



---

**Regional plan for  
svangerskaps-, fødsels- og  
barseomsorg  
i  
Helse Midt-Norge  
2015-2020**

Sammendrag.....	2
Innledning.....	2
Organisering av videre arbeid.....	3
Pasientrettigheter.....	4
1 Svangerskapsomsorg.....	4
1.1 Førstegangskontroll.....	4
1.2 Seleksjon.....	4
1.3 Individuell behandlings- og oppfølgings plan.....	5
1.4 Skriftlig dokumentasjon og kommunikasjon i tillegg til helsekortet.....	5
1.5 Fødsels- og foreldreforbereende kurs.....	5
1.6 Rutine ultralyd og fødested.....	5
1.7 Standardisering av informasjon til den gravide.....	6
2. Fødselsomsorg.....	6
2.1 Standardisert informasjon.....	7
2.2 Differensiering.....	7
2.3 Bemanning og kompetanse.....	7
2.4 Samarbeid mellom foretak og kommune.....	7
3 Barselsomsorgen.....	7
3.1 Tiltak som bør gjennomføres i planperioden.....	8
3.2 Spesialisthelsetjenestens ansvar i barselsperioden.....	8
3.3 Kommunenes ansvar i barselsperioden.....	8
3.4 Risikogrupper.....	9
3.5 Aktuelle samarbeidspartnere.....	9
4 Beredskap og følgetjeneste.....	9
4.1 Målet for tjenesten.....	10
4.2 Kriterier for å utløse følgetjeneste.....	10
4.3 Reisetid.....	10
4.4 Rammer og avtaler.....	10
4.5 Erfaringer med beredskaps- og følgetjeneste.....	11
5 Kompetanse- og bemanning.....	11
5.1 Rekruttering av legespesialister i regionen.....	12
5.2 Tiltak som bør iverksettes.....	12
5.2 Kompetansehevede tiltak.....	12
5.4 Bemanning.....	13
6 Samarbeid.....	13
6.1 Faglige samarbeidsutvalg.....	13
6.2 Praksiskonsulent.....	14
6.3 Perinataalkomite.....	14
6.4 IKT.....	14
7 Implementering av plan.....	14
8 Kvalitetsindikatorer og evaluering.....	15
9 Arbeidet med regional plan.....	16
10 Referanseliste.....	16
11 Vedlegg.....	17

## Sammendrag

Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg beskriver grunnlaget for et helsefaglig trygt, likeverdig og forutsigbart tilbud til gravide og deres familier i Helse Midt-Norge. Nasjonale retningslinjer og anbefalinger ligger til grunn. Det som er anført som forventninger til kommunene bygger på de samme nasjonale retningslinjene. En konkret arbeidsfordeling og samarbeid skal utvikles gjennom faglige samarbeidsutvalg og administrative samarbeidsutvalg.

Det er lagt vekt på å gi tilbud etter den enkeltes behov. Differensieringen i grønn og rød fødsel som i dag benyttes ved landets fødeavdelinger, utvides til å omfatte også graviditet og barsel. Dette for å identifisere og beskrive behov, hvilke behov de har i ulike faser og hvilke tiltak som skal ytes av hvem. Det legges plan for den enkeltes forløp allerede ved førstegangskontrollen. Den gravide og hennes familie skal oppleve et sammenhengende forløp hvor spesialist- og kommunehelsetjenesten har felles mål og samarbeider godt.

Denne planen er en fagplan som har til hensikt å definere felles krav til innholdet i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Eksisterende basisavtaler som er inngått mellom hvert helseforetak og tilhørende kommuner skal utvides til også å gjelde avtaler om å realisere mål og tiltak i denne planen. I tillegg skal det etableres faglige samarbeidsorgan bestående av ansatte/ledere fra kommuner og helseforetak for å ta ansvar for at det utarbeides prosedyrer og rutiner innenfor de områder som er foreslått i denne planen.

Helseforetakene har ansvar for at det etableres beredskaps- og følgetjenester for gravide som har lengre reiseavstand enn 1,5 times reisevei.

## Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å lage en helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen sammen med kommunene. Det vises til *Oppdragsdokument 2009. Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av St. prp. nr 67 (2008-2009)*

Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg 2015 – 2020 er en revidert utgave av planen som gikk fram til 2014. Den var en felles overordnet plan for kommuner og helseforetak i Midt-Norge. Revisjon er foretatt av Regionalt fagledernetverk for gynekologi og obstetrikk i Helse Midt-Norge. Detaljene i tjenestetilbudet skal utvikles i samarbeid med kommunene gjennom faglige samarbeidsutvalg. Anbefalinger fra faglige samarbeidsutvalg skal vedtas i administrative samarbeidsutvalg.

I planen settes det tydelige kvalitetskrav. Planen skal legge grunnlaget for å yte trygge og likeverdige tjenester i regionen. Planen skal være førende for organisering og gjennomføring av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i alle helseforetak og tilhørende kommuner.

Viktige referansedokumenter:

**Helsedirektoratet** (2005) «Retningslinjer for svangerskapsomsorgen» IS-1179

**Helsedirektoratet** (2010) «Et trygt fødetilbud – Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner» IS-1803  
**Helsedirektoratet** (2013) *Nytt liv og trygg barseltid for familien*

Planen bygger på disse nasjonale retningslinjer og nyere faglig utvikling.

Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg i Helse Midt-Norge 2015 - 2020 skal bidra til helhetlig omsorg. Den gravide skal oppleve sammenhengende tjenester og at personalet kommuniserer og samarbeider godt på tvers av profesjongrensener og forvaltningsnivå. Utvikling av tiltakene i denne planen skal forankres i avtaler mellom helseforetak og kommuner. Omsorgen skal være kunnskapsbasert og tilpasset den enkeltes behov.

## Organisering av videre arbeid

For å nå målene og sikre gjennomføring av de tiltak som er foreslått i planen anbefales:

1. Det inngås samarbeidsavtale mellom helseforetak og kommuner om utvikling av tjenesten til gravide, barselkvinner og nyfødte barn.
2. Administrativt samarbeidsutvalg fatter beslutninger for å gjennomføre tiltak som er av ressursmessig betydning for begge forvaltningsnivå.
3. Det er opprettet faglige samarbeidsorgan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorgen. Det faglige samarbeidsorganet har til hensikt å etablere en felles faglig arena hvor faglige problemstillinger som berører begge forvaltningsnivå kan diskuteres.
4. Regionalt fagledernetverk koordinerer arbeidet med å iverksette tiltakene i denne planen for helseforetakene.

Tiltak og ansvar	Deltakere	Ansvar for oppnevning
Administrativt samarbeidsorgan er et besluttsende organ som forplikter sykehuset og kommuner *fatter beslutninger om forhold som berører både kommuner og helseforetak *drøfter og konkluderer dersom en av partene har til hensikt å gjøre endringer som er av betydning for den annen part	Eksisterende samarbeidsorgan benyttes	Organet er oppnevnt av og rapporterer til rådmenn og adm. direktør i helseforetak
Faglig samarbeidsorgan skal: *utarbeide forslag til innhold i de prosedyrer, standarder og sjekklistene som er foreslått i denne plan *diskutere avvik og opplevde kvalitetsproblemer bidra til felles kompetanseutvikling	Representanter for ledelse og fagprofesjoner i helseforetak og kommuner	Administrativt samarbeidsorgan
Regionalt fagledernetverk koordinerer arbeidet med å iverksette tiltakene i denne planen	Representanter fra helseforetak i regionen	Helse Midt-Norge RHF

## Pasientrettigheter

De gravide har lovbestemt rett til fritt valg av fødested forutsatt at fødestedet har ledig kapasitet. I situasjoner hvor risiko eller sykdom hos mor og/eller barn er identifisert, kan fødestedets tjenestetilbud og kompetanse begrense dette valget.

Denne planen legger til grunn eksisterende nasjonale føringer for brukermedvirkning og at den gravide har rett til å velge om svangerskapskontrollene skal utføres av lege eller jordmor.

## 1 Svangerskapsomsorg

Retningslinjene legges til grunn for arbeidet i svangerskapsomsorg i Midt-Norge.

### 1.1 Førstegangskontroll

Førstegangskontroll gjennomføres i henhold til de nasjonale retningslinjer i uke 10-12 (jfr. Et trygt fødetilbud - Referanse 1). Førstegangskontroll kan utføres hos jordmor eller hos fastlege. Resultatet av kontrollen og plan for det videre forløp skal kommuniseres mellom disse.

Friske gravide skal, som anbefalt i nasjonale retningslinjer, tilbys 8 kontroller inkludert rutineultral lyd i løpet av svangerskapet.

God dialog mellom jordmor og fastlege er viktig. Felles konsultasjoner er et alternativ som kan være verdt å prøve ut spesielt ved psykososiale problemstillinger. Det er variasjoner på hvor helsesenter/jordmor og legekontor/fastlege er lokalisert. Ved stor geografisk avstand mellom disse bør det legges en oppfølgingsplan slik at en likevel kan få til et godt samarbeid.

### 1.2 Seleksjon

Det skal innføres risikovurdering tidlig i svangerskapet. Dette gir grunnlag for bedre og riktigere seleksjon og planlegging av svangerskapet ved normale og risikoutsatte svangerskap. Gravide med normale svangerskap bør ha et tilbud tilpasset dette på lavest effektive omsorgsnivå. For gravide med sykdom eller påviste risikofaktorer bør det tidligst mulig settes opp en individuell behandlings- og oppfølgingsplan.

Kodene grønn og rød benyttes for å differensiere hvilken oppfølging den gravide har behov for. Risikofaktorene kan være av somatisk eller psykososial art.

- Helsekortet skal utfylles i samsvar med retningslinjene.
- Oppfølgingsspørsmål for å fange opp sosiale problemer og/eller rusproblemer.
- Informasjon om videre pasientforløp for å skape forutsigbarhet, trygghet og for å forhindre unøvendige kontroller.

Den som utfører kontrollene/oppfølging må ha nok kompetanse til å kunne selektere, samt å gi den gravide informasjon.

I henhold til Helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg 2010 – 2014 har Helse Nord-Trøndelag HF, gjennom faglige samarbeidsutvalg for svangerskap, fødsel og barselomsorg, sammen med kommunene utarbeidet kriterier for seleksjon. I et pilotprosjekt i 2015 prøver de ut seleksjonskriteriene, samt en standardisert henvisning til rutineultral lyd og innsøking til fødsel. Målet med arbeidet er en videre implementering i hele regionen, men med eventuelle endringer som kreves ut fra erfaringer med piloten.

### 1.3 Individuell behandlings- og oppfølgings plan

Skriftlige planer utarbeides under førstegangskontrollen:

#### **Grønn graviditet**

Det bør avtales en plan for hele forløpet ved 1. kontroll. For gravide med normalt svangerskap er dette en standardisert kontrollmal på 8 kontroller.

#### **Rød graviditet**

Det legges en individuell behandlings- og oppfølgingsplan som omfatter kontroller og tiltak, samt beskrive hvem som har ansvaret for hva i oppfølging av den gravide. Rød graviditet betyr ikke en automatisk henvisning til spesialisthelsetjenesten. Jordmor bør som hovedregel henvise til fastlege før spesialisthelsetjenesten. Andre instanser involveres ved behov, dette må dokumenteres i journal og helsekort.

Graviditeten vurderes kontinuerlig og kan endres fra grønn til rød under hele forløpet. Sjekklister til å identifisere overgang fra grønn til rød graviditet, som piloteres i 2 kommuner i Nord-Trøndelag, vil bli viktig i denne sammenheng.

### 1.4 Skriftlig dokumentasjon og kommunikasjon i tillegg til helsekortet

Kommunikasjon og informasjonsflyt mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene må fortsatt forbedres. Helsekortet er ikke tilstrekkelig, og kan være utilgjengelig i akutte situasjoner, ved forglemmelse etc. Tilgang til et felles «elektronisk» helsekort, som en del av fremtidig kjernejournal, kan være en god løsning. Den elektroniske løsningen som er valgt i forhold til «individuell behandlings- og oppfølgingsplan» kan også være et alternativ.

Det forutsettes skriftlig informasjonsutveksling i journal mellom jordmor og fastlege. Dette er spesielt viktig etter førstegangskontrollen. Kommuner må utarbeide trygge og sikre kommunikasjonslinjer.

### 1.5 Fødsels- og foreldreforberedende kurs

Slike kurs er kommunenes ansvar og tilbys uavhengig av om kontrollene foregår hos lege eller jordmor. Målet med kursene er å bygge nettverk mellom de gravide, og å gi kunnskap om svangerskapet, fødselen og barseltiden. I den foreldreforberedende delen settes det fokus på samliv, familie og rettigheter.

Tilbudet bør være tilgjengelig for alle. En må spesielt legge vekt på å motivere til deltagelse av kvinner som er førstegangsfødende og som har særlige psykososiale utfordringer eller kvinner med minoritetsbakgrunn og deres partnere.

Omvisning på fødested bør erstattes av orienteringsvideo og bruk av internett. Videoomvisningen bør legges på helsestasjonenes og helseforetakenes hjemmeside. For gravide med særlige behov kan fysisk omvisning være nødvendig. Helseforetakene tar ansvar for å utarbeide materiale til distribusjon i kommunene.

### 1.6 Rutine ultralyd og fødested

Valg av fødested bør nevnes allerede på førstegangskontrollen. Seleksjonskriterier kan gjøre valget begrenset, men det er uansett viktig å ta opp temaet. Fødested bør være et bevisst valg tidlig i forløpet.

Henvising til fødested gjøres ved at man legger inn en avkrysningsmulighet på henvisningsskjemaet til ultralyd. Ultralydhenvising og søknad om fødested kan dermed løses på samme skjema. Dette kan trolig implementeres dersom piloten i Helse Nord-Trøndelag er vellykket (avsluttes desember 2015).

Ultralydhenvisingen bør inneholde:

- Avkrysningsrubrikk for at det samtidig søkes fødested.
- Alternativ: Ja/nei/vet ikke/ønsker kun ultralydundersøkelse/ønsker ultralyd og fødeplass.
- Ønsker ikke den gravide å ta stilling til dette i forbindelse med rutineultralyd, tas spørsmålet opp senere i svangerskapet. Jordmor/fastlege søker da den gravide inn til valgt fødested på et senere tidspunkt.

Når det foreligger en søknad til fødested, skal helseforetaket gi svar på søknaden. Svarbrev som bekrefter plass eller viderehenvisning til annet sykehus, ved mangel på kapasitet eller riktig kompetanse, bør standardiseres i regionen. Brevet bør inneholde relevant pasientinformasjon og dato/klokkeslett for ultralydundersøkelse. Helseforetakene har ansvar for å utarbeide standard svarbrev til den gravide.

## 1.7 Standardisering av informasjon til den gravide

Informasjon til den gravide skal gis i forbindelse med kontrollene, spesielt ved førstegangskontrollen. I tillegg skal helseforetakene sammen med kommunene utvikle et nettsted hvor gravide og helsearbeidere kan finne relevant kunnskap om graviditet, fødsel og barseltid. Det er utarbeidet mye informasjonsmaterieell nasjonalt som kan benyttes.

Det bør informeres muntlig og skriftlig om hva den gravide bør gjøre ved usikkerhet om fødsel er i gang, ved uventede hendelser, når hun skal reise til sykehuset eller når fødselen er i gang. Informasjonen må inneholde aktuelle vakttelefoner til fødeavdeling, AMK-sentral og legevakt.

## 2. Fødselsomsorg

Som oppfølging av Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009), «En gledelig begivenhet» ble «Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjonene» utarbeidet. Et trygt fødetilbud beskriver seleksjonskriterier og kvalitetskrav til fødeinstitusjonene, herunder bemanning og kompetanse. Helseforetakene skal implementere seleksjonskriterier og ha forsvarlig bemanning og kompetanse ved fødeinstitusjonene.

Myndighetene har anbefalt å tilby lavrisikotilbud til kvinner med normale svangerskap og forventet normal fødsel. Et lavrisikotilbud er et tilbud hvor det forventes at fødeinstitusjonene legger til rette for at de med ukompliserte fødsler kan føde i tilpassede, rolige omgivelser uten unødig teknisk utstyr. Jordmor skal ha ansvar for fødselen. Gynekolog involveres kun hvis det oppstår behov for legekompentanse.

Overgangen fra svangerskapsomsorgen til fødselsomsorgen krever godt samarbeid basert på entydige avtaler og felles prosedyrer. De gravide skal oppleve et helhetlig tilbud til tross for at det

formelle ansvaret er plassert på ulike forvaltningsnivå. Særskilt gjelder dette situasjoner hvor fødselen er forbundet med risiko for mor og/eller barn.

## 2.1 Standardisert informasjon

Helseforetakene har ansvar for å sikre standardisert informasjon til den fødende og hennes pårørende. Det må spesielt legges vekt på god informasjon til fødende med særlige behov av somatisk eller psykososial art og til innvandrerkvinner.

## 2.2 Differensiering

Klassifiseringen grønn og rød er godt innarbeidet. En fødsel overvåkes kontinuerlig og kan endres fra grønn til rød under hele forløpet. Alle HF har prosedyrer for differensiering, og man tilstreber at disse er mest mulig like. En må unngå at fødsler omklassifiseres på bakgrunn av vurdering etter fødselen.

Alle HF skal etablere felles system som sikrer kontinuerlig differensiering etter ankomst til sykehus. Det må utarbeides standardiserte pasientforløp og prosedyrer for normalfødende og for enkelte grupper av gravide med identifisert risiko.

Å avvike fra anbefalinger i «Et trygt fødetilbud» må være faglig vurdert og grunnlagt, for eksempel etter vurdering av regionalt fagledernetverk.

## 2.3 Bemanning og kompetanse

Veilederen «Et trygt fødetilbud» beskriver krav til bemanning og kompetanse for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen for alle nivåer av fødeinstitusjoner og for kommunene.

Kravene omfatter informasjonsutveksling om seleksjonskriterier og andre prosedyrer, kompetansehevende tiltak på tvers av nivåene, fagutvikling, internundervisning, forskning, ferdighetstrening, hospiteringsordninger, utstyrskrav og bemanningsnormer.

Alle helseforetak og kommuner skal arbeide for å innfri kompetansekravene.

## 2.4 Samarbeid mellom foretak og kommune

Noen områder krever et samarbeid mellom foretakene og/ eller mellom foretak og kommuner.

Felles nettsteder mellom foretak og kommuner for utveksling av informasjon og prosedyrer bør utvikles. Det anbefales at de ulike administrative samhandlingsutvalg drøfter hvordan dette kan gjøres. Viktige innspill kan komme fra pågående pilot i Helse Nord-Trøndelag. HF'ene i regionen skal også utvikle ny internettside med samme plattform som Helsenorge.no, noe som gir nye utviklingsmuligheter. Bruk av «EQS public» bør vurderes.

Hospiteringsordninger for jordmødre og gynekologer bør settes i system, slik at hospitering har en viss regelmessighet. Dette bør nedfelles i kompetanseplaner for kommuner og aktuelle fødeavdelinger. For optimal gjennomføring kan man vurdere regional koordinering, gjerne i form av en årsplan.

## 3 Barselsomsorgen

Vanlig liggetid ved fødeinstitusjonene i Helse Midt-Norge er 2-3 dager. Ved endringer i liggetid må dette skje i dialog med kommunene via kliniske og administrative samarbeidsutvalg. Endringer skal ikke gjennomføres før kommunene er forberedt til å overta.



### 3.1 Tiltak som bør gjennomføres i planperioden

Innen følgende områder bør kommuner og helseforetak utarbeide felles rutiner eller prosedyrer:

- Melderutiner til kommunen når fødselen har funnet sted og skal inneholde
  - Når kvinnen forventes utskrevet
  - Grønn/rød vurdering
- Melderutinene foregår i dag via fax og SMS - målet er elektroniske melderutiner
- Beskrivelse av helhetlig barselforløp
  - Avtaler om barseltidens lengde i sykehus
  - Rutiner for samarbeid når mor velger å reise hjem tidlig
  - Standardisert plan for oppfølging av mor/barn hvis grønn
  - Retningslinjer for individuell plan for mor og eventuelt barn hvis rød
- Barselforløpet bør utvides til å omfatte primærhelsetjenesten
- Felles retningslinjer for å håndtere situasjoner som dødfødsel, omsorgsovertakelse, spesielle behov, rus og samarbeid med barnevern
- Det bør utarbeides felles regionale kriterier for grønn/rød vurdering i barselsomsorgen

### 3.2 Spesialisthelsetjenestens ansvar i barselsperioden

Spesialisthelsetjenesten skal ha en målsetting om å tilby barselsopphold på inntil tre dagers varighet.

Sykehusoppholdet bør være langt nok til at det er mulig å kartlegge tidlige problemer og sikre at familien er i stand til og er forberedt på å ta vare på barnet hjemme. Lengden på oppholdet må imøtekomme individuelle behov. Det bør sikres at kvinnen har tilstrekkelig støtte i hjemmet, og at det er tilgjengelighet på rett fagkompetanse i kvinnens nærmiljø.

Barselomsorg i kommunene er under utvikling og endring. Sykehusoppholdet etter fødselen har gradvis blitt kortere. Hva som regnes som et kort opphold/liggetid er ikke definert i Norge og standard opphold er ikke likt i alle foretak. Det er grunn til å tro at praksis med «ambulant fødsel» vil bli vanligere hos friske kvinner som føder et friskt barn til termin. Hjemreise planlegges da i løpet av 4-24 timer etter fødselen.

Dersom fødende selv ønsker å reise tidlig hjem, forutsettes det at det er lagt til rette for dette både i helseforetak og kommune. Dersom oppholdet er kortere enn standard opphold har sykehuset ansvar for å sikre at blodprøve for screening av barnet tas, at hørselscreening blir utført, at barnelegundersøkelse er utført eller at det gis time til barnelegeundersøkelse.

Helseforetakene må sikre at alle sykehusene med fødetilbud forblir Mor-barn-vennlige sykehus.

### 3.3 Kommunenes ansvar i barselsperioden

Kommunenes målsetting for tjenestetilbudet bør være i henhold til anbefalingene i nasjonale retningslinjer for barselomsorg *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. De skal sikre familien en trygg og god start på en ny fase i livet. De viktigste elementene i oppfølgingen av familien er

- Ett hjemmebesøk av jordmor 1-2 døgn etter hjemkomst.  
For flergangsfødende med tidligere god erfaring i barselperioden evt. etter 3 døgn.  
Besøk av helsesøster anbefales til alle nyfødte 7-10 dager etter fødsel
- Ammeveiledning av ammekyndig personale

- Fokus på mors og barnets helse
- Individuell oppfølgingsplan for den enkelte når risiko er identifisert hos mor eller barn. Eventuelt etterkontroll av mor 4-8 uker etter fødselen.

### 3.4 Risikogrupper

Det skal gjennomføres risikovurderinger gjennom hele svangerskapet, under fødselen og i barselsperioden. Målet er å identifisere gravide med risikofaktorer så tidlig som mulig, f.eks i tråd med henvisningsskjema som piloterer i HNT. Seleksjon av gravide baseres på «Nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen» IS-1179, s 44-45.

Hensikten med tidlig identifisering av risiko er å:

- Legge planer slik at de riktige tiltakene iverksettes på riktig tid slik at risikoens betydning for mor og barnet minimaliseres
- Sikre at alt helsepersonell kjenner til identifisert risiko og hvilke tiltak som er planlagt eller iverksatt

Når det gjelder forhold av psykologisk og/eller sosial art har vi i dag ikke gode nok systemer for å identifisere og fange opp gravide med denne type problemstillinger. Det anbefales ikke screening for depresjon. Det påhviler både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten et særlig ansvar for å identifisere og følge opp psykososiale risikofaktorer som f.eks psykiske lidelser, rus, overgrep og vold. Asylsøkere og flyktninger bør få særskilt oppmerksomhet med tanke på risikofaktorer.

### 3.5 Aktuelle samarbeidspartnere

- Fastlegen
- Helsestasjonen (lege, helsesøster, jordmor)
- Barnevernet
- NAV
- Spesialisthelsetjenesten, inkludert psykisk helsevern for barn/unge og voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet
- Familieambulatoriet i HNT og tilsvarende lavterskeltilbud ved St.Olavs Hospital og Helse Møre og Romsdal

Familieambulatoriet er et lavterskeltilbud til mor/foreldre med rus og/eller psykiske problemer. Den risikogravide identifiseres og tilbys tverrfaglig oppfølging tidlig i svangerskapsforløpet.

## 4 Beredskap og følgetjeneste

Ansvar for følgetjenesten for gravide og finansiering av denne ble overført til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2010, jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009) og Prop. 1 S (2009–2010), kap. 732 og kap. 762. Oppdraget for gjennomføring er gitt til helseforetakene. Avtalene mellom HFEne og berørte kommuner tar utgangspunkt i reiseavstander utover 1,5 time fra kommunesenter til primærsykehuset. Inngåtte avtaler hvor reiseavstand er kortere enn 1,5 time fra sykehus kan avvikles, eventuelt erstattes med møtetjeneste.

Retningslinjer for bruk av følgetjeneste vil bli utarbeidet av Regionalt fagledernetverk i gynekologi og obstetikk og lagt inn i EQS.

## 4.1 Målet for tjenesten

Overordnet formål er faglig forsvarlig, helhetlig og standardiserte pasientforløp for gravide og fødende, samt god samhandling.

Målene er:

- Minimalisere antall transportfødsler og uplanlagte hjemmefødsler
- Sikre adekvat kompetanse ved behov for vurdering og fødsel utenfor sykehus.
- Øke forutsigbarheten og tryggheten til gravide og fødende
- Unngå unødige ambulanse- og drosjetransporter til sykehus
- Unngå unødige/for tidlige innleggelse

## 4.2 Kriterier for å utløse følgetjeneste

- Vannavgang ved avvikende fosterleie
- Mistanke om morkakeløsning
- Truende for tidlig fødsel
- Flergangs fødende i fødsel
- Vannavgang og etablerte rier
- Fødselsangst
- Tidligere dødfødsel
- Tidligere traumatisk fødsel
- Antatt fødsel før ankomst til fødested
- Fødende med risikofaktorer og reisetid over 3 timer bør etter individuell vurdering få tilbud om innleggelse ved sykehotell/hotell noe tid før termin.
- Ved spontan fødselsstart hjemme, der reisetid er over 3 timer, bør helikoptertransport fortrinnsvis brukes.
- De fleste vurderinger utløser stort sett ikke behov for følgetjeneste, da mange benytter egen transport eller returnerer til hjemmet.

## 4.3 Reisetid

- Reisetid beregnes fra kommunesenter til nærmeste primærsykehus (dvs. det sykehus man ville blitt innlagt ved ordinær akuttinnleggelse) og man legger NAF veiboka ([www.google-maps.no](http://www.google-maps.no)) til grunn.
- Ved behov for følgetjeneste legges ikke «fritt sykehusvalg» til grunn
- Det skal korrigeres for ferjetid der dette er aktuelt, men ikke for ambulansestasjonens plassering.
- Vurderingstid hos jordmor eller responstid for ambulanse regnes heller ikke med.
- Det kan, etter individuell avtale mellom HF og kommunen, etableres følgetjenester til tross for at reisetiden er kortere enn 1,5 time ved særskilte geografiske forhold.

## 4.4 Rammer og avtaler

Helseforetakene har ansvaret for å etablere, vedlikeholde og finansiere ordninger etter avtaler med kommunene. Avtalene kan utgjøre egne tjenesteavtaler sammen med andre avtaler i henhold til Samhandlingsreformen. Regionalt fagledernetverk for gynekologi og obstetikk utarbeider retningslinjer for å bidra til å etablere en mest mulig lik praksis mellom kommuner og helseforetak i alle fylker. Det er viktig å se på samarbeid over fylkesgrenser og helseforetaksområder.

### Faglige krav

Jordmor og/eller lege med tilstrekkelig kompetanse innen fødselshjelp kan delta i tjenesten.

### Refusjoner

Refusjon for jordmorhjelp er regulert i Forskrift 12. juni 2007 nr 608 om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp, jfr folketrygdloven § 5-12. Stønad ved fødsel utenfor institusjon og følgetjeneste ytes etter takstene i kapittel III. Det stilles ikke vilkår om driftsavtale eller kommunal stilling for innkreving av disse takstene.

Beredskaps- og følgetjenesteordninger bør ses på tvers av fylker/HF-områder der en samarbeidsordning kan ivareta faglige krav og gi lavere kostnader.

Som tidligere nevnt dekkes utgiftene som den følgende jordmor har via HELFO. HELFO kan ikke refundere til helseforetakene, de kan kun refundere til kommunene jf. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. *(vedlegg 4- samarbeidsavtale for Fosen kommune inkludert økonomisk utregning)*

### Dokumentasjon

Det er utarbeidet registreringsskjema som skal sendes helseforetakets kontaktperson månedlig *(vedlegg 3 - EQS 27730 - Dokumentasjonsrutiner for Følgetjenesten i Sør-Trøndelag)*.

Beredskapsjordmor fører egen dokumentasjon over alle henvendelser.

Uidentifiserbare opplysninger registreres på skjema for å holde oversikt over oppdrag - dette oppbevares av jordmor/kommune og sendes helseforetaket månedlig.

Opplysninger som er personidentifiserbar og medisinske opplysninger tilhører pasientjournalen og overlates til aktuelle fødeavdeling ved ankomst.

Hver beredskapsenhet er ansvarlig for å skrive årsrapport etter fastlagt skjema.

## 4.5 Erfaringer med beredskaps- og følgetjeneste

Det antas at dette har ført til større trygghet for gravide/fødende. Det har ikke vært like vurderinger ved utløsning av følgetjeneste og det er for dårlig/ulik form på dokumentasjonen.

Videre praksis for å utløse en følgetjeneste er at fødeavdelingen skal aktivere beredskapstjenesten i samarbeid med AMK.

Evalueringsordningen i Helse Midt-Norge vil skje primo 2016 ifht intensjon og kost-nytteverdi. Datagrunnlaget pr. 2015 er ufullstendig.

## 5 Kompetanse- og bemanning

For at tjenestetilbudet skal være trygt og med god kvalitet er kompetanse hos de ansatte av vesentlig betydning. Det er en utfordring å rekruttere og beholde spesialister. Felles kompetansebase mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste og prosedyrer som bygger på god faglig standard blir viktig.

## 5.1 Rekruttering av legespesialister i regionen

Rekruttering av overleger i gynekologi og obstetrikk anses som den største utfordringen kompetansemessig. Det må være fokus på, og samarbeid om, spesialistutdanningen i regionen. Fra 01.07.2015 skal nye LIS tilsettes fast. Den nye ordningen innebærer et arbeidsgiveransvar for planlegging av hele utdanningesløpet, og et ansvar for legen etter endt utdanning. Dette vil kreve regionalt samarbeid og koordinering. RHF'et vil i samråd med foretakenes fagdirektører gi innspill til hvordan regionalt samarbeid og koordinering bør foregå. Den nye ordningen kan bli et verktøy for mer planmessig og behovsbasert spesialistutdanning. Det er et mål at regionen skal utdanne tilstrekkelig med spesialister til å etterkomme egne behov. Ny struktur for spesialistutdanningen vil kunne endre bildet noe.

## 5.2 Tiltak som bør iverksettes

Når utdanningskandidatene går inn i et spesialiseringssløp får de tilbud om et fastsatt utdanningsprogram hvor kravene til spesialisering kan innfris innen en gitt tidsperiode. Det kan medføre at ingen LIS kan gjennomføre hele spesialiseringssløpet ved St. Olav, men at alle/de fleste LIS må ta deler av spesialiseringen ved et annet sykehus. Det er en praksis som ellers gjelder alle LIS ved sykehus som ikke tilbyr gruppe 1 tjeneste.

Utdanningsstillingene skal ikke tilbys til leger som er ferdige med kravene i henhold til spesialisering. Leger som ikke ønsker/ikke kan fullføre en spesialisering, skal ikke ha anledning til å oppta en utdanningsstilling.

Små og perifere fødeavdelinger må ha særskilt fokus på rekruttering.

Tiltakene vil øke kapasiteten og tilgang til gruppe 1 tjeneste, og dermed øke antallet spesialister. RHF'et har ansvar for at disse tiltakene iverksettes 2016.

Når det gjelder utdanning av jordmødre har Midt-Norge fått en tilfredsstillende utdanningskapasitet med etablering av jordmorutdanning i Trondheim.

Sertifiseringsordninger for helsepersonell som yter tjenester til gravide bør tas opp til diskusjon. En slik ordning bør utvikles nasjonalt.

## 5.2 Kompetansehevende tiltak

Innføring av regional plan krever

- Felles kunnskap om svangerskaps, fødsels- og barselsomsorg hos jordmødre, helsesøstre og leger.
- Lik praktisering av prosedyrer og rutiner når disse er utarbeidet

Det bør legges opp til å arrangere kurs/samarbeidsseminar årlig. Helseforetaket har et koordinerende ansvar for å utarbeide innhold i kursene sammen med kommuner og relevante fagforeninger.

Hvert helseforetak har ansvar for å gi et organisert tilbud for hospitering. Ordningen bør omfatte både sykehus og kommuner både for leger og jordmødre.

## 5.4 Bemanning

Kvalitetsveilederen «Et trygt fødetilbud» stiller krav til bemanning ved fødeinstitusjonen. Kravet om robuste og stabile legemiljø ved fødeinstitusjonene krever minst 4-delt, helst 6-delt vaktordning. Å rekruttere og beholde legespesialister kan lykkes i langt større grad dersom man utdanner sine spesialister innen regionen og rekrutterer blant leger som har lokal tilhørighet.

En styrket jordmortjeneste i kommunene er ønskelig. Dette er viktig for samarbeidet og for pasientsikkerhet og trygghet for den fødende/mor/barn. De kan bidra til å utvikle en hensiktsmessig oppgave- og ansvarsdeling mellom sykehus og kommune.

Det kan også være aktuelt å vurdere kombinasjonsstillinger for legespesialister.

## 6 Samarbeid

Det er et mål å få likeverdige tjenester innad i regionen og det fordrer samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og institusjoner. Samarbeidet må rette seg mot både faglige og ledelsesmessige utfordringer. Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg 2015 – 2020 er et viktig redskap for å oppnå dette.

Regionale fagledernetverk for gynekologi og obstetikk skal bidra til at helseforetakene i Helse Midt-Norge utvikler likeverdige tjenester der pasientsikkerhet og samarbeid med kommunene inngår som viktige bestanddeler .

I dag er det ulik benevnelse på kliniske samarbeidsutvalg i regionen:

St.Olavs Hospital HF	Faglig samarbeidsutvalg
Helse Møre og Romsdal HF	Klinisk samhandlingsutvalg
Helse Nord-Trøndelag HF	Fagråd

Alle skal rapportere til sine administrative samarbeidsutvalg. Det anbefales fra Helse Midt-Norge RHF at de samarbeidsutvalgene som omhandler tjenester til en bestemt pasientgruppe bruker begrepet faglig samarbeidsutvalg, dette for å unngå forvirring.

### 6.1 Faglige samarbeidsutvalg

Utvikling av felles rutiner og prosedyrer krever etablering av felles møtefora som er forankret i helseforetakenes og kommunenes ledelse.

Det bør oppnevnes faglige samarbeidsutvalg som underutvalg for administrative samarbeidsutvalg i hvert helseforetaksområde.

Det faglige samarbeidsorganet har ikke beslutningsmyndighet, men skal

- utarbeide forslag til innhold i de prosedyrer, standarder og sjekklister som er foreslått i denne plan
- diskutere avvik og opplevde kvalitetsproblemer
- bidra til felles kompetanseutvikling

Det er det administrative samarbeidsutvalg som fatter vedtak i disse sakene. Helseforetakene bes om å ta initiativ til dette arbeidet.

## 6.2 Praksiskonsulent

Praksiskonsulent er et relevant tiltak med hensyn til å forbedre forståelse, kompetanse og samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Praksiskonsulenten tilsettes i helseforetaket i delstilling. Ordningen er vanligst for leger, men kan også gjelde jordmødre.

I HMN er det for tiden et prosjekt på Fosen DMS hvor en spesialist i gynekologi og fødselshjelp er «omvendt praksiskonsulent». Ordningen så langt synes vellykket, og bør vurderes å bli breddet til flere kommuner hvis evalueringen i 2016 bekrefter dette. Det bør også vurderes i RHF om kommune og RHF kan finansiere et visst antall stillinger i HF'ene for å sikre at fastleger får sin obligatoriske sykehustjeneste. Fastlegene søker da om tjeneste på den avdeling de har størst ønske om, og kommer i tillegg til ordinær bemanning.

## 6.3 Perinatakomite

Nytten av perinatakomite som redskap i kvalitetsarbeidet er godt dokumentert.

Perinatal audit er et godt verktøy for å evaluere, forbedre og lære av egne feil innen svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen. Det er derfor viktig å etablere/videreføre perinatakomiteer som bør ha en bred representasjon fra aktuelle fødeinstitusjoner sammen med representanter for kommunehelsetjenesten. Sammensetning av gruppen kan bestå av gynekologer, barneleger, neonatalsykepleier, patolog, genetiker, jordmor fra helseforetak og kommune og kommunelege eller allmennlege.

Helse Midt Norge har to lokale perinatakomiteer; en for Møre og Romsdal og en for Trøndelagsfylkene. Helseforetakene har ansvar for drift av perinatakomiteene. I tillegg har Helse Midt Norge RHF en regional perinatakomite. Den regionale komiteen har nylig fått ansatt sekretær (jordmor) i 50 % stilling med økonomisk støtte fra Helse Midt-Norge RHF. St.Olavs Hospital HF har ansvar for ledelse og drift av Regional perinatakomite. Regional perinatakomite rapporterer årlig til Helse Midt-Norge RHF om sitt arbeid. Mandat for perinatakomiteer, både de lokale og den regionale er under bearbeiding og ferdigstilles høst 2015. De lokale perinatakomiteer bør være en viktig ressurs for faglige samarbeidsutvalg.

## 6.4 IKT

Sammen med utviklingen av en ny elektronisk journal, bør også en elektronisk løsning for helsekort for gravide utvikles. Alle nivå bør ha tilgang til helsekortet. Det bør legges til rette for at alle meldinger må bli elektroniske via Norsk Helsennett. Inntil nasjonale/regionale løsninger er på plass bør samhandlingsrutiner beskrives i de lokale avtalene mellom hvert helseforetak og tilhørende kommuner. Helse Midt-Norge RHF har ansvar for at arbeidet med å utvikle elektroniske meldinger mellom helseforetak og kommuner tas opp nasjonalt.

Helseforetakene bør opprette egne ringetider/egne videokonsultasjoner der fastleger, jordmødre i svangerskapskontroll kan be om veiledning, evt med pasienten tilstede.

# 7 Implementering av plan

Planen inneholder mål og tiltak som skal gjennomføres i helseforetakene. Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud er avhengig av at kommunene involveres slik det er beskrevet i både svangerskapsomsorg, fødsel med beredskaps- og følgetjeneste og barselomsorg. Det bør

utarbeides en felles regional implementeringsplan. Helse Midt-Norge RHF tar ansvar for det. Viktige elementer er:

- Felles sak til administrativt samarbeidsorgan/ -utvalg i alle helseforetak
- Kommunikasjonsplan utarbeides med oversikt over tiltak og ansvar for utføring.

Tiltak som bør være lik i hele regionen

- Standardisere regionale pasientforløp
- Regionalisere meldingsrutiner/avviksmeldinger (§3-3)
- Felles beskrivelse av tilbudet om beredskap for følgetjeneste i regionen
- Rekruttering/utdanning av spesialister – tilby utdanningsstillinger med fastsatt innhold i forhold til tjenestested, -periode og kurs

## 8 Kvalitetsindikatorer og evaluering

Det er flere aktuelle kvalitetsindikatorer innenfor de ulike områdene. Regionalt fagledernetverk for gynekologi og obstetikk vil arbeide videre med dette. Noen forslag gjelder for kommunene og kan inngå som del av utvikling av samarbeidet. Det er viktig å se på hvilke indikatorer som kan hentes ut uten at det betyr ekstra arbeid med å legge inn data.

### Svangerskapsomsorgen

- Antall kontroller per kvinne med forventet normal fødsel
- Antall kontroller per kvinne hvor det er identifisert risiko hos mor og eller barn
- Andel «røde» svangerskap

### Fødsel

- Andel grønne og røde fødsler ved de ulike fødeinstitusjonene

### Barsel

- Andel Føllings test
- Andel grønne og røde barselkvinner
- Andel hjemmebesøk innen 2 virkedager

### Følgetjenesten

- Andel fødende som har fått vurdering av jordmor eller lege før reise til fødested
- Andel transportfødsler med og uten kvalifisert assistanse (jordmor eller lege)
- Bruk av ambulanse
- Avvikende hendelser
- Antall utrykninger under 1,5 time reisetid
- Antall/andel turer til fødested med umiddelbar retur eller innleggelse for å avvente fødsel

Felles indikatorer, felles mal for brukerundersøkelser og felles mal for avvikshåndtering skal utvikles i samarbeid mellom helseforetak og kommunene.



## 9 Arbeidet med regional plan

Revidering av Regional plan for svangerskaps-, fødsels og barselomsorg i Helse Midt-Norge 2015-2020 bygger på Helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels og barselomsorg i Midt-Norge 2010-2014, styrevedtatt høst 2010. Arbeidet er utført av Regionalt fagledernetverk i gynekologi og obstetrikk.

Regionalt fagledernetverket i gynekologi og obstetrikk består av:

Runa Heimstad	Klinikkjef Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital HF, leder
Henrik Erdal	Klinikkjef Kvinneklinikken, Helse Møre og Romsdal HF
Haldis Nilsen	Seksjonsleder Kvinneklinikken, føde/barsel Volda, Helse Møre og Romsdal HF
Grete Teigland	Avdelingssjef Kvinneklinikken, avdeling Kristiansund og Molde, Helse Møre og Romsdal HF
Rune Karlsholm Rise	Seksjonsleder Kvinneklinikken, leger /gynekologisk poliklinikk Kristiansund, Helse Møre og Romsdal HF
Dordi H. Bogfjellmo	Avdelingsoverlege Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF
Tina Eilertsen	Klinikkleder BFK, Helse Nord-Trøndelag HF
Sigrid Aas	Rådgiver Helse Midt-Norge RHF
Roger Aalberg	Administrasjonskoordinator Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital HF

Marit Martinussen, Seksjonsoverlege Fødeavdelingen, Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital HF, Anne Lise Beversmark, Seksjonsleder Fødeavdelingen, Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital HF og Elin Sundvik, Jordmor Namsos, Helse Nord-Trøndelag HF har deltatt på deler av arbeidet.

## 10 Referanseliste

1. **Helsedirektoratet** (2010) «Et trygt fødetilbud – Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner» IS-1803. [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00287/Et\\_trygt\\_foedetilbud\\_28703\\_9a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00287/Et_trygt_foedetilbud_28703_9a.pdf)
2. **Helsedirektoratet** (2005) «Retningslinjer for svangerskapsomsorgen» IS-1179 <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen>
3. **Helsedirektoratet** (2010) «Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten» IS-1798punkt 4.4.1 nyfødte og deres foreldre, side 29. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
4. **Helsedirektoratet** (2010) «Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet» IS-1815 <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-jordmortjenesten-tjenestekvalitet-og-kapasitet>
5. **Helse- og omsorgsdepartementet** (2009) «Stortingsmelding nr 12. En gledelig begivenhet» <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
6. **Helse Nord-Trøndelag** (2010) «Helhetlige helsetjenester – Felles ansvar»

7. HelseDirektoratet (2013) *Nytt liv og trygg barseltid for familien*

8. Helse- og omsorgsdepartementet (2009) «*En mer helhetlig helsetjeneste for gravide og fødende*»  
Pressemelding 13.02.2009

<https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/en-mer-helhetlig-helsetjeneste-for-gravi/id545924/>

## 11 Vedlegg

Vedlegg 1

Tidsskrift for jordmødre

Tidsskrift for jordmødre (2010) «*Takster for jordmorhjelp*» Takster fra 1. juli 2010

<http://www.jordmorforeningen.no/tj/Hjem/Loenn-og-tariff/Takster-for-jordmorhjelp>

Vedlegg 2

Familieambulatoriet

Helse Midt-Norge «*Familieambulatoriet: Bedre tilbud for de som ønsker en ny start.*» Helse 04/2008

årgang 7- side 22-23. [http://www.stolav.no/Helse-Midt/Magasinet%20Helse/2008-](http://www.stolav.no/Helse-Midt/Magasinet%20Helse/2008-4/Helse_04_08.pdf)

[4/Helse\\_04\\_08.pdf](http://www.stolav.no/Helse-Midt/Magasinet%20Helse/2008-4/Helse_04_08.pdf) Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Levanger «*Velkommen til Familieambulatoriet – en god start*»

<http://www.hnt.no/no/Pasient/Behandlingstilbud/Samleside-behandlingstilbud/Familieambulatoriet/115215/>

Vedlegg 3

Dokumentasjonsrutiner for Følgetjenesten i Sør-Trøndelag - prosedyre EQS 27730

[Dokumentasjonsrutiner for Følgetjenesten i Sør-Trøndelag.pdf](#)

Vedlegg 4

Samarbeidsavtale mellom St. Olav Hospital HF og Fosen kommune inkludert økonomisk utregning

[Avtale Fosen 2015 beredskap og følgetjeneste ved svangerskap og fødsel.pdf](#)