
Verdens beste fødselsomsorg – eller?

DEBATT

LARS T. JOHANSEN

ltj@helsetilsynet.no

Lars T. Johansen er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og seniorrådgiver i Avdeling for operativt tilsyn, Statens helsetilsyn.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELLEN BLIX

Ellen Blix er professor og jordmor ved Fakultet for helsevitenskap, OsloMet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GEIR SVERRE BRAUT

Geir Sverre Braut er spesialist i samfunnsmedisin, seniorrådgiver ved Stavanger universitetssjukehus og professor emeritus fra Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Stavanger.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PÅL ØIAN

Pål Øian er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og professor emeritus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Fødselsomsorgen i Norge er tilgjengelig for alle og har svært gode resultater målt i dødelighet og sykelighet. Samtidig tyder tilbakemeldinger på at omsorgsfull helsehjelp, informasjon, medvirkning og samtykke kan bli bedre.

Når fødselsomsorgen får kritikk fra brukerne, er ofte svaret fra helsepersonell og myndigheter at vi har verdens beste fødselsomsorg. Selv om vi har gode resultater målt i dødelighet hos mor og barn, kan vi likevel ikke være sikre på at kvaliteten er topp. Flere kvinner rapporterer nå om dårligere mental helse i perinatalperioden enn tidligere (1). I tillegg til at kvinner kan få varige fysiske plager etter fødsel, kan dårlige fødselsopplevelser knyttes til barseldepresjon, fødselsangst og at kvinnen ikke ønsker flere barn.

Kvinner ønsker valgfrihet og medbestemmelse. De ønsker helsetjenester der de blir møtt med respekt og informasjon, der de samtykker til undersøkelser og behandling, og der både medisinsk sikkerhet og sosiale og følelsesmessige behov ivaretas (2).

Vi vet at en ensidig oppmerksomhet på risiko kan føre til unødvendig diagnostikk og behandling. Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at 29,8 % av alle fødsler i 2024 ble igangsatt, 30,8 % ble behandlet med riestimulerende medikamenter, og 19,6 % ble klippet i mellomkjøttet (episiotomi). Elektronisk fosterovervåking (CTG) er anbefalt for risikofødende, men brukes i stor grad også på lavrisikofødende (3). Stadig færre opplever en naturlig fødsel uten bruk av tekniske hjelpemidler eller medikamenter.

Et overdrevent fokus på risiko kan føre til at helsepersonell legger mindre vekt på å ivareta kvinnen og hennes fødselsopplevelse. Flere velger planlagt hjemmefødsel med jordmor til stede fordi de opplever større grad av trygghet og omsorg, og det gir flere naturlige fødselsforløp.

Erfaringer fra tilsyn, Norsk pasientskadeerstatning og rettssystemet viser at grunnleggende rettigheter, som pasientinformasjon, medvirkning og samtykke til behandling, ikke alltid ivaretas (4). Dette er viktige elementer i omsorgsfull helsehjelp.

Omsorgsfull helsehjelp

Helsepersonells arbeid skal være faglig forsvarlig, og helsehjelpen de gir skal være omsorgsfull, i henhold til helsepersonelloven § 4. Sistnevnte innebærer å gi helsehjelp som yter pasienten omtanke og respekt, og som ikke krenker den enkeltes personlige integritet. Det gjenspeiles også i yrkesetiske retningslinjer for jordmødre og leger.

Det er et ledelsesansvar å legge til rette for at helsepersonell kan gi forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Det forutsetter en felles forståelse av hva det er og hvordan dette skal ytes.

Når kvinner gir uttrykk for manglende omsorg i fødselshjelpen, gjelder det ofte måten de har blitt møtt på eller snakket til. Kvinner ønsker at helsepersonell ser og verdsetter dem, er imøtekomende, empatiske og gir dem trygghet. Når fødselsomsorgen ivaretar både medisinske aspekter og behovet for genuin og respektfull omsorg, er det også sannsynlig at fødende og pårørende sitter igjen med en positiv fødselsopplevelse. Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler en mer personsentrert fødselsomsorg for å oppnå dette (5).

«Det er et ledelsesansvar å legge til rette for at helsepersonell kan gi forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Det forutsetter en felles forståelse av hva det er og hvordan dette skal ytes»

Norske fødeinstitusjoner bør i større grad følge nasjonale og internasjonale anbefalinger om kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor under aktiv fødsel (6, 7). Én-til-én-oppfølging legger til rette for fortløpende informasjon og god omsorg. Det forutsetter imidlertid at driften er tilrettelagt for dette og at bemanningen er tilstrekkelig. Dessverre finnes det flere eksempler på at jordmødre i sykehus slutter på grunn av høy arbeidsbelastning. Det er på tide å øke grunnbemanningen slik at alle fødende tilbys én-til-én-oppfølging.

Informasjon er sentralt

Pasienter har krav på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven.

Det er et tilbakevendende problem at pasienter klager over mangelfull informasjon. Under fødsel er det nødvendig å gi fortløpende informasjon. Det har betydning for forståelsen av det som skjer, og det skaper trygghet. Like viktig er det å gi informasjon i etterkant av fødselen, særlig når det har vært komplikasjoner.

Akutte hendelser krever rask handling, og som oftest har fødselshjelperen tid til å gi noe informasjon. Ved øyeblikkelig hjelp kan det være tilstrekkelig å informere om tiltakets art. I tilfeller der det er fare for liv, kan informasjon og medvirkning unnlates, i henhold til helsepersonelloven § 7. Etter slike hendelser er det særlig viktig at det gis en utfyllende forklaring på det som skjedde. Tilsyn har vist at oppfølgingssamtale med ansvarlig fødselshjelper ikke alltid finner sted [\(4\)](#).

Ved fødsler i Norge brukes det tradisjonelle partogrammet, som beskriver livmorhalsens åpning og fosterets posisjon i bekkenet. WHO anbefaler i stedet bruk av Labour Care Guide, som er et utvidet partogram, der også informasjon til kvinnen, plan for videre behandling og samtykke registreres [\(7\)](#). Denne guiden kan bidra til at flere får en positiv fødselsopplevelse, at komplikasjoner identifiseres raskt og at unødvendige inngrep unngås.

Medvirkning og tilpasning

Pasient og brukere har rett til å medvirke og få innflytelse i egen behandling, i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven. Vi mener denne retten kan forbedres på flere områder i fødselsomsorgen, både når en kvinne mottar fødselshjelp, men også i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid og ved utarbeidelse av nasjonalfaglige retningslinjer. Reell brukermedvirkning oppnås når kunnskap og erfaringer fra brukere og pårørende blir lyttet til, forstått og brukt i planlegging, implementering og evaluering.

Vi skal ha et differensiert fødetilbud i Norge [\(6\)](#) som tilpasser fødselsomsorgen til hver kvinnes behov og risikonivå. Målet er å redusere antall unødvendige inngrep, styrke kontinuitet og sikre et trygt fødselsforløp. I en ordinær fødeavdeling vil ofte alle fødende, uansett risikogruppe, få samme grad av overvåking og behandling. Da er ikke differensiert fødselsomsorg ivaretatt. Gravide etterlyser muligheten til å føde på lavrisikoenheter, der det legges til rette for en naturlig fødsel. Dessverre har flere lavrisikoenheter blitt nedlagt.

«Når kvinner som har født gir uttrykk for at de ble tilsidesatt uten en reell mulighet til å medvirke, gjenspeiler det ikke en fødselsomsorg av god kvalitet»

Det finnes ofte flere behandlingsalternativ i fødselsomsorgen. Gravide må informeres om disse og gis en reell mulighet til å velge. Tidspress og behandling som bærer preg av «samlebånd», gir dessverre ikke alltid rom for all nødvendig informasjon eller pasientmedvirkning. Internasjonale retningslinjer legger stor vekt på at fødselsomsorgen skal være personsentrert og ivareta den fødendes autonomi (5). Når kvinner som har født gir uttrykk for at de ble tilsidesatt uten en reell mulighet til å medvirke, gjenspeiler det ikke en fødselsomsorg av god kvalitet.

Omsorgsfull helsehjelp forutsetter kunnskap og ferdigheter, og temaet må prioriteres i helsepersonells grunn- og etterutdanning. Videre er det virksomhetens ansvar å legge til rette for at helsepersonell kan gi forsvarlig og omsorgsfull fødselshjelp. Grunnbemanning og drift må tilrettelegges slik at det er nok fødselshjelpere til stede ved stor pågang av fødende.

Det er på høy tid at vi i Norge tar dette mer på alvor, slik at enda flere kvinner får gode fødselsopplevelser.

LITTERATUR

1. Høivik MS, Eberhard-Gran M, Wang CEA et al. Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Norway. *BJPsych Int* 2021; 18: 102–5. [PubMed][CrossRef]
2. Vedeler C, Nilsen A, Blix E et al. What women emphasise as important aspects of care in childbirth - an online survey. *BJOG* 2022; 129: 647–55. [PubMed][CrossRef]
3. Aanstad KJ, Pripp AH, Dalbye R et al. Intrapartum fetal monitoring practices in Norway: A population-based study. *Sex Reprod Healthc* 2024; 41: 101006. [PubMed][CrossRef]
4. Johansen LT, Braut GS, Acharya G et al. Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice. *BMC Health Serv Res* 2021; 21: 931. [PubMed][CrossRef]
5. WHO recommendations 2018. Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> Lest 10.9.2025.
6. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen. 2. Rutiner for bemanning av jordmødre i fødeinstitusjoner. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen/rutiner-for-bemanning-av-jordmodre-i-fodeinstitusjoner#fodeinstitusjonene-bor-ha-rutiner-for-jordmorbemanning> Lest 28.8.2025.
7. WHO. WHO Labour Care Guide 2020. User's manual. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/94326918-1f91-49a2-a857-12831cd51b91/content> Lest 10.9.2025.

Publisert: 3. november 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0604

Mottatt 8.10.2025, første revisjon innsendt 24.10.2025, godkjent 26.10.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.