
M. Eberhard-Gran svarer

KOMMENTAR

MALIN EBERHARD-GRAN

malinebe@medisin.uio.no

Malin Eberhard-Gran er professor og spesialist i samfunnsmedisin.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Fødslene i USA i 1950-årene skulle gå raskt og koste minst mulig. Det førte til flere reinnleggelser av mor og barn. Fra 1996 må derfor alle helseforsikringer i USA dekke utgifter for minst 48 timers opphold på barselavdelingen ved ukomplisert vaginal forløsning (1). Selv om forholdene virker å fungere upåklagelig i Bergen, har man andre steder sett at utilstrekkelig oppfølging kan få negative følger. Perinataalkomiteen i Helse sør-øst sendte høsten 2017 en bekymringsmelding til ledelsen om økt antall uheldige hendelser som følge av kortere liggetid (2). Hendelsene omfatter barn som viste vektnedgang, gulsott, infeksjoner og uoppdaget hjertefeil. For mor omfatter hendelsene alvorlige blødninger, høyt blodtrykk med rask sykdomsutvikling, infeksjoner og depresjon. Et fullgodt oppfølgingsapparat mangler i mange kommuner. Norge har gode nasjonale retningslinjer for barselomsorgen, men mye tyder på at disse kun følges av et fåtall kommuner. Fylkesmannen i Trøndelag gjennomførte nylig et tilsyn som konkluderte med at svangerskaps- og barselomsorgstjenesten ikke var organisert i tråd med krav til forsvarlig tjenesteyting. En landsomfattende undersøkelse tyder på at kun omlag 1 av 10 barselkvinner får jordmorbesøk etter anbefalingen i retningslinjene (3). Majoriteten av kommunene oppga manglende ressurser som årsak. I de aller fleste kommuner kan barselkvinner bare få hjelp i helsestasjonenes åpningstider og tilgang til spesialisert hjelp er begrenset. Følgelig har ammehjelpen opplevd en kraftig økning i henvendelser.

I forbindelse med en fødsel skjer det store endringer i løpet av kort tid. Dette gjør kvinnene særlig sårbare. Allerede eksisterende problemer risikerer å bli verre. Det er riktig, slik Reigstad skriver, at en stor andel av barseldepresjonene debuterer under graviditeten. Men en depresjon som debuterer under svangerskapet er ikke mindre viktig å oppdage enn om den debuterer senere. Sjansen for at de som trenger hjelp og støtte får dette, er større jo tettere kontakt mor har med helsevesenet. Det er mulig at Haukeland med tilhørende kommuner har klart å tilfredsstillende implementere de nasjonale retningslinjene. Men i de fleste kommuner mangler mye før tilfredsstillende oppfølging av barselkvinner og nyfødte er på plass. Skal det nås, må det blant annet

sikres god nok tilgang på jordmødre. Omtrent halvparten av landets kommuner mangler kommunal jordmortjeneste (4). Å ta ansvar for mor og barn kun timer etter fødselen krever et betydelig kunnskapsløft blant helsepersonell i kommunen. Vi bør også studere de kommunene som har fått til god overføring fra sykehus til kommune. Hvordan har de prioritert og organisert seg? Det er avgjørende å få forskningsbasert kunnskap om konsekvenser av en overføring av ansvar til kommunene. Vi kan ikke basere oss kun på subjektiv erfaring.

LITTERATUR

1. Newborns' and Mothers' Health Protection Act of. 1996. Cms.gov. https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/nmhpfa_factsheet.html (2.1.2019).
2. Brev fra perinatalkomiteén Helse sør-øst, 20.8.2017. <https://www.r-bup.no/cms/files/781/kort-liggetid-barsel.pdf> (4.1.2019).
3. Ammehjelpen i Tromsø. Jordmor hjem etter fødsel - skjer det? <https://ammehjelpen.no/upload/2018/02/27/2017-03-01.RapportKommuneunders%C3%B8kelse.pdf> (4.1.2019).
4. Ssb.no. Kommunehelsetenesta. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helsetjko/aar> (4.1.2019).

Publisert: 28. januar 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0019
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.