

Helsedirektoratet

Postboks 220 Skøyen  
0213 Oslo

Deres ref.: 20/33709-61

Vår ref: HSAK202200282

Dato: 16-12-2022

### **Ekstern høring av utkast til Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorg**

Det vises til brev fra Helsedirektoratet datert 4.10.2022.

Legeforeningen takker for muligheten til å avgi høringsuttalelse og har følgende innspill til det foreliggende utkastet:

Innledningsvis ønsker Legeforeningen å påpeke at elektronisk helsekort for gravide er et vesentlig virkemiddel for å fremme kvalitet på fødselsomsorgen. Det er et arbeid som må prioriteres.

#### **Kapittel 1 - Gravide med psykiske helseplager**

Legeforeningen har følgende kommentar til avsnitt og formulering under *Psykiske og psykososiale problemstilling, side 7*:

Tidligere psykisk lidelse og psykisk lidelse i graviditet er kjente risikofaktorer for depresjon etter fødsel. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at også en stor andel kvinner som ikke har disse risikofaktorene i forkant har fått fødselsdepresjon etter fødsel<sup>1</sup>.

Bipolare lidelser, spiseforstyrrelser, schizofreni, kompleks PTSD og alvorlig personlighetsforstyrrelse er ikke nevnt i utkastet. Legeforeningen mener at disse tilstandene også bør omtales.

Legeforeningen ønsker å bemerke at avsnittet om angst er noe uspesifikt. Angst er en rekke tilstander, og det er viktig og nødvendig å skille mellom OCD, tokofobi og PTSD etter tidligere fødsler mv., da tilstandene krever ulik oppfølging.

---

<sup>1</sup> Bradshaw, H., Riddle, J. N., Salimgaraev, R., Zhaunova, L., & Payne, J. L. (2022). Risk factors associated with postpartum depressive symptoms: A multinational study. *Journal of Affective Disorders*, 301, 345-351.



På side 6 står det følgende: « *Noen gravide med psykiske helseplager kan ha behov for lengre opphold i fødeinstitusjonen etter fødsel, både for vurdering og observasjon av mors psykiske tilstand og for å fremme en trygg tilknytning til barnet.*» Legeforeningen ønsker å påpeke at tilknytningsbegrepet oftest brukes om barnets relasjon til sine omsorgspersoner, da det er et element av trygghetssøkende strategier involvert i begrepet. Barnet søker trygghet, beskyttelse og trøst hos den voksne, ikke omvendt. Foreldre knytter emosjonelle bånd til sine barn.

Videre står det følgende: «*Det er viktig for helsepersonell å skille mellom alminnelige spørsmål gravide har og spørsmål og tegn på at kvinnen har behov for ytterligere hjelp og oppfølging. For avdekking og oppfølging av gravide med psykiske tilstander i svangerskapet, se «Graviditet og psykisk helse» i Nasjonal retningslinje for svangerskapsomsorgen og «Mental helse i svangerskapet» veileder i fødselshjelp (legeforeningen.no).*» Legeforeningen mener det er positivt at det henvises til andre retningslinjer og veiledere, men det bør også stå at alle gravide bør spørres, slik det står i nasjonal retningslinje for svangerskapsomsorgen: «*Gravide bør få spørsmål om de nå eller tidligere har opplevd nedstemthet, depresjon eller andre psykiske helseproblemer.*»

Kapittel 2 – bemanningsnorm for jordmødre i fødeinstitusjoner.

Legeforeningen støtter en bemanningsnorm for jordmødre i fødeinstitusjoner, men etterlyser en bemanningsnorm for leger, både antall gynekologer på sykehus i forhold til fødselstallet, og antall leger som må være i vakt med tanke på fødselstallet.

Kapittel 3 – følgetjeneste og døgnkontinuerlig beredskap.

Legeforeningen støtter en følgetjeneste og døgnkontinuerlig beredskap.

Kapittel 4 – Hjemmefødsel

Legeforeningen støtter at jordmødre som tilbyr hjemmefødsel samarbeider med fødeavdeling eller kvinneklinikk. Det er imidlertid viktig å være tydelig på at dette ikke innebærer at vedkommende avdeling har noe ansvar for helsehjelpen som ytes under hjemmefødsel.

Hjemmefødsel i offentlig regi i Norge kan medføre utfordringer. Erfaringer både fra inn- og utland tilsier at risiko for uheldige utfall er høy med tanke på at dette i utgangspunktet er lavrisikofødsler. Juridiske aspekter rundt privatlivets fred tilsier at man ikke kan utføre kvalitetskontroll ved hjemmefødsler, slik man gjør på sykehus og fødestuer. Som følge av dette begrenser kvalitetskontrollen av disse fødslene seg til en gjennomgang av fødselen i de tilfeller man får et uheldig utfall. Et kvalitetssikringskonsept som går ut på å vente til noe går galt, for så å forsøke å finne ut hva man burde gjort annerledes, er ikke forenelig med den høye kvaliteten som kreves i norsk offentlige fødselshjelp.

Hjemmefødsler er også ressurskrevende, særlig i form av jordmorårsverk. Med våre geografiske utfordringer og krav om reiseavstand til sykehus vil hjemmefødsel heller aldri bli et tilbud utenfor de store byene. Det bør vurderes nøye om en skal bruke ytterligere ressurser på en gruppe som allerede har det beste og mest differensierte fødetilbudet, samtidig som fødetilbudet andre steder i landet trues av nedleggelse på grunn av personalmangel. Det samsvarer dessuten dårlig med prioriteringskriteriene, nytte, ressurs og alvorlighet.

#### Kapittel 5 – Fødestue

Det bør stå at jordmor og lege har anledning til å anbefale fødsel på en fødeavdeling eller kvinneklinikk ut fra en helhetsvurdering av den gravide, uavhengig av nevnte seleksjonskriterier.

#### Kapittel 7 – Kvinneklinikk

På side 31 står det at «Kvinneklinikker har ansvar for fødende med og uten risiko for komplikasjoner og bør ha spesialkompetanse innen fødselshjelp, avansert fosterovervåkning og diagnostikk tilgang til kompetanse i nyfødttmedisin og andre relevante spesialiteter i sykehuset tilgang til psykososial kompetanse som kan veilede foreldre som trenger oppfølging».

Legeforeningen mener ordet «psykososial kompetanse» bør byttes ut med «psykiatrisk og psykologisk kompetanse», slik at en sikrer at den formelle kompetansen er på plass. Det kan oppstå alvorlige psykoser, depresjoner og manier med suicidalitet og fare for infanticid, og også medisinske tilstander som gir seg uttrykk i psykiske symptomer (slik som hypothyreose, encephalitt m.fl.). Videre kan det oppstå situasjoner med behov for raskt oppstart/justering av psykofarmakologisk behandling. På linjene forut for «psykososial kompetanse» er det skrevet «avansert fosterovervåkning og kompetanse innen nyfødttmedisin». Legeforeningen mener at nivået på spesialisert kompetanse innen psykisk helse må legges på samme nivå.

#### Kapittel 8 – Svangerskap passert termin

Legeforeningen sier seg enig i retningslinjen slik den er presentert.

#### Kapittel 9 – informasjon og pasientmedvirkning når det haster

Legeforeningen mener at informasjon om uforutsette situasjoner i fødselsforløpet ikke blir godt nok informert om på forhånd. Det er store individuelle forskjeller i Norge på hvilken informasjon som blir gitt. Etter informasjon om normalfødsel bør det også gis informasjon om mulige akutte situasjoner som kan oppstå og prosedyrer som da iverksettes, f.eks. informasjon om vakuump, tang og keisersnitt.

For å kunne ivareta pasientens opplevelser på en god måte etter en akutt situasjon mener Legeforeningen det er nødvendig med tilbud om samtale med helsepersonell etter utskrivning fra sykehuset. Dagens praksis er ofte en samtale med kvinnene under

sykehusoppholdet, men da er kvinnen gjerne ikke klar for en bearbeidende samtale og det kan tenkes at en ikke oppnår ønsket effekt. Tilbud om samtale bør komme en tid etter fødsel, eksempelvis ved barnets tre måneders kontroll på helsestasjon. Ved denne undersøkelsen blir også mors psykiske helse fulgt opp ved at det fylles ut et spørreskjema som kartlegger om mor har svangerskaps- eller barseldepresjon, Edinburgh postnatal depresjonskår (EPDS). Som en forlengelse av dette spørreskjemaet er det naturlig at kvinnen, ved behov, får tilbud om samtale med helsepersonell om fødselen. Samtalen kan i første omgang foregå i primærhelsetjenesten hos jordmor. På indikasjon kan kvinnen henvises til spesialisthelsetjenesten for samtale med fødselslege. Slik vil kvinnen kunne få bearbeidet opplevelsen av fødselen når hun selv er klar for det, men likevel på et tidlig nok tidspunkt slik at hendelsen forhåpentligvis ikke påvirker fremtidige svangerskap og/eller fødsler. Legeforeningen mener i utgangspunktet at alle kvinner skal få tilbudet om samtale med helsepersonell, men at det er opp til helsesykepleier og jordmor i primærhelsetjenesten å screene hvem som har behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Under punktet «Informasjon og pasientmedvirkning når det haster» foreslår Legeforeningen at det legges til et fjerde kulepunkt som lyder «Hvordan sikre et tilbud om fødselsgjennomgang og ettersamtale for den fødende og partner der fødselen har vært komplisert eller har blitt opplevd vanskelig».

I nødrettslignende situasjoner kan det være nødvendig å utføre inngrep uten samtykke.

Under avsnittet om nødrett, side 39, står det: «Dersom vilkårene for nødrett er oppfylt, vil helsepersonellet imidlertid ha rett til å foreta keisersnitt(et)». Legeforeningen mener det her også bør tas høyde for at vaginal instrumentell forløsning kan omfattes av nødrett, og ber om at man legger til: «eller annen operativ forløsning utfra hva som i den aktuelle situasjonen anses som det medisinskfaqliq beste for mor og barn.» Nødretten gjør kravet om samtykke etter pasientrettighetsloven § 4-1 overflødig. I en nødrettssituasjon vil ikke samtykkekravet være til hinder for helsepersonellens plikt til å redde barnet etter helsepersonelloven § 7 første ledd. I slike tilfeller vil derfor helsepersonellet også ha en tilsvarende plikt til å foreta det som medisinskfaqliq vurderes som beste forløsningsmetode»

Legeforeningen vil understreke at ansvaret for døgnkontinuerlig beredskap og organisering av følgetjeneste for gravide er tydelig lagt til helseforetakene. Helseforetaket har det overordnede ansvar for å sørge for tilrettelegging av beredskaps- og følgetjenesten. Kommunen har plikt til å samarbeide med spesialisthelsetjenesten for å legge til rette for forsvarlige tjenester. Dette innebærer at foretakene også må sørge for å møte gravide med behov for følge som bor nærmere enn 1,5 time reisevei, dersom fødselen utvikler seg slik at det er behov for ledsagelse av kompetent personell. Legeforeningen vil påpeke at grensen for følgetjenesten ikke kan beregnes ut fra ideelle reiseforhold. Legeforeningen merker seg at utkast til ny veileder for fødselsomsorgen ikke er tydelig nok på disse forholdene og mener vi bør vurdere å gå tilbake til veiledende grense på 1 time. I påvente av denne endringen må foretakene evaluere egen praksis og legge til rette for tilstrekkelig beredskap som gjør at alle fødende kan føle seg trygt ivaretatt



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

Legeforeningen mener at følgetjeneste må sees i sammenheng med forsvarlig bemanning ved fødeavdelingene. Så lenge det er jordmormangel, må bruk av jordmorressurser vurderes i forhold til prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Siri Skumlien  
generalsekretær

Jan Emil Kristoffersen  
Fagdirektør

Nina Finstad  
rådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)