på ammefri og tilrettelegging på arbeidsplassen, og alle barn har krav på barnehageplass (159, 160, 161). Fedre har, med visse unntak, plikt til å ta ut pappapermisjon, og flere land kopierer en slik ordning (162). Man ser også at multinasjonale selskaper motiveres av norske fedre som er ute på trilletter i beste arbeidstid (163) og som forsøker å tilrettelegge for tilsvarende ordninger. Dette er et stort skritt i kampen for likestilling. Samtidig påvirkes barselomsorgen av en rekke faktorer innen svangerskap og fødsel, og det planlegges for endringer i barselomsorgen som vil påvirke barselopphold og helsetjenestetilbud. Selv om barselomsorgen er god så påpekes det mangler ved dagens barselomsorg, og svakheter ved fremtidens barselomsorgstilbud. Man ser i dag en nedgang i andelen mødre som ammer, en økning i andelen barselkvinner med psykiske helseutfordringer, kvinner som forteller om plager etter fødsel som ikke tas på alvor, og at flere familier opplever at de overlates til seg selv under barseloppholdet.

Man har lite kunnskap om betydningen av et ytterligere forkortet barselopphold før hjemreise men tidlig hjemreise kan utgjøre en risiko, slik det ble diskutert i delkapittelet «Betydningen av et helhetlig tjenestetilbud og lavterskeltilbud». En studie fra Bergen viser at da barseloppholdet ble redusert for noen år siden, så økte andelen spedbarn med alvorlig dehydrering som krevde sykehusinnleggelse (114). Veilederen i barsel (59) sier at barselomsorgen skal inneholde en rekke elementer som ikke nødvendigvis praktiseres i lys av bemanningsutfordringene og det korte barseloppholdet. Som eksempel sier veilederen at

barseloppholdet skal tilrettelegge for at mor kan være tilstrekkelig lenge til at ammingen kommer i gang, men dette praktiseres ulikt. Aftenposten skrev i mars (108) om en kvinne som hadde behov for å bli en dag ekstra på barsel fordi ammingen ikke hadde kommet ordentlig i gang, men som ble sendt hjem mot sin vilje. «Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse» (41) bruker mye plass på barseltilbudet og på at oppholdet på barsel har blitt betydelig redusert de siste 20 årene, og hevder at barselopphold kan påvirke pasientsikkerheten og kvaliteten i fødselsomsorgen. Denne bekymringen er i tråd med funn diskutert i dette avsnittet. Finansieringsordningen påvirker også i barseloppholdet og gjør barsel ulønnsomt (164). Finansieringsmodellen belønner lav liggetid på sykehus men i barsel er det ikke sikkert det er så lurt. Helsehjelp i barsel som forebygging av blødninger og ammeveiledning anses ikke som behandling slik at sykehuset ikke tjener penger på slike tiltak. Konsekvensen er at inntjeningen i fødsel og barsel er lav, og innsparingskrav gjør at avdelingene ikke prioriterer å ansette eller beholde nok jordmødre verken på føde eller barsel. Hovedfunnene i helseatlas sin rapport (152) mener å se at oppfølging av mor og barn i barseltiden ikke er like høyt prioritert eller like godt organisert som oppfølgingen gjennom svangerskap og fødsel. Kort barselopphold kan utløse et økt behov for hjelp, eksempelvis fordi flere har behov for mer ammehjelp, eller fordi mange barselkvinner strever med psykiske plager etter fødsel og trenger noen å snakke med. I Danmark har de praktisert kort barselopphold men gjorde for få år siden en helomvending og innførte minstegaranti for førstegangsfødende på 48 timer og en rekke andre tiltak for å fremme amming og omsorg, og for å forebygge fødselsdepresjon og behovet for reinnleggelse på sykehuset. (39)

De siste årene har det vært publisert mange innlegg i aviser og sosiale medier om alvorlige hendelser i forbindelse med fødsel der fødekvinner deler sine erfaringer, og om forverringer i fødselsomsorgen. (42, 77, 107, 165) Pandemien avdekket hvor sårbart og viktig tilbud til gravide, fødende og barselkvinner er for kvinners helse og velvære, og den siste tiden har flere organisasjoner med fokus på betydningen av god omsorg og helsehjelp i svangerskap, fødsel og graviditet blitt etablert, der kanskje de som roper høyest er barseloppørøret og bunadsgeriljaen (166, 167, 168) . Organisasjoner med lengre fartstid påpeker også forbedringspotensialer ved dagens fødselsomsorg (169). Samtidig melder noen organisasjoner som belyser utfordringer ved fødselsomsorgen at helseforetak og ledere går ut mot disse fordi de mener at negativt fokus på fødselsomsorgen skaper unødig bekymring hos gravide og fødende (170, 171, 172, 173) . Det kan diskuteres at en slik tilnærming på kritikk kanskje samsvarer med en manglende overordnet forståelse for situasjonen som noen forteller at de

opplever å stå i under dagens organisering av fødselsomsorgen. Avvik og svikt tas ikke tilstrekkelig tak i, slik det ble diskutert i delkapittelet «Svikt i fødselsomsorgen – hvorfor lærer ikke helseforetakene mer av uønskede hendelser», og argumentasjon som ikke nødvendigvis er evidensbasert brukes når helseforetak gjør prioriteringer i fødselsomsorgen (88). Da ABC-klinikken ble lagt ned tidligere i år til fordel for de øvrige fødepllassene på Ullevål sykehus var argumentet ressurs- og bemanningsutfordringer, men studier fremhever jordmorstyrte fødeenheter som kostnadseffektive (174), og nesten alle jordmødrene ved ABC-klinikken sa opp sine stillinger slik at beslutningen ikke bidro til å løse bemanningsutfordringene. Fødetilbudet ble heller svekket. (175) Det ble pekt på at prosessen var svært lukket og at de som faktisk ble berørt ikke ble hørt (176). I lys av disse påstandene kan det argumenteres at risikostyring i fødselsomsorgen fortsatt dominerer, slik som diskutert i delkapittelet «Et teoretisk blikk på utviklingen av dagens fødselsomsorg» , og at målbare indikatorer vil dominere så lenge helsevesenet og fødselsomsorgen i stor grad styres etter prinsippene i New Public Management, NPM (132, 175, 177, 178). Som tidligere nevnt i denne oppgaven så tolker «Den store forskjellen — Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse» (41) dagens utfordringer som et resultat av at kvinnehelse har blitt nedprioritert over tid og en manglende anerkjennelse av disse tilbudenes betydning for kvinners helse.

Døgnkontinuerlig beredskap er en selvfølge for god fødselsomsorg. Det er en stor svakhet at finansieringsordningen ikke har tilpasset seg de faktiske forholdene fødselsomsorgen står i på en god nok måte. Fødselsomsorgen er å anse som akuttberedskap og må ha en viss overkapasitet som finansieringssystemet bør ta hensyn til på en bedre måte. En annen stor svakhet er at finansieringssystemet mangler insentiver for å fremme forebyggende tiltak mot komplikasjoner i fødselsomsorgen, og at finansieringssystemet ikke reflekterer den faktiske ressursbruken godt nok. Fødselsomsorgen blir svært sårbar for endringer i fødetall til tross for at fødepopulasjonen blir mer kompleks og krever mer kunnskap og ressursbruk. En tredje stor svakhet er at arbeidsforholdene for helsepersonellet tilrettelegges ikke godt nok for å rekruttere og holde på kompetent personell i fødselsomsorgen, og både i distriktene og på sykehus er det store utfordringer tilknyttet dette. Barselomsorgen ved barseloppholdet påvirkes også av utfordringene med rekruttering av kompetent personell fordi jordmødre prioriteres i fødsel og det ikke er kompetent personell til å følge opp på barsel. Nybakte mødre og familier overlates til seg selv og får ikke tilstrekkelig oppfølging.

Det forventes at kommunehelsetjenesten skal styrke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og tilrettelegge for forsvarlige tjenester. Kvaliteten på tjenestene som møter gravide og fødende på fødeinstitusjon må være god slik at kompetansen sikres og bemanningen må være tilstrekkelig. Men mødre helse omfatter langt mer enn å overleve svangerskap og fødsel. Det er stort potensiale i forebyggende tiltak innen flere områder innen kvinnehelse. Man må lytte til pasienter og pårørendes tilbakemeldinger etter uønskede hendelser. I en presset arbeidshverdag blir ofte kvalitetsarbeid nedprioritert og slik får man ikke tilrettelagt for å ta lærdom av uønskede hendelser.

Flere av studiene peker på mangelfull forskning innen flere områder av fødselsomsorgen. Det mangler systemer for å fange opp kvinners erfaringer med svangerskap, fødsel og barsel, og det mangler studier innen flere områder i fødselsomsorgen. Jeg har forsøkt å søke etter muligheter for å gå tilbakemeldinger til fødeinstitusjonene, men helsepersonell jeg har intervjuet i forbindelse med denne studien bekrefter at det ikke finnes verken gode eller lett tilgjengelige systemer for dette i dag, og påpeker at mangelfull forskning kan ha sammenheng med at barselkvinner er såpass nede at de ikke orker å kjempe for forbedringer, fordi når man står i en utfordrende periode vil man helst bare overleve og glemme det etterpå. Dagens tilbud, slik jeg erfarer, består av at kvinner som har opplevd fødselen som traumatisk på eget initiativ kan kontakte fødeavdelingen for ettersamtale, og at ledere ved helsestasjonene kan ha møter med fødeavdelingene. I lys av svikt som ble diskutert i delkapittelet «Svikt i fødselsomsorgen – hvorfor lærer ikke helseforetakene mer av uønskede hendelser», så kan det stilles spørsmål rundt hvorvidt slike samtaler og møter har noen reell effekt for fødselsomsorgen. Helsepersonell jeg intervjuet i forbindelse med denne oppgaven foreslår at oppfølging av barselkvinnen også 3-6 måneder etter fødsel kan gi verdifulle tilbakemeldinger ved siden av å virke helsefremmende, fordi da har man fått fødselen litt på avstand og hormonene har stabilisert seg. En britisk studie (2) mener at det å spørre barselkvinner om deres erfaringer knyttet til svangerskap, fødsel og barsel er verdifullt, fordi ettersom både fødselsomsorgen og fødepopulasjonen endrer seg så kan deres nylige erfaringer brukes i evalueringer og for å dokumentere hvordan utviklingen påvirker kvinnene. Det mangler forskning innen en rekke områder i fødselsomsorgen, slik som betydningen av forkortet barselopphold, erfaringer i hjemmefødsel og fødekvinners erfaringer, som blant annet ble diskutert i delkapittelet «Erfaringer i fødetilbudet og bruk av intervensjoner».

Oppsummering og begrensninger

Historisk kan man finne spor etter fødselshjelp langt tilbake i tid. Kvinner ønsket at andre kvinner skulle bistå i fødsel, og jordmødre omtales allerede i Det gamle testamentet. Ettersom medisin ble formalisert som fag har det opp gjennom historien vært flere rollekonflikter rundt jordmoryrket. Legeprofesjonen tok tidlig kontroll over jordmødrene, og selv om jordmoryrket i dag er formalisert så er jordmorstudier en videreutdanning etter fullført sykepleierstudium. Hvorvidt dette påvirker andelen som utdannet seg til å bli jordmødre vites ikke, men erfaringer fra helsepersonell jeg intervjuet i forbindelse med denne oppgaven og debattinnlegg kan tyde på at en slik organisering kan påvirke andelen som begir seg ut på jordmorstudiet.

Sammenlignet med tidligere er det i dag det offentlige som følger opp kvinner og barn i barsel, og det er mindre fokus på hvile og avlastning. Dagens barselomsorg påvirkes også av mekanismer innen svangerskaps- og fødselsomsorgen. Spesielt fremheves dagens finansieringsordning innen fødselsomsorgen som lite treffende, der systemet bærer preg av nedprioritering over tid og gjør barsel ulønnsomt. Som eksempel kan nevnes at kodesystemet ligger lavere i fødselsomsorgen enn i andre områder innen helsevesenet, og ikke tar hensyn til den faktiske ressursbruken, slik som forebyggende innsats. En rekke utfordringer i dagens fødselsomsorg bunner i lite ressurser og utfordringer med å rekruttere og beholde kompetent helsepersonell, samtidig som vi opplever en fødepopulasjon i endring som krever mer kompetanse, ressurser og et mer tilpasset helsetilbud. Barseloppholdet har gått betydelig ned de siste årene, og det planlegges for en ytterligere reduksjon. Man vet lite om den faktiske betydningen av redusert barselopphold, men det knyttes en rekke potensielle utfordringer til dette, og det antas at det forbindes med en forhøyet risiko for helseutfordringer. Blant annet påpekes en sårbarhet som ikke nødvendigvis ivaretas på en tilstrekkelig god måte. Manglende fokus på kontinuitet og redusert fokus på mors opplevelse gjør at kvinner opplever at det er trygt å føde men ikke føler seg ivaretatt, spesielt i barseloppholdet. Dette er i konflikt med kvinnens iboende urinstinkter om selv å bli ivaretatt for å kunne føle seg trygg, for slik å kunne ta hånd om sitt barn, og kan følgelig påvirke kvinners planer om fremtidige svangerskap og fødsler.

Oppgaven begrenses naturlig av at dette er en tidsbegrenset masterstudie innen helseledelse og at jeg selv ikke har erfaring eller forhåndskunnskap innen alle aspekter som påvirker barselomsorgen. Litteraturgjennomgangen i denne oppgaven begrenses naturlig av tiden som har vært til rådighet. Selv om jeg har lest noen bøker innen temaet, et mangfold av fagartikler,

veiledere, rapporter, reglement og innlegg i diverse medier, så har jeg måttet avgrense tematikken og prioritert faktorer jeg selv har ment har relevans for å oppnå en økt forståelse for utfordringene barselomsorgen står ovenfor. Publisert litteratur viser ikke nødvendigvis uenigheter som har oppstått underveis, eller hvorfor man har valgt slik man har gjort. Er det en ting jeg har sett så er det at det er et enormt omfang av ulike meninger og teoretiske tilnærminger som i ulik grad potensielt påvirker fødselsomsorgen, slik det også er i mange andre områder av helsesektoren, som kanskje gjenspeiles i oppgavens lange referanseliste. Likevel var det samsvar mellom flere funn i studier og erfaringer som ble påpekt fra helsepersonell jeg intervjuet i forbindelse med denne oppgaven.

Konklusjon

Endringer i barselomsorgen fører med seg en rekke potensielle utfordringer. Man vet lite om hva et forkortet barselopphold medfører men det antas at det forbindes med økt risiko i helseutfordringer. De siste 20 årene har barseloppholdet blitt betydelig redusert og det planlegges for en ytterligere reduksjon i barselopphold med forsterket kommunal barseloppfølging. Denne oppgaven har ikke funnet evidens som støtter en slik utvikling men finner heller en økning i andelen som opplever utfordringer i barseltiden.

Det mangler kunnskap og studier i flere temaer innen fødselsomsorgen, slik som kvinners opplevelser og erfaringer, hjemmefødsel som alternativ, og konsekvenser av forkortet barselopphold. Det påvises også at svikt ikke tas tilstrekkelig tak i, og fødselsomsorgen bærer preg av at finansieringsordningen ikke treffer godt nok.

Det er viktig at barselomsorg ses på og forstås som et helhetlig tilbud. Positive erfaringer fra jordmorstyrt kontinuerlige oppfølgingsmodell gir gode grunner til å strebe etter et utbredt tilbud av helhetlige forløp. Helhetlige forløp er en faglig forutsetning for en desentralisert fødselsomsorg. Mange strever i barseltiden og ettersom stadig flere oppgaver overføres til primærhelsetjenesten må helsetilbudet styrkes og samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten styrkes.

Referanseliste

1. Eberhard-Gran M, Nordhagen R, Heiberg E, Bergsjø P, Eskild A. [Postnatal care in a cross-cultural and historical perspective]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2003;123(24):3553-6.
2. Redshaw M, Martin CR, Savage-McGlynn E, Harrison S. Women's experiences of maternity care in England: preliminary development of a standard measure. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019;19(1):167.
3. Mortensen B. Barselbrølet. Hvordan skape verdens beste fødselsomsorg2022.
4. Grytten J, Monkerud L, Skau I, Sørensen R. Regionalization and local hospital closure in Norwegian maternity care--the effect on neonatal and infant mortality. *Health Serv Res*. 2014;49(4):1184-204.
5. Asheim A, Nilsen SM, Opdahl S, Risnes K, Magnussen EB, Carlsen F, et al. Effect of Hospital Delivery Volume and Travel Time on Perinatal Mortality and Transport Delivery in Norway2022 13.02.2023. Available from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4309610.
6. Farstad A. På liv og død : distriktsjordmødrenes historie. Oslo: Samlaget; 2016. 429 pages : illustrations (black and white, and colour), maps (colour), portraits (chiefly black and white) p.
7. Lilleslått M. Jordmoryrket i Norge: Fra hjelpekone til akademiker2018 20.03.2023. Available from: <https://forskning.no/kjonn-og-samfunn-arbeid-skole-og-utdanning/jordmoryrket-i-norge-fra-hjelpekone-til-akademiker/286800>.
8. Towler J, Bramall J. *Midwives in History and Society*. USA: Croom Helm Ltd; 1986. 316 p.
9. Karamanou M, Tsoucalas G, Creatas G, Androutsos G. The effect of Soranus of Ephesus (98-138) on the work of midwives. *Women Birth*. 2013;26(4):226-8.
10. Tsoucalas G, Sgantzos M. Aspasia and Cleopatra Metrodora, Two Majestic Female Physician – Surgeons in the Early Byzantine Era. *Journal of Universal Surgery*. 2016;4(3:55).
11. Razaz N. From Soranus score to Apgar score. *Acta Paediatr*. 2021;110(3):746-7.
12. Pagel J. Fødselstangen. *Medisinsk-historisk Museum*. 2011 juli 2011.
13. Kay E. *A History of Herbalism : Cure, Cook and Conjure*. Barnsley (UK): Pen and Sword; 2022. Available from: <http://digital.casalini.it/9781399008983>
<http://digital.casalini.it/5328705>.
14. Clayton M, Philo R. *Leonardo Da Vinci: Anatomist*. London: Royal Collection Enterprises Limited; 2012. 256 pages : illustrations (colour) p.
15. Børdahl PE, Hem E. [The introduction of obstetric forceps in Norway--a 250-year anniversary]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1998;118(30):4657-60.
16. Ryste ME. Ammerevolusjonen2003 12.05.2023. Available from: <https://www.kvinnehistorie.no/artikkel/t-2474>.
17. European Convention on Human Rights, (2022).
18. World Health O. *WHO recommendations : intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; 2018.
19. UNICEF. *DELIVERING FOR WOMEN: Improving maternal health services to save lives*. New York; 2022 05.2022.
20. Number of live births in the United Kingdom from 1887 to 2021 [Internet]. *statista*. 2023 [cited 26.04.2023]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/281981/live-births-in-the-united-kingdom-uk/>.

35. FOD111: Average age of women given birth and new fathers by municipality [Internet]. Statistics Denmark. 2023 [cited 26.04.2023]. Available from: <https://www.statbank.dk/FOD111>.
36. Fertility rates by age and time [Internet]. statbank. 2023 [cited 26.04.2023]. Available from: <https://www.statbank.dk/statbank5a/selectvarval/saveselections.asp>.
37. Birth rate, crude (per 1,000 people) [Internet]. The World Bank. 2023 [cited 27.04.2023]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN?end=2020&locations=DK&most_recent_year_desc=true&start=1960.
38. Authority DH. Pregnancy and birth in Denmark www.sst.dk: Danish Health Authority; 2022 [updated 28.04.2022]. Available from: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Ukraine/Gravid/Ukraine-gravid-EN.ashx>.
39. Sollien T. La fødekvinneer ligge. Kommentar. www.aftenposten.no2023.
40. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton GA. International Health Care System Profiles. Denmark. www.commonwealthfund.org: Commonwealth fund; 2020 [updated 05.06.2020]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark>.
41. Kvinnehelseutvalget. Den store forskjellen — Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. www.regjeringen.no: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Teknisk redaksjon; 2023.
42. Vik ES, Nedberg IH, Kongslien S. «Personalet er hyggelige, men barsel-avdelingene er underbemannet»2023 [cited 2023 20.03.2023]. Available from: <https://forskersonen.no/barsel-graviditet-kvinnehelse/personalet-er-hyggelige-men-barselavdelingene-er-underbemannet/2175889>.
43. F3b: Mors gjennomsnittsalder etter paritet [Internet]. medisinsk fødselsregister - statistikkbank. 2023 [cited 26.04.2023]. Available from: <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>.
44. Fødte og fødsler per institusjon [Internet]. 2023 [cited 26.04.2023]. Available from: <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>.
45. Johansen LT, Braut GS, Oian P. Room for improvement in maternity care. Tidsskr Nor Lægeforen. 2022;142(8).
46. HelseNorge. Gravid www.helsenorge.no: HelseNorge; [Available from: <https://www.helsenorge.no/gravid/>].
47. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeselsomsorgen. In: Helsedirektoratet, editor. www.helsedirektoratet.no: Helsedirektoratet; 2010.
48. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen www.helsebiblioteket.no2022 [updated 22.12.2022]. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/svangerskapsomsorgen#konsultasjoner-i-svangerskapsomsorgen-gravide-med-et-normalt-svangerskap-bor-fa-tilbud-om-et-basisprogram-med-ni-konsultasjoner-inkludert-fosterdiagnostikk>.
49. Helsedirektoratet. Planlagt hjemmefødsel www.helsenorge.no: HelseNorge; 2023 [updated 06.01.2023]. Available from: <https://www.helsenorge.no/fodsel/hjemmefodsel/>.
50. HelseNorge. Fødsel www.helsenorge.no: HelseNorge; U.Å. [Available from: <https://www.helsenorge.no/fodsel/>].
51. HMR A, L F, L L, G H, AE M. Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende: Systematisk oversikt– revidert utgave. In: Folkehelseinstituttet, editor. Folkehelseinstituttet: Folkehelseinstituttet; 2022.

52. omsorgsdepartementet H-o. En gledelig begivenhet. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Helse- og omsorgsdepartementet: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008-2009.
53. Jentoft S, Nielsen VO, Roll-Hansen D. Hvor mange kvinner dør i svangerskap? Statistisk Sentralbyrå: Samfunnsspeilet; 2011 [2:[Available from: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hvor-mange-kvinner-dor-i-svangerskap>.
54. Helsetilsynet. Fødselsomsorgen i Norge er trygg og god, men fødeinstitusjonene kan bli bedre til å lære av egne feil www.helsetilsynet.no2022 [updated 14.06.2022. Available from: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmeldingen/2022/fodselsomsorgen-i-norge-er-trygg-og-god-men-fodeinstitusjonene-kan-bli-bedre-til-a-lare-av-egne-feil/>.
55. Fødsel og abort [Internet]. Helsedirektoratet. 2023 [cited 02.05.2023]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/fodsels-og-abort>.
56. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;7(7):Cd003766.
57. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. The Lancet. 2014;384(9948):1129-45.
58. Helsedirektoratet. Barsel og oppfølging etter fødsel www.helsenorge.no: HelseNorge; 2023 [updated 13.01.2023. Available from: <https://www.helsenorge.no/etter-fodsels/oppfolging-etter-hjemkomst/>.
59. Helsedirektoratet. Nytt liv og trygg barsel- tid for familien Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. In: Helsedirektoratet, editor. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner>: Helsedirektoratet; 2014.
60. Heimler R, Shekhawat P, Hoffman RG, Chetty VK, Sasidharan P. Hospital Readmission and Morbidity Following Early Newborn Discharge. Clinical Pediatrics. 1998;37(10):609-15.
61. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister - statistikkbank. In: mors.liggetid.etter.fodselen_fhi_graf, editor. 2023.
62. Folkehelseinstituttet. Kort fødeopphold i pandemiårene2022 21.04.2023. Available from: <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kort-fodeopphold-i-de-to-pandemiarene/>.
63. Skipstein A. Symptoms of depression and anxiety during the child rearing period. A longitudinal study of Norwegian mothers. . Division of Mental Health: University of Oslo; 2012.
64. Nilsen W. DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADOLESCENCE. A longitudinal study of predictors, pathways, and consequences. [PhD]. Faculty of Social Sciences: University of Oslo; 2012.
65. Skotheim S. The results highlight earlier documentations of the link between early maternal distress and child problem behavior. www.uib.no2014 [Available from: <https://www.uib.no/nye-doktorgrader/80341/mors-emosjonelle-vansker-paavirker-sampillet-med-spedbarnet>.
66. Jeličić L, Veselinović A, Ćirović M, Jakovljević V, Raičević S, Subotić M. Maternal Distress during Pregnancy and the Postpartum Period: Underlying Mechanisms and Child's Developmental Outcomes-A Narrative Review. Int J Mol Sci. 2022;23(22).
67. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475-90.
68. Dokument 8:62 S (2018–2019). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om å beskytte, fremme, støtte og øke forekomsten av amming. In: Stortinget, editor. www.stortinget.no: Helse- og omsorgskomiteen; 2018-2019.

69. HelseNorge. Helsefordeler og ammelengde www.helsenorge.no2022 [updated 26.02.2022. Available from: <https://www.helsenorge.no/spedbarn/spedbarnsmat-og-ammning/helsefordeler-og-ammelengde/>].
70. Saunes IS. International Health Care System Profiles. Norway. www.commonwealthfund.org; Norwegian Institute of Public Health; 2020 [updated 05.06.2020. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway>].
71. Helfo. Egenandelstak for helsetjenester www.helfo.no: Helfo - for helseaktører; 2019 [updated 30.12.2022. Available from: <https://www.helfo.no/regelverk/egenandeler-for-helsetjenester#egenandelstakforkroner>].
72. Helsedirektoratet. Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2021 (ISF-regelverket). In: Helsedirektoratet, editor. Helsedirektoratet: Helsedirektoratet; 2021.
73. Helsedirektoratet. Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem. In: Helsedirektoratet, editor. mars 2020 ed2020.
74. E-helse. Kodeveiledning 2023 - Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten. In: e-helse Df, editor. 02/2023 ed. Direktoratet for e-helse: Direktoratet for e-helse; 2023.
75. UNICEF. The first month of life is the most vulnerable period www.data.unicef.org2022 [updated 12.2022. Available from: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/newborn-care/>].
76. UNICEF. Maternal mortality declined by 34 per cent between 2000 and 2020 www.data.unicef.org2022 [updated 12.2022. Available from: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>].
77. Eberhard-Gran M. [Neonates and vulnerable mothers]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2018;138(20).
78. Trulsvik C. Les forskning, for faen! www.nordnorskdebatt.no2023 [updated 26.01.2023. Available from: https://www.nordnorskdebatt.no/les-forskning-for-faen/o/5-124-223854?fbclid=IwAR1m_87JIM_Rd2IPMzxUqtRbSYODG_3Sup9uxQgtnhNBLPHlp8xurYnwtQ].
79. Bjøru EL. Thina måtte operere ni ganger etter fødselskaos www.dagsavisen.no2022 [updated 03.12.2022. Available from: <https://www.dagsavisen.no/nordnorge/2022/12/03/thina-matte-operere-ni-ganger-etter-fodselskaos/?fbclid=IwAR2KbEQaP3uBxsLcnk-9OPuSWp-K9UI09-p7uQv-3ivpoTD-OL2x4lyDfJg>].
80. Hjellen B, Omland E, Hauso T. Tør ikke bo hjemme før fødselen: – Vil de egentlig at vi skal bo her? www.nrk.no2023 [updated 02.03.2023. Available from: https://www.nrk.no/norge/utvalg-roper-varsko--bekymret-for-darligere-fodetilbud-i-distriktet-1.16315560?fbclid=IwAR2LvcJafJU_5gtipXZI7zF4n-vyAaO8FCWRBSr-fpNrfeMsWdNnPeMpM04].
81. Barselopprøret. Send oss din historie www.barselopprøret.nou.å. [Available from: <https://barselopprøret.no/historier>].
82. Sølunes K-J, Brattås TH, Ulvedalen G. Tidlig hjemreise kan føre til dehydrering2013 20.12.2022. Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2013/10/tidlig-hjemreise-kan-fore-til-dehydrering>.
83. MacKenzie Bryers H, van Teijlingen E. Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. Midwifery. 2010;26(5):488-96.

84. Rooks JP. THE MIDWIFERY MODEL OF CARE*. Journal of Nurse-Midwifery. 1999;44(4):370-4.
85. Alaszewski A, Harrison L, Manthorpe J. Risk, health and welfare. Policies, strategies and practice: Open University Press; 1998.
86. Klausen JE. Policy - Hvordan blir policy til, og hvem lager den? [unpublished lecture notes]. STV2400: Fra samfunnsproblem til iverksatt politikk. Statsviktenskap: University of Oslolecture given 02.09.2019.
87. Hammond JS, Keeney RL, Raiffa H. The Hidden Traps in Decision Making. Decision Making And Problem Solving [Internet]. 1998 13.05.2023. Available from: <https://hbr.org/1998/09/the-hidden-traps-in-decision-making-2>.
88. Hagen H. Fremtidens fødselsomsorg må baseres på forskning2023 17.03.2023. Available from: https://www.dagsavisen.no/debatt/2023/03/14/fremtidens-fodselsomsorg-ma-baseres-pa-forskning/?fbclid=IwAR1Q9eT2tBGX6CQB5B23IOKe-g_DloVSpisiXw_NQelQcPk2fY77yV8TJRQ.
89. Sandall J, Hatem M, Devane D, Soltani H, Gates S. Discussions of findings from a Cochrane review of midwife-led versus other models of care for childbearing women: continuity, normality and safety. Midwifery. 2009;25(1):8-13.
90. Andreassen G, Øian P, Blix E. Differensiert fødselsomsorg i en kvinneklinikk. Sykepleien Forskning. 2014;9(2):142-50.
91. Gregory S, Caffrey L, Daly D. "It could not have been more different." Comparing experiences of hospital-based birth and homebirth in Ireland: A mixed-methods survey. Women and Birth. 2023.
92. Moen MS, Holmen M, Tollefsrud S, Rolland R. [Low-risk pregnant women in an obstetric department--how do they give birth?]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005;125(19):2635-7.
93. Lippert T, Nesje E, Koss KS, Oian P. Change in risk status during labor in a large Norwegian obstetric department: a prospective study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92(6):671-8.
94. Birthplace in England Collaborative G, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ. 2011;343:d7400.
95. Hjemmejordmor.no. Planlegger du å føde hjemme? Her finner du jordmødre som tilbyr hjemmefødsel. www.hjemmejordmor.nou.å. [updated 2023. Available from: <https://hjemmejordmor.no>.
96. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. EClinicalMedicine. 2020;21:100319.
97. Sjøgaard J. Professor: Advarsler mod hjemmefødsler mangler evidens2022 13.02.2023. Available from: <https://videnskab.dk/krop-sundhed/professor-advarsler-mod-hjemmefoedsler-mangler-evidens/>.
98. Rist T, Ingulstad C, Thomassen AL, Trulsvik C, Bøyesen MC, Sætherø IKA, et al. På høy tid at debatten om makt og likestilling også inntar fødselsomsorgen2023 05.04.2023. Available from: <https://www.dagsavisen.no/debatt/2023/04/04/pa-hoy-tid-at-debatten-om-makt-og-likestilling-ogsa-inntar-fodselsomsorgen/>.

99. Bøyeseu MC. Informert samtykke er umulig i dagens fødefabrikk2023 04.03.2023. Available from: <https://sykepleien.no/meninger/2023/02/informert-samtykke-er-umulig-i-dagens-fodefabrikk?fbclid=IwAR3y1IO1MFcdPOLk8M3cO47uVj5n5d-W7SABnJ046BnBLKcpo87xDYZRiqc>.
100. Sande RK, Oppegaard KS, Sørbye IK, Amundsen K. Utfordringer ved rekruttering av legar til spesialiteten gynekologi og obstetikk. Overlegen. 2022.
101. Vedeler C, Nilsen A, Blix E, Downe S, Eri TS. What women emphasise as important aspects of care in childbirth - an online survey. Bjog. 2022;129(4):647-55.
102. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(4).
103. Forster DA, McLachlan HL, Davey M-A, Biro MA, Farrell T, Gold L, et al. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth. 2016;16(1):28.
104. Eberhard-Gran M, Engelsen LY, Al-Zirqi I, Vangen S. Depressive symptoms and experiences of birthing mothers during COVID-19 pandemic. Tidsskr Nor Laegeforen. 2022;142(3).
105. Holmboe O, Sjetne IS. Brukeres erfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2017 (PasOpp-rapporter). www.fhi.no; 2018 08.11.2018.
106. Fødsel - erfaringer med fødsels- og barselomsorgen [Internet]. Helsedirektoratet. 2018 [cited 21.04.2023]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/fodsel-og-abort/erfaringer-med-fodsels-og-barselomsorgen#referere>.
107. Nedberg IH, Kongslien S, Vik ES. Fødende kvinner i Norge under pandemien: Lite helsepersonell på vakt, mangelfull oppfølging, partner ekskluderes2022 05.05.2023. Available from: <https://forskersonen.no/graviditet-kjonn-og-samfunn-kronikk/fodende-kvinner-i-norge-under-pandemien-lite-helsepersonell-pa-vakt-mangelfull-oppfolging-partner-ekskluderes/1962427>.
108. Dommerud T. 33-åringen ba om å få bli et døgn til etter å ha født, men ble sendt hjem. – Jeg visste ikke om Noah fikk nok mat. Aftenposten. 2023 08.03.2023.
109. Folkehelseinstituttet. Kort fødeopphold i pandemiårene www.fhi.no; FHI; 2022 [Available from: <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kort-fodeopphold-i-de-to-pandemiarene/>].
110. Folkehelseinstituttet. Flere mødre supplerer ammingen med tilskudd2022 05.02.2023. Available from: <https://www.fhi.no/nyheter/2022/flere-modre-supplerer-ammigen-med-tilskudd/>.
111. Lysvold SS, Karlsen AK. Antall barn som fullammes er halvert på fire år: – Utviklingen går i feil retning2022 10.05.2023. Available from: <https://www.nrk.no/nordland/antall-barn-som-fullammes-halvert-pa-fire-ar - -utviklingen-gar-i-feil-retning-1.15963755>.
112. Jacobsen-Loraas T. Er det virkelig jeg som skal finansiere Ammehjelpen? www.sykepleien.no2022 [updated 14.07.2022. Available from: <https://sykepleien.no/meninger/2022/07/er-det-virkelig-jeg-som-skal-finansiere-ammehjelpen>].
113. Hansen CK. Hvorfor mener mødre og helsepersonell at det viktig at Ammehjelpen finnes? www.ammehjelpen.no2022 [updated 20.10.2022. Available from: <https://ammehjelpen.no/hvorfor-er-det-viktig-at-ammehjelpen-finnes2/>].

114. Tjora E, Karlsen LC, Moster D, Markestad T. Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nurseries. *Acta Paediatr.* 2010;99(5):654-7.
115. Jones E, Stewart F, Taylor B, Davis PG, Brown SJ. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;6(6):Cd002958.
116. Sentralbyrå S. 11993: Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, etter helseundersøkelser/helsekonsultasjoner, region, statistikkvariabel og år. www.ssb.no/2015-2022.
117. IS-1798. IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. www.helsedirektoratet.no Helsedirektoratet; 2010 04.2010.
118. Fogelström M. Min Barnmorska - sammanhållen graviditetsvård med ett barnmorsketeam 2023 09.05.2023. Available from: <https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/projektet-min-barnmorska/>.
119. Reppen NK. Svensk «Min jordmor»-prosjekt i fare for å bli rasert 2023 01.03.2023. Available from: <https://sykepleien.no/2023/02/svensk-min-jordmor-prosjekt-i-fare-bli-rasert>.
120. Steen TB, Eberhard-Gran M, Nordeng H, Nerum H, Lyng S. Mental helse i svangerskapet. Norsk gynekologisk forening Veileder i fødselshjelp; 2020.
121. Glover V. Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: possible underlying biological mechanisms. *Adv Neurobiol.* 2015;10:269-83.
122. Meaney MJ. Perinatal Maternal Depressive Symptoms as an Issue for Population Health. *Am J Psychiatry.* 2018;175(11):1084-93.
123. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106(6):426-33.
124. Madsen KB, Mægbaek ML, Thomsen NS, Liu X, Eberhard-Gran M, Skalkidou A, et al. Pregnancy and postpartum psychiatric episodes in fathers: A population-based study on treatment incidence and prevalence. *J Affect Disord.* 2022;296:130-5.
125. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *Jama.* 2006;296(21):2582-9.
126. Darwin Z, Galdas P, Hinchliff S, Littlewood E, McMillan D, McGowan L, et al. Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):45.
127. Xiong X, Harville EW, Mattison DR, Elkind-Hirsch K, Pridjian G, Buekens P. Hurricane Katrina experience and the risk of post-traumatic stress disorder and depression among pregnant women. *Am J Disaster Med.* 2010;5(3):181-7.
128. Watanabe Z, Iwama N, Nishigori H, Nishigori T, Mizuno S, Sakurai K, et al. Psychological distress during pregnancy in Miyagi after the Great East Japan Earthquake: The Japan Environment and Children's Study. *J Affect Disord.* 2016;190:341-8.
129. Ostacoli L, Cosma S, Bevilacqua F, Berchiolla P, Bovetti M, Carosso AR, et al. Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2020;20(1):703.
130. Delanerolle G, McCauley M, Hirsch M, Zeng Y, Cong X, Cavalini H, et al. The prevalence of mental ill-health in women during pregnancy and after childbirth during the Covid-19 pandemic: a systematic review and Meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2023;23(1):76.

131. Flaherty SJ, Delaney H, Matvienko-Sikar K, Smith V. Maternity care during COVID-19: a qualitative evidence synthesis of women's and maternity care providers' views and experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022;22(1):438.
132. Aarø K. ISF fungerer ikke i fødselsomsorgen 2019 19.04.2023. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/isf-fungerer-ikke-i-fodselsomsorgen/293829>.
133. NTB. Fødetilbudet ABC-klinikken i Oslo legges ned 2023 01.02.2023. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/helsepolitikk-og-helseekonomi-5-primaerhelsetjeneste/fodetilbudet-abc-klinikken-i-oslo-legges-ned/510594>.
134. Andersen B, Olaisen SR. Stenger fødeavdeling i 16 uker for å spare penger: – Fødsler ikke lønnsomme nok 2022 05.01.2023. Available from: <https://www.nrk.no/nordland/stenger-fodeavdelinger--ashild-pettersen-og-jordmorforbundet-1.16161232>.
135. Innsatsstyrt finansiering (ISF) – regelverk [Internet]. 2023 [cited 10.05.2023]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>.
136. Thomassen AL. Flere kutt i vente for fødsels- og barselomsorgen 2022 02.03.2023. Available from: <https://barselopporet.no/fordypning/flere-kutt-i-vente-for-fodsels-og-barselomsorgen>.
137. Helsedirektoratet. Tilgang på og behov for jordmødre. In: Helsedirektoratet, editor. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-jordmodre>: Helsedirektoratet; 2021.
138. Bakken JD. Jordmødre rekker ikke å gå på do eller spise: – Det er hverdagen 2023 02.03.2023. Available from: https://www.nrk.no/osloogviken/jordmodre-pa-ulleva-rekker-ikke-a-ga-pa-do-eller-spise-pa-jobb--det-er-hverdagen-1.16267875?fbclid=IwAR3xuv44XZl20pT_7lnpduzddl721avppOzGsybUvI3V39vLpsbq0iCumYl.
139. Thomassen AL. Intervju med jordmor Christina Hernandez Engelhart 2022 03.03.2023. Available from: <https://barselopporet.no/fordypning/intervju-med-jordmor-christina-hernandez-engelhart>.
140. Ingulstad CK. Jordmor forteller om sommeren på Ullevål 2022 05.01.2023. Available from: <https://barselopporet.no/fordypning/jordmor-forteller-om-sommeren-pa-ulleva>.
141. Vea MK. Fødselsomsorg i fritt fall 2023 25.03.2023. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/fodselsomsorg-i-fritt-fall/556867>.
142. Engjom HM, Morken N-H, Høydahl E, Norheim OF, Klungsøyr K. Risk of eclampsia or HELLP-syndrome by institution availability and place of delivery – A population-based cohort study. *Pregnancy Hypertension*. 2018;14:1-8.
143. Engjom HM, Morken N-H, Høydahl E, Norheim OF, Klungsøyr K. 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-.e12.
144. Engjom HM, Morken NH, Norheim OF, Klungsøyr K. Availability and access in modern obstetric care: a retrospective population-based study. *Bjog*. 2014;121(3):290-9.
145. Gunnarsson B, Smáráson AK, Skogvoll E, Fasting S. Characteristics and outcome of unplanned out-of-institution births in Norway from 1999 to 2013: a cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2014;93(10):1003-10.

146. 2020-tallene fra Medisinsk fødselsregister [Internet]. Folkehelseinstituttet. 2021 [cited 03.05.2023]. Available from: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/2020-tallene-fra-medisinsk-fodselsregister/>.
147. Johansen LT, Braut GS, Acharya G, Andresen JF, Øian P. How common is substandard obstetric care in adverse events of birth asphyxia, shoulder dystocia and postpartum hemorrhage? Findings from an external inspection of Norwegian maternity units. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2021;100(1):139-46.
148. Johansen LT, Pay ASD, Broen L, Roland B, Oian P. Are stipulated requirements for the quality of maternity care complied with? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2017;137(17).
149. Bloom LB. 35 Best And Worst Countries To Raise A Family (You Won't Believe America's Ranking) www.forbes.com2020 [updated 29.06.2020. Available from: <https://www.forbes.com/sites/laurabegleybloom/2020/07/29/best-worst-countries-raise-family/>].
150. Ireland S. The World's Best Countries For Raising Kids, 2021 www.ceoworld.biz2021 [updated 01.02.2021. Available from: <https://ceoworld.biz/2021/02/01/the-worlds-best-countries-for-raising-kids-2021/>].
151. Norton H. Best places to give birth worldwide www.comparethemarket.com.au2022 [updated 28.09.2022. Available from: <https://www.comparethemarket.com.au/health-insurance/features/best-places-to-give-birth/>].
152. Byhring HS, Balteskard L, Shu J, Mathisen S, Leivseth L, Steindal AH, et al. Helseatlas for fødselshjelp. www.skde.no; 2019 08.04.2019. Report No.: Nr. 2/2019.
153. Helse- og omsorgsdepartementet. Trygt å føde, også om sommeren. www.regjeringen.no2022.
154. Dolonen KA. Sommer-stengte føde-avdelinger: – Det betyr økt fare for at fødselen skjer på reisevei2020 09.05.2023. Available from: <https://sykepleien.no/2020/06/sommerstengte-fodeavdelinger-det-betyr-okt-fare-fodselen-skjer-pa-reisevei>.
155. Karlsen AK, Sjørgård KO, Lysvold SS. Utsatte å behandle kontroversiell sommerstenging av fødeavdelinger2022 09.05.2023. Available from: <https://www.nrk.no/nordland/helgelandssykehuset-utsetter-a-behandle-sak-om-sommerstengte-fodeavdelinger-1.16218365>.
156. Blix A. En naturlig fødsel? Klassekampen. 2022 22.07.2022.
157. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2002;109(3):254-60.
158. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeselsomsorgen. In: Helsedirektoratet, editor. www.helsedirektoratet.no: Helsedirektoratet; 2010.
159. Ammefri, Arbeidsmiljøloven §12-8 (2013).
160. Kunnskapsdepartementet. Rett til barnehageplass www.regjeringen.no2022 [updated 09.12.2022. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/barnehager/innsikt/Rett-til-barnehageplass/id2344761/>].
161. Altinn. Rettigheter ved graviditet, fødsel, adopsjon og omsorg for små barn www.altinn.no2023 [updated 07.02.2023. Available from: <https://www.altinn.no/starte-og-drive/arbeidsforhold/permisjoner-og-ferie/rettigheter-ved-graviditet-fodsels-adopsjon-og-omsorg-for-sma-barn/>].

162. Gullikstad Å. Land med betalt pappaperm tredoblet2023 09.05.2023. Available from: <https://www.dagsavisen.no/nyheter/verden/2023/03/07/land-med-betalt-pappaperm-tredoblet/>.
163. Folkestad S. NORSKE MENN SOM EKSPORTVARE2022 09.05.2023. Available from: <https://www.nhh.no/nhh-bulletin/artikkelarkiv/2022/september/norske-menn-som-eksportvare/>.
164. Thomassen AL, Ingulstad C. Sykehusfinansieringen gjør barsel ulønnsomt og usynlig2023 02.03.2023. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/sykehusfinansieringen-gjor-barsel-ulonnsomt-og-usynlig/510467>.
165. Mogstad KL. Når ble omsorg ulønnsomt?2023 02.03.2023. Available from: https://www.adressa.no/midtnorskdebatt/i/pQrRLW/naar-ble-omsorg-uloennsomt?fbclid=IwAR3nRkrKfKiIR5P9xY0zPUpGIPQVuehA7ccKG_DjU_qOdcDfiUmlSeYjDDo.
166. Barseloppørret. Vi krever bedre barsel nå! u.å. [Available from: <https://barselopporet.no>].
167. Bunadsgeriljaen. For et trygt og godt fødetilbud over hele Norge. Et folkeopprør! u.å. [Available from: <https://www.bunadsgeriljaen.no>].
168. Føleide A. Barseloppør i hele Norge: – Vi kan ikke lenger si at vi er verdens beste land å få barn i2022 02.03.2023. Available from: <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/barseloppor-i-hele-norge- -norske-kvinner-leverer-syv-krav-til-helseminister-ingvild-kjerkol-1.15938836>.
169. Sanitetskvinnene. Svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg u.å. [Available from: <https://sanitetskvinnene.no/vare-kampsaker/svangerskaps-fodsel-og-barselomsorg>].
170. Skiphamn SS. Beskylder helseministeren for unødvendig maktutøvelse og nedverdiggende karakteristikker2023 02.03.2023. Available from: <https://www.altinget.no/artikkel/beskylder-helseministeren-for-unoedvendig-maktutoevelse-og-nedverdiggende-karakteristikker?SSOResult=Success>.
171. Johnsen GN. Kronikk: Bunadsgeriljaen sprer feilinformasjon og frykt2022. Available from: <https://helse-mr.no/om-oss/nyheiter/nyheiter-2022/kronikk-bunadsgeriljaen-sprer-feilinformasjon-og-frykt>.
172. Solvik AC. Vi sa det for to år siden og fikk kritikk for det. facebook2022.
173. Barseloppørret. Klage på retorikk fra helseminister og helseforetak 2023 [Available from: <https://barselopporet.no/fordypning/klage-pa-retorikk-fra-helseminister-og-helseforetak>].
174. Bernitz S, Aas E, Øian P. Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. Midwifery. 2012;28(5):591-9.
175. Den Norske Jordmorforening. Kuttet på ABC er en ytterligere svekkelse av fødetilbudet i Norge2023 09.05.2023. Available from: <https://www.jordmorforeningen.no/kontakt-oss2/nyhetsarkiv/kuttet-paa-abc-er-en-ytterligere-svekkelse-av-foedetilbudet-i-norge>.
176. Burger EA, Aas E, Bjørnelv GW. Hvor ble det av prioriteringskriteriene for ABC-klinikken?2023 07.02.2023. Available from: https://www.dagensmedisin.no/hvor-ble-det-av-prioriteringskriteriene-for-abc-klinikken/530526?fbclid=IwAR3Gx-jw1Fndo5L3MIRHzZP5ISP-zl2H4IRmysV_F4mhBsQspR-dCrmXn3E.

177. Nyseter T. Vekk med New Public Management!2016 09.05.2023. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/vekk-med-new-public-management/254155>.
178. Høvik S. Ta kvinnehelse på alvor2020 09.05.2023. Available from: <https://www.dagsavisen.no/debatt/2020/02/17/ta-kvinnehelse-pa-alvor/>.
179. U.K. Birth Rate 1950-2023 [Internet]. macrotrends. 2023 [cited 26.04.2023]. Available from: <https://www.macrotrends.net/countries/GBR/united-kingdom/birth-rate>.
180. Sweden Birth Rate 1950-2023 [Internet]. 2023 [cited 26.04.2023]. Available from: <https://www.macrotrends.net/countries/SWE/sweden/birth-rate>.
181. Denmark Birth Rate 1950-2023 [Internet]. 2023 [cited 26.04.2023]. Available from: <https://www.macrotrends.net/countries/DNK/denmark/birth-rate>.

Vedlegg

Vedlegg 1

Intervjuspørsmål

- Barsel og dagens tilbud. Hva er tilbudet i dag? Hvilke endringer ser vi nå? Hva er det som driver barseltilbudet, er vi inne i en trend? Eller er det andre drivkrefter som ligger bak hvordan det organiseres i dag?
 - Hva ønsker barselkvinnen seg? Har kvinnen selv valgfrihet til selv å velge hva slags tilbud kvinnen kan få?
 - Hva er årsakene til at liggetiden på barsel er vesentlig kortere i dag sammenliknet med tidligere?
 - Noen tanker rundt optimal barselomsorg? Liggetid og oppfølging?
 - Er det en god idé at barnepleiere erstattes med far/partner/andre omsorgspersoner? Underliggende: tidligere var barnepleie egen utdanning/profesjon. Ivaretar dagens ordning barn og mor på en ønsket/tilstrekkelig måte? Tanker rundt forsvarligheten av at nyutdannede sykepleiere som har lært lite om fødsel og nyfødte jobber på barsel?
 - Er tilbudet tilstrekkelig med hjemmebesøk ved tidlig hjemreise, spesielt med tanke på ammeutfordringer og barseldepresjon?
 - Mener du barselomsorg er tilstrekkelig finansiert, og har et tilstrekkelig tilbud for å møte kvinnens behov og ønsker?
 - Amming og barseldepresjon, fysisk og psykisk helse, kutt/nedprioritering i kvinnehelse. Noen tanker rundt dette? Har du en oppfatning av at kvinner møtes med avvikende ammeråd, eller ikke oppdatert informasjon?
 - Andre utfordringer som ikke er nevnt her?
-
- Hva er nødvendig barselomsorg? Hva er det farlig å ikke tilby? Hva er konsekvensene? (f.eks redusert barselopphold og mangel på hjemmebesøk av helsesykepleier/jordmor)
 - Partners rolle

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Endringer i barseltilbudet – en god idé”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på årsakene bak at «systemet» jobber mot redusert barselopphold når erfaring viser viktigheten av en trygg og god start for mor og barn som helsefremmende faktor, og hvorvidt kvinners ønsker og behov imøtekommes på en god måte slik systemet er i dag. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Masteroppgavens formål er å undersøke tanker rundt planene for fremtidig barselomsorg og om de er faglig forankret, hvorvidt barselkvinnens behov og ønsker blir tilstrekkelig ivaretatt, og om helsefremmende tiltak vektlegges. Problemstillinger vil være dagens tilbud, tanker rundt tidligere og fremtidige endringer i barselomsorgen, og tanker rundt dagens måte å organisere barselomsorg på – om det er tilstrekkelig for å ivareta mor og barn på en god måte. Det vil også spørres om egne tanker rundt barselomsorgen basert erfaring og eget syn.

Opplysninger som fremkommer gjennom personlige intervju vil ikke brukes til andre formål enn masteroppgaven.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, institutt for helse og samfunn er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

6 aktører får henvendelsen, derav 2 fra ideelle organisasjoner, 2 fra primærhelsesektoren (jordmor/helsesykepleier) og 2 fra sekundærhelsesektoren (jordmødre). Aktørene jobber tett opp mot barselkvinnen og kan uttale seg om dagens tilbud, behov og ønsker.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et personlig intervju, med noen få men åpne spørsmål rundt tema. Det er tilstrekkelig med ett intervju men ønskelig med mulighet for oppfølgingsspørsmål i etterkant. Spørsmålene omhandler barselomsorgen og endringer i denne, som dagens tilbud og hvilke endringer vi ser nå; tanker rundt endringer i liggetid; om tilbudet er tilstrekkelig for å følge opp mor og barn på en god måte; utfordringer; og hva fremmer/hemmer god barselhelse. Dine opplysninger registreres som notater.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Student Guri Christensen og veileder Ivan Spehar ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi/institutt for helse og samfunn/det medisinske fakultet/UiO vil ha tilgang
- Personopplysningene oppbevares på passordbeskyttet PC

Dersom deltaker ønsker det vil deltakeren navngis i masteroppgaven som kilde.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent, ca 15 juni. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres dersom deltaker ikke ønsker

å navngis i masteroppgaven som kilde. Personopplysninger vil da også slettes fra passordbeskyttet PC.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiO/institutt for helse og samfunn har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Institutt for helse og samfunn ved student Guri Christensen, g.g.christensen@studmed.uio.no, tlf 98050430 og veileder Ivan Spehar, ivan.spehar@medisin.uio.no, tlf 22850560.
- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye, personvernombud@uio.no

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Ivan Spehar
(Forsker/veileder)

Guri Christensen
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet masteroppgave med tittel «*Endringer i barseiltilbudet – en god idé?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes med tittel, arbeidssted eller navn – hvis aktuelt. Det er frivillig og prosjektet påvirkes ikke av om man fremstår med navn/arbeidssted eller som anonym.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3



[Meldeskjema](#) / [Endringer i barseltilbudet – en god idé?](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
813402

Vurderingstype
Standard

Dato
28.03.2023

Prosjekttittel

Endringer i barseltilbudet – en god idé?

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig

Ivan Spehar

Student

Guri Christensen

Prosjektperiode

27.02.2023 - 15.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Kommentarer til informasjonsskrivet: Du må ta bort den blå teksten som står under Samtykkeerklæring i informasjonsskrivet, og bruke avkrysningsboks som er tilpasset ditt prosjekt. Du trenger ikke å sende det inn på nytt til oss.

Du har i meldeskjemaet krysset av for at du vil hente inn opplysninger tredjepersoner. Vi kan ikke se at du er ute etter opplysninger om tredjepersoner. Du oppgir også at du vil anonymisere dersom dette forekommer. Vi legger derfor til grunn at det ikke samles inn opplysninger om tredjepersoner. Dersom du likevel mener at du ønsker opplysninger om tredjepersoner ber vi om tilbakemelding.

TAUSHETSPLIKT

Forskningsdeltagerne har yrkesmessig taushetsplikt. De kan ikke dele taushetsbelagte opplysninger med forskningsprosjektet. Vi anbefaler at du minner dem på taushetsplikten. Merk at det ikke er nok å utelate navn ved omtale av pasienter e.l. Vær forsiktig med bruk av eksempler og bakgrunnsopplysninger som tid, sted, kjønn og alder.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som

din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.)

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

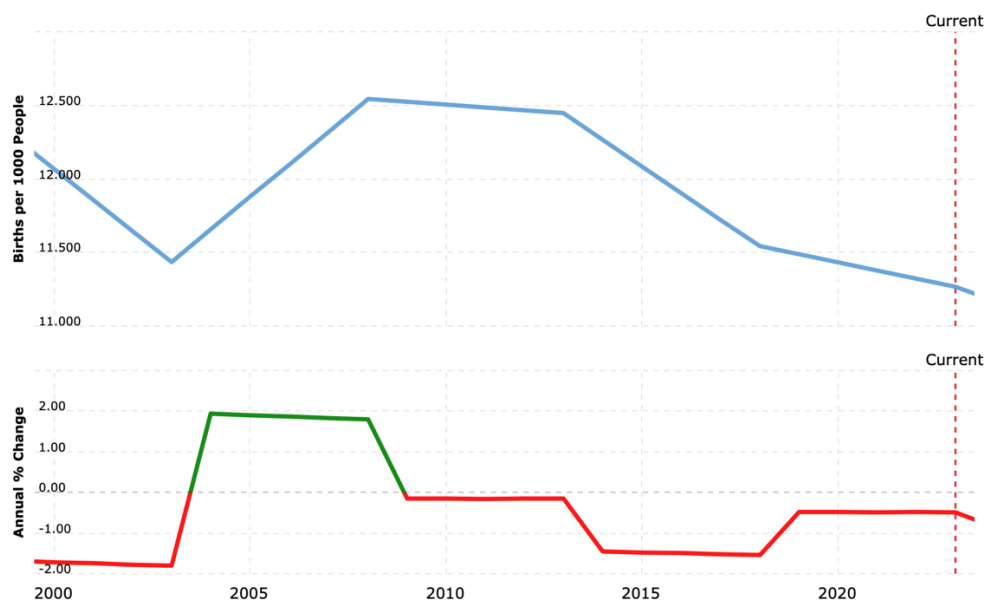
Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Appendiks

År	1990	2000	2010	2020
Antall levendefødte	798 364	679 029	807 271	681 560
Mors gjennomsnittlige fødealder	27,7	28,5	29,5	30,7
Antall barn kvinner får i løpet av fertil alder	1,83	1,64	1,92	1,56
Antall levendefødte per 1000 innbygger	13,9	11,5	12,9	10,2
Levendefødte per 1000 kvinner i fertil alder	64,0	55,4	63,4	54,4

Figur 1a: Storbritannia. Antall levendefødte: totalt antall levendefødte i de gitte kalenderårene. Mors gjennomsnittlige fødealder: standardisert gjennomsnitt (per 1000 for hver enkelt aldersgruppe). Antall barn kvinner får er estimert gjennomsnitt av totalt antall barn en kvinne får i løpet av sin fertile alder. Antall levendefødte per 1000 innbygger: standardisert gjennomsnitt. Levendefødte per 1000 kvinner i fertil alder: antall levendefødte per 1000 kvinner i fertil alder, fertil alder oppgitt til 15-44 år. (20, 21, 22)



Figur 1b: Storbritannia. Den øverste grafen viser antall fødsler i Storbritannia per 1000 innbyggere i perioden år 2000 til år 2022. Den nederste grafen viser prosentvis endring i antall fødsler i samme periode der den røde streken markerer negativ vekst og den grønne markerer positiv vekst. Siden 2008 har utviklingen vært nedgang i antall fødsler målt per 1000 innbygger. (179)

År	1990	2000	2010	2020	2022
Antall levendefødte	123 938	90 441	115 641	113 077	104 734
Mors gjennomsnittlige fødealder		30,14	30,84	31,39	
Antall barn kvinner får i løpet av fertil alder	2,14	1,54	1,98	1,66	1,52
Antall levendefødte per 1000 innbygger	14,5	10,2	12,3	10,9	10,0

Figur 2a: Sverige. Antall levendefødte: totalt antall levendefødte i de gitte kalenderårene. Mors gjennomsnittlige fødealder: standardisert gjennomsnitt (per 1000 for hver enkelt aldersgruppe). Antall barn kvinner får er estimert gjennomsnitt av totalt antall barn en kvinne får i løpet av sin fertile alder. Levendefødte per 1000 innbygger i fertil alder: standardisert gjennomsnitt, fertil alder oppgitt til 15-44 år. Antall levendefødte per 1000 kvinner innbygger: standardisert gjennomsnitt. (27, 29, 30)

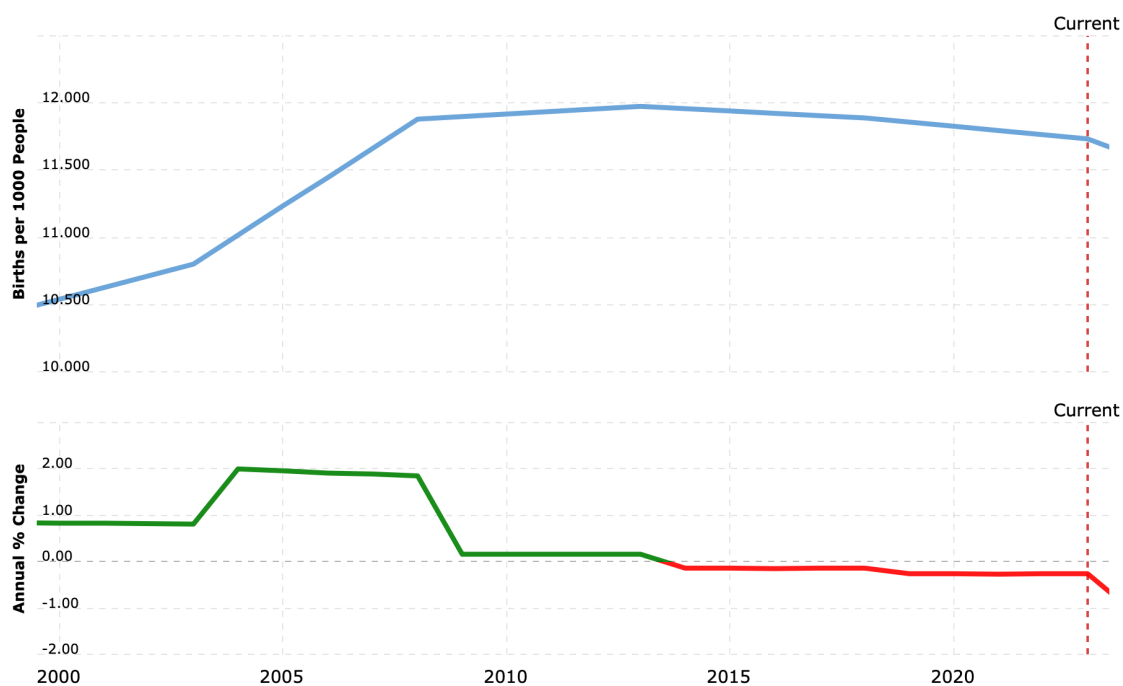


Figure 2b: Den øverste grafen viser antall fødsler i Sverige per 1000 innbyggere i perioden år 2000 til år 2022. Den nederste grafen viser prosentvis endring i antall fødsler i samme periode. (180)

År	1990	2000	2010	2020	2022
Antall levendefødte	63 433	67 084	63 411	60 937	58 430
Mors gjennomsnittlige fødealder	28,3	30,0	30,9	31,2	31,4
Antall barn kvinner får i løpet av fertil alder	1,67	1,77	1,87	1,78	1,55
Antall levendefødte per 1000 innbygger	12,3	12,6	11,4	10,4	

Figur 3a: Danmark. Antall levendefødte: totalt antall levendefødte i de gitte kalenderårene. Mors gjennomsnittlige fødealder: standardisert gjennomsnitt (per 1000 for hver enkelt aldersgruppe). Antall barn kvinner får er estimert gjennomsnitt av totalt antall barn en kvinne får i løpet av sin fertile alder, fertil alder oppgitt til 15-49 år. Antall levendefødte per 1000 innbygger: standardisert gjennomsnitt. (34, 35, 36, 37)

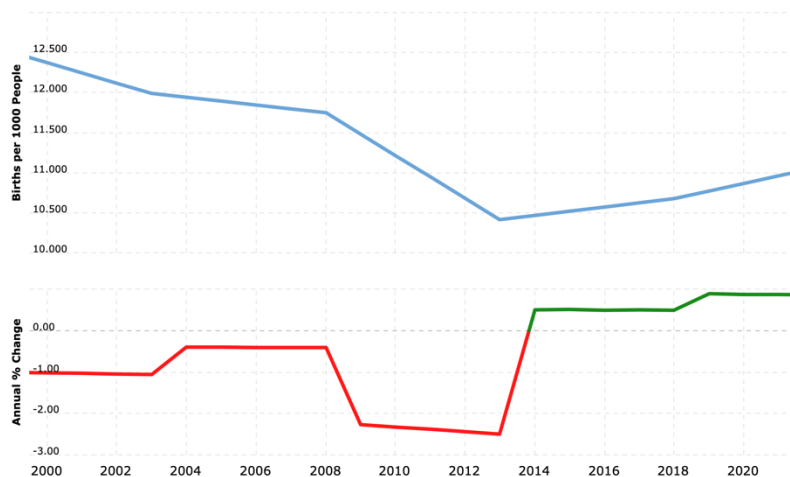
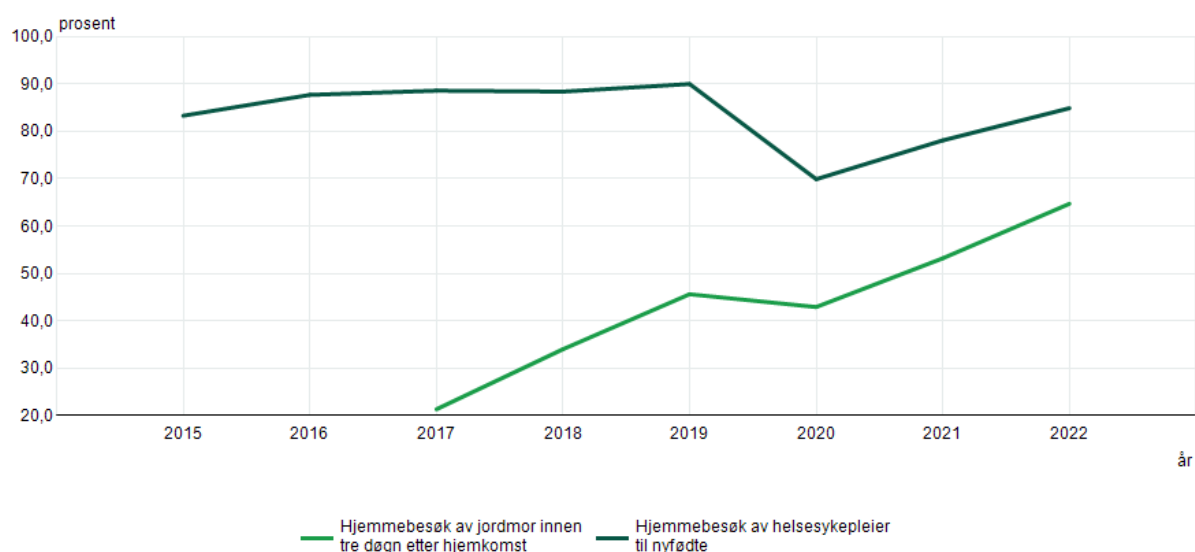


Figure 3b. Den øverste grafen viser antall fødsler i Danmark per 1000 innbyggere i perioden år 2000 til år 2022. Den nederste grafen viser prosentvis endring i antall fødsler i samme periode. (181)

År	1990	2000	2010	2020	2022
Antall levendefødte	61270	59 703	62 592	53 629	52 011
Mors gjennomsnittlige fødealder	28,0	29,6	30,3	31,4	31,6
Antall barn kvinnen får i løpet av fertil alder	1,83	1,69	1,88	1,69	1,70
Levendefødte per 1000 personer	13,55	13,01	12,30	11,10	11,13
Mors gjennomsnittlige fødealder 1.gangs fødsel	25,5	27,3	28,1	29,8	30,2
Antall fødte under transport		223	205	146	122

Figur 4: Norge. Antall levendefødte: totalt antall levendefødte i de gitte kalenderårene. Mors gjennomsnittlige fødealder: standardisert gjennomsnitt (per 1000 for hver enkelt aldersgruppe). Antall barn kvinner får er estimert gjennomsnitt av totalt antall barn en kvinne får i løpet av sin fertile alder, fertil alder oppgitt til 15-49 år. Antall levendefødte per 1000 innbygger: standardisert gjennomsnitt. Mors gjennomsnittlige fødealder 1.gangs fødsel: standardisert gjennomsnitt. Antall fødte under transport: antall fødsler som skjer i transport før kvinnen kommer frem til fødeinsitusjon.. (43, 44)

11993: Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, etter helseundersøkelser/helsekonsultasjoner og år. Landet, Andel barn (prosent).

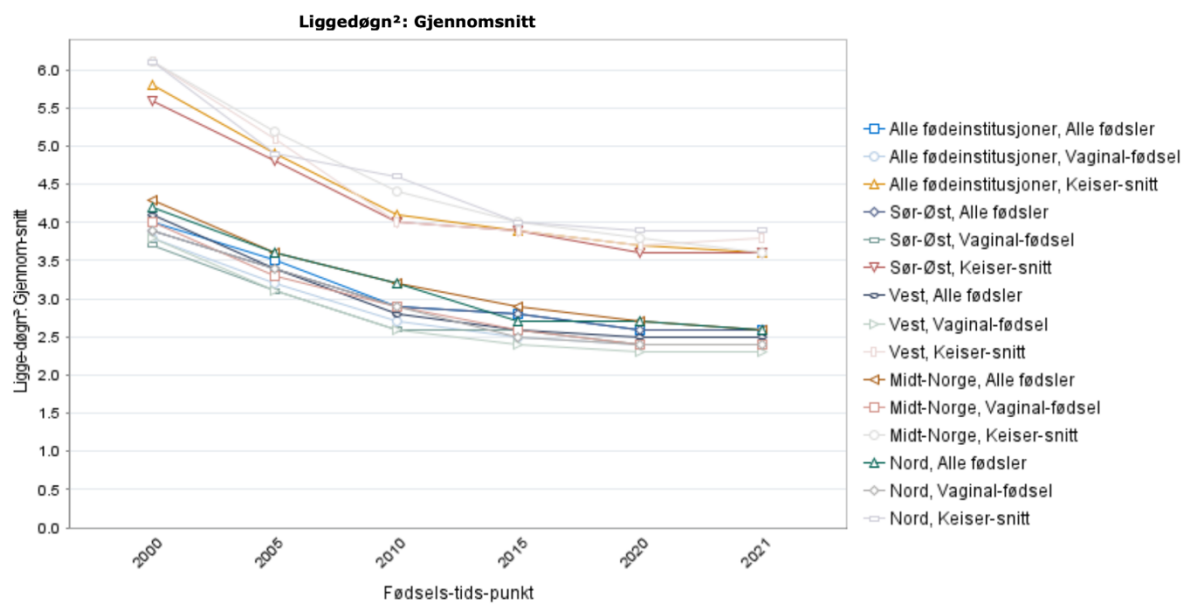


Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 5: Grafen viser en generell økning i andelen barselkvinner som får besøk av jordmor og helsesykepleier etter utskrivning. Pandemien kan forklare nedgangen i årene 2020-2022 (116).

DRGKode	DRGNavn	Kostnadsvekt
370	Keisersnitt m/bk	1,791
370B	Keisersnitt m/kompliserende faktor preeklampsi	2,935
371	Keisersnitt u/bk	1,434
372	Vaginal fødsel m/bk	0,906
372B	Vaginal fødsel m/kompliserende faktor preeklampsi	1,344
373	Vaginal fødsel u/bk	0,630
374	Vaginal fødsel m/sterilisering og/eller evakuering	1,456
375	Vaginal fødsel m/ op ekskl sterilisering og evakuering	0,919
376	Sykdommer etter forløsning og abort u/ operasjon	0,661
379	Truende abort	0,613
380	Abort uten kirurgisk inngrep og tilst etter abort	0,425
381	Spontan el medik utløst abort inkl revisjon	0,616
382	Falske rier	0,400
383	Sykdommer i svangerskapet ITAD m/bk	0,671
384	Sykdommer i svangerskapet ITAD u/bk	0,448
390	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem	1,059
391	Frisk nyfødt	0,517

Figur 6: Tabellen viser et utdrag av DRG-koder, DRG navn og kostnadsvekter som brukes i fødselsomsorgen (135). I 2023 er DRG er satt til kr 49,484,- og ISF skal dekke rundt 40%, mens resten skal dekkes av basisbevilgningen..



Figur 7: Graf som viser liggetid på fødeinstitusjon etter nedkomst i årene 2000-2021 (Folkehelseinstituttet, 2023)