

Helsedirektoratet
v/seniorrådgiver Brit Roland

Høringsuttalelse om utkast til nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen

Det vises til høringsnotat og -utkast fra Helsedirektoratet med høringsfrist 19. januar (dags dato).

Generelt om Reforms hørings svar

Det har skjedd store endringer i foreldreskap og farskap de siste tretti årene, der det å få barn i større grad er blitt et opplevelses- og kunnskapsfelleskap i parforholdet. Etter hvert er det også kommet betydelig forskning som viser at denne mer likeverdige rollen også har en effekt for barns helse og utvikling.

Forskningsfeltet – og derved også velferdsstatens instrumenter - har likevel en tendens til å henge etter med å oppdatere seg i takt med raske endringer i sosiale realiteter. Samfunnsforskerne Gunn Elisabeth Birkelund og Trond Petersen (2005) kommenterer etterslepet på det sosialpolitiske området slik:

”Velferdsstaten er kjønnskonservativ i den forstand at den i en rekke velferdsordninger bygger opp under mor-barn-relasjonen. (...) En kvinnevennlig statsfeministisk politikk har bygget opp under morsrollen, og har ikke med samme kraft fremmet far som omsorgsperson” (s. 148-149)

Det er naturlig at en nasjonal faglig retningslinje om svangerskapsomsorgen i første rekke knytter seg til medisinske, psykologiske og sosiale forhold rundt den gravide og hennes kropp. Reform har ikke noe ønske om å endre dette hovedfokuset. Samtidig er det viktig å sørge for at fedre/partnere er trukket inn der dette er relevant.

Våre forslag til endringer og forbedringer knytter seg til hvordan helsepersonell kan støtte opp om fars/partners rolle for den gravide, det kommende barnet og far/partner selv, i denne livsfasen.

Om Reform og våre erfaringer

Reform – ressursenter for menn er et nasjonalt kunnskapssenter om menn og likestilling. Vi driver hjelpetilbud for menn i vanskelige livssituasjoner, og er en pådriver for et mannsperspektiv i likestillingspolitikken. Reform er en privat og uavhengig stiftelse som mottar en statlig grunnfinansiering over Barne- likestillingsdepartementets budsjett.

Reform har erfaring fra flere prosjekter som berører forhold som er relevante for denne retningslinjen: *Fedre i familier med startvansker* (Reform 2007), *Minoritetsfarskap i helse-Norge - om fedres møte med helsestasjon* (Reform 2009) og *Papparingen - om utvikling og gjennomføring av barselgrupper for fedre* (Reform 2010).

Reforms innspill til høringsutkastet

1. *Det bør tydeliggjøres at fedre/partner skal trekkes inn i konsultasjonene*

Under kapittel 2 *Konsultasjoner i svangerskapsomsorgen* heter det at det er et mål at «tilbudet skal styrke og bistå kvinnen og partner/familie i en viktig livshendelse. Målet er et sammenhengende og godt forløp.» (s. 8) I sjekklisten av forhold som anses vesentlige å løfte i konsultasjonene, nevnes alt fra blodtrykk, vekt og samtale om fødsel, til i hvilke uker i svangerskapet slike tilbud bør gis.

Reform kan imidlertid ikke se at det tydeliggjøres på hva slags måte helseinformasjon om den gravide og fosteret skal formidles til partner/far. Vi anbefaler at dette løftes fram som vesentlig helseinformasjon i konsultasjoner med helsevesenet.

Det store flertallet av barn fødes inn i par med to foreldre. I følge Statistisk sentralbyrå bor 76 % av alle barn under 18 år sammen med begge foreldrene. Ved fødsel er andelen betydelig høyere. Når kunnskap om og tilpassing av mat, medisiner, kosthold og trening er temaer som deles og diskuteres i parforholdet, bør dette også gjenspeiles i retningslinjen og i svangerskapsomsorgens innretning.

I mange tilfeller vil det også være far/partner som vil ha den primære kontakten med, og omsorgen for barnet etter fødselen. Dette skyldes blant annet at en del mødre utvikler depresjon i forbindelse med fødsel. Denne gruppen utgjør ifølge Folkehelseinstituttet 9 % (Gran, Eberhard og Slinning 2015). I tillegg kommer kvinner som har andre psykiske problemer, eller har medisinske skader som gjør dem avhengige av partners eller andres hjelp. Dersom far/partner trekkes rutinemessig inn i svangerskapskonsultasjonene vil disse bli mer forberedt og i stand til å yte spedbarn og partner omsorg etter fødsel. En sterkere involvering av far/partner i denne fasen må også antas å virke forebyggende på mødres psykiske helse.

Fedres/partners involvering bør spesifiseres i kapittel 3 *Konsultasjoner i svangerskapsomsorgen*. I utkastet er samtaler om fødsel og barsel foreslått lagt til svangerskapsuke 38 og 40. Svangerskapsomsorgen bør gis retningslinjer for å legge optimalt til rette for tilknytning mellom fedre og barn ved fødsel i disse samtalen.

Det finnes kunnskap om hvordan man best kan trekke fedre inn i samtalene i svangerskapsomsorgen, og dette kan med fordel eksemplifiseres under kapittel 3 *Levevaner hos gravide. Tidlig samtale og rådgiving.*

2. *Mål om også å avdekke og støtte fedre/partnere som sliter psykisk i barseltiden*

I utkastet tydeliggjøres det ansvaret som jordmor og fastlege har for å kartlegge gravide med risiko for komplikasjoner og psykiske helse- og/eller rusmiddelproblemer (s. 10). Hvordan dette skal skje i praksis omtales og spesifiseres i kapittel 4 *Graviditet og psykisk helse:*

- Svangerskapsomsorgen bør legge til rette for at gravide kan snakke om hvordan de har det i svangerskapet.
- Svangerskapsomsorgen bør ha rutiner for å identifisere depresjon og angst. Validerte verktøy for vurdering av depresjon kan benyttes som del av en kartlegging, og som ledd i lokalt forankret program ved svangerskapsomsorgen i primærhelsetjenestene.
- Helsepersonell bør henvise gravide med eventuelt partner/barn til psykisk helsetjeneste i kommunen eller spesialisthelsetjenesten.
(s. 24-25)

Reform stiller seg undrende til at dette ansvaret kun gjelder overfor den gravide. Det bør spesifiseres at svangerskapsomsorgen også bør ha rutiner for å identifisere depresjon og psykiske lidelser hos far/partner, og også her ha en tilsvarende hjelpe- og henvisningspraksis som for mødrene.

En slik spesifisering er etter vårt syn godt innenfor retningslinjens formål. Med dagens manglende rutine på dette området risikerer barn at fedre/partner blir huket av foreldreskapet før det begynner, med alvorlige konsekvenser for foreldre-barnrelasjonen. I likhet med hva forskningen viser når det gjelder kvinner, vil en slik praksis være egnet til å forebygge framtidige tilknytningsvansker også for far/partner, og bidra til at disse så raskt som mulig kan innta foreldrerollen sin.

For faglig dokumentasjon om behovet for og mulighet til tidlig avdekking av fedres depresjon i svangerskapet, vises til psykologspesialist Thomas Skjøthaug (2016) og forskningssjef Svend Aage Madsen (2012, 2017). Disse har utarbeidet praksiser for hvordan slik avdekking kan foretas, og har også arbeidet med hvordan støtte kan ytes til kommende fedre med psykiske problemer.

3. *Mål om å avdekke gravide som utøver vold mot barn og/eller partner*

I kapittel 7 *Vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse hos gravide* spesifiseres at gravide skal spørres om de har vært utsatt for vold. Det angis også forslag til hva

slags spørsmål som kan stilles til kvinnene for å avdekke om de eller deres barn er blitt utsatt for vold fra partner eller andre. Det anbefales at helsepersonell bør sørge for å ha disse samtalene med kvinnene uten partner til stede, for lettere å kunne avdekke utsattes erfaringer.

Reform anser dette som positivt. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig å bare spørre mødre om de er blitt utsatt for vold. Disse samtalene bør også benyttes til å avdekke problemer som gravide kvinner måtte ha som voldsutøvere.

Det er veldokumentert at mødre står for en vesentlig andel av volden som begås mot barn. Dette gjelder også vold som medfører skader, merker og/eller smerter, og/eller behov for legehjelp. I en NOVA-undersøkelse (Mossige og Stefansen 2007), gikk det fram at mødre like ofte som fedre var utøvere av slik vold. Også mange barn opplever at fedre blir utsatt for fysisk og psykisk mishandling av mor. Det er kjent at det er like skadelig for barn å være vitne til vold, som at de selv er utsatt for vold.

Gravide er i en sårbar situasjon med tanke på utsatthet for fysisk vold. Det er imidlertid lite som tilsier at kvinner som påfører sin partner eller sine barn fysisk og psykisk vold, slutter med dette i forbindelse med graviditeten. Det er i denne sammenheng vesentlig å ikke operere med et for snevert voldsbegrep. Vold omfatter også materielle, relasjonelle og psykologiske former, herunder trusler om å skade seg selv og fosteret, i den hensikt å ramme andre.

For dem som søker hjelp for mødres voldsbruk er det et alvorlig problem at denne volden i svært liten grad er omtalt i skrift eller tale. Det gjelder både når det gjelder det å hjelpe voldelige mødre, slik det går det fram av NKVTS sin rapport om temaet (Kruse og Bergman 2014), som det gjelder for fedre som ønsker hjelp til å stoppe volden mot dem selv eller barna (Lien m.fl. 2017).

Reform mener derfor at kapittelet må kompletteres med eksisterende forskning om mødres og kvinners vold i nære relasjoner, og konsekvenser dette har for barna og parforholdet.

Vi stiller oss selvfølgelig åpne dersom direktoratet ønsker ytterligere innspill, kommentarer eller utdypinger av dette høringssvaret.

Oslo, 19. januar 2018

Are Saastad /s/
daglig leder

Ole Bredesen Nordfjell
seniorrådgiver