

Møtedato: 13. februar 2012
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf: Anca Heyd, 75 51 29 81

Dato: 3.2.2012

Styresak 7-2012 Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord, oppfølging av styresak 31-2011

Formål/sammendrag

Denne styresaken er en oppfølging av *styresak 31-2011 Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord – videre arbeid*. Formålet med saken er å informere om oppfølging og det videre arbeid.

Styresak 31-2011 gir klare føringer på hvordan arbeidet med kvalitetssikring i en desentralisert fødselsomsorg skal videreføres. Styret har blant annet gitt følgende føringer:

Kvaliteten på tjenestene skal være i tråd med nasjonale faglige krav og det skal opprettholdes en desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord.

For å sikre en kvalitet på tjenesten i tråd med veilederen og opprettholde en bærekraftig desentralisert fødselsomsorg ber styret adm. direktør *utarbeide en regional tiltaksplan* for å utvikle fødselsomsorgen.

Utfordringene med rekruttering av spesialisert helsepersonell skal følges opp. I handlingsplanen må en særlig grundig vurdere framtidsperspektivene på dette området og hvilken betydning personellsituasjonen har for mulighetene for å oppfylle kravene til kvalitet i Helse Nord's desentraliserte fødselsomsorg, og hvilke tiltak som kan settes i verk. *Rekrutteringsprosjektet innen fødselshjelp og kvinnesykdommer er her særlig viktig.*

Det etableres et fagråd i gynekologi og fødselshjelp. Rådet skal definere felles retningslinjer ved implementering av kvalitetskrav som trenger avklaring på overordnet behov (jfr. oversikt i saksbehandlingen) og være adm. direktørs rådgivende organ i spørsmål som er viktig for å sikre en god svangerskaps- og fødselsomsorg.

Helseforetakene skal *inngå avtaler med kommunene som sikrer at følgetjeneste for gravide er ivaretatt.*

Tiltak for å styrke fødselsomsorgen

Styrking av fødselsomsorgen og implementering av kvalitetskrav i Helse Nord vil i følge veilederen "Et trygt fødetilbud" *måtte skje som utviklingspregede prosesser som går over tid*". (Helsedirektoratet, 2010).

Helse Nord har lagt til grunn en opptrapping av fødselsomsorgen over fire år fram til og med 2015. Hvordan denne opptrappingen skal skje, vil nærmere beskrives i tiltaksplanen som skal legges frem for styret innen utgangen av oktober 2012.

Tiltaksplanen vil være basert på arbeidet i fagrådet for gynekologi og fødselshjelp, Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord, innspill fra utdanningsprogrammet for gynekologi og fødselshjelp samt fra Regional perinatalkomité¹ og forankring i helseforetakenes ledelse- og fagsjefmøter. Planen skal sendes på bred høring for å sikre at alle parter er hørt og viktige innspill er tatt med.

Fagrådet i gynekologi og fødselshjelp har utarbeidet en milepælsplan for arbeidet med tiltaksplanen og tar sikte på å ferdigstille planen innen utgangen av mai 2012, og sende den på høring i juni, juli og august 2012.

I påvente av en ferdig tiltaksplan har adm. direktør iverksatt en ressursmessig styrking av fødselsomsorgen i regionen allerede for 2012. Helseforetakene har totalt fått tildelt 6,5 mill. kroner. 6 mill. kroner er fordelt til HF-ene og er tenkt å dekke nye stillinger for jordmødre og leger. Tildeling av evt. ytterligere ressurser for 2012 skal vurderes i forbindelse med budsjettregulering våren 2012.

For 2012 er det tildelt åtte hjemler for overleger i gynekologi og fødselshjelp, én lege i spesialisering og ti jordmorhjemler.

Et annen viktig premiss for styrking av fødselsomsorgen er rekruttering, utdanning og stabilisering av spesialister i faget fødselshjelp og kvinnesykdommer. Som et viktig tiltak ble et eget utdanningsprogram for gynekologi og fødselshjelp startet i februar 2011. Helse Nord RHF har erfaring med utdanningsprogrammer i andre spesialiteter som har vist seg å gi gode resultater med hensyn til å sikre tilgang til spesialister i regionen.

Som ledd i kvalitetsarbeidet er det dessuten etablert en Regional perinatalkomité. Samtidig er to lokale komiteer (Nord og Sør) gjenopprettet, og arbeidet mellom komiteene er samkjørt og koordinert. Perinatalkomiteene skal være et viktig tiltak for å heve kunnskapen til alle som arbeider med svangerskapsomsorg samt sikre og bedre kvaliteten på perinatalomsorgen.

Komiteene jobber etter ”perinatal audit” (audit = gjøre tilsyn hos hverandre) metoden. Nyttien av perinatal audit er godt dokumentert, og Norge har vært et foregangsland i denne sammenhengen. Metoden har vist seg å være til god hjelp for å evaluere, forbedre og lære av egne og andres feil. Uheldige hendelser skal ha en læringseffekt for de ansatte, slik at man kan avdekke systemfeil som rettes opp og dermed forebygges gjentakelse av feilbehandling.

Komiteene er et viktig tiltak for kvalitetsforbedring på behandlernivå, mens de øvrige, ovennevnte tiltakene tar sikte på å forbedre kvaliteten på overordnet/organisatorisk nivå.

¹ perinatal – som gjelder tiden rundt fødsel, dvs. svangerskapstiden etter 28. uke samt barnets første syv levedøgn

Fagråd for gynekologi og fødselshjelp i Helse Nord

Det er etablert et fagråd for gynekologi og fødselshjelp i Helse Nord. Fagrådet er bredt og tverrfaglig sammensatt med både gynekologer, jordmødre, barnelege og allmennlege. Alle helseforetak (unntatt Sykehusapotek Nord HF) og fødeinstitusjoner på alle nivå er representert, likeså brukere og primærhelsetjenesten.

Fagrådets primære oppgave er å fremme forslag for ovennevnte tiltaksplan samt å gi faglige innspill som sikrer en rask og effektiv implementering av vedtatte kvalitetskrav, og at forståelsen og håndtering av disse er standardisert og samkjørt i regionen.

Fagrådet har derfor utarbeidet seleksjonskriterier med utgangspunkt i kriteriene lagt fram i helsedirektoratets veileder "Et trygt fødetilbud - kvalitetskrav til fødselsomsorgen". Utover det har fagrådet utarbeidet en milepælsplan for det videre arbeidet og behandlet videre opptrapping for fødselsomsorgen samt avtaler om følgetjeneste.

Seleksjonskriterier for fødselsomsorg i Helse Nord

Seleksjonskriterier for fødselsomsorg er vedtatt av Helse- og omsorgsdepartementet og er gjeldende for hele Helse Norge. De er en del av nye kvalitetskrav og skal uansett innfris. I veilederen "Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav for fødeinstitusjoner" legges vekt på at implementering av kvalitetskravene skal tilpasses lokale og geografiske forhold.

Fagrådet har utarbeidet presisering til de nasjonale seleksjonskriterier. Disse tar hensyn til vår desentraliserte struktur på fødselsomsorgen og de spesielle utfordringer i regionen på grunn av spredt bosetting og lange avstander (vedlegg 1). Formålet med arbeidet er å sikre en felles forståelse for kriteriene samt en samkjørt innføring som sikrer likeverdige tjenester til kvinnene.

Innføring av nye seleksjonskriterier betyr en innskjerping av seleksjon som vil medføre en forskyving av risikofødende fra fødestuer til fødeavdelinger og fra fødeavdelinger til kvinneklinikker. De endringene som gir størst utslag er selektering av overvektige fødende og kvinner som tidligere har hatt keisersnitt. Grovt estimert forventer man at ca 10 prosent av alle fødende må føde på høyere nivå. Dette vil gi kvinneklinikkene en utfordring, da de per dags dato i begrenset grad er rustet til å ta imot det høyere pasientantallet. De små fødeinstitusjoner kan få utfordringer ved at fødselstallene blir lave.

Seleksjonskriteriene planlegges innført i regionen fra 1. mars 2012. Etter behandling i styret skal det gjennomføres en informasjonskampanje for å gjøre kriteriene kjent for alle involverte parter. Dette gjelder spesielt samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten.

Følgetjeneste

Ansvar for følgetjenesten og nødvendig beredskap for gravide og fødende ble overført til regionale helseforetak fra 1. januar 2010. Ansvar for transporten knyttet til følgetjenesten ligger allerede på de regionale helseforetakene på lik linje med ansvaret for annen syke transport inklusiv ambulansetjenesten. Fra 1. januar 2012 er finansieringsansvaret for kvalifisert ledsagelse ved jordmor eller lege overført fra folketrygden til regionale helseforetak.

Hensikten med følgetjenesten er å sikre en best mulig helhet i tjenesten for brukerne, og skape trygghet for fødende som har lang vei til fødeinstitusjonen. Det er lagt til grunn en veiledende grense på 1,5 times reisetid til fødeinstitusjon for etablering av en slik tjeneste.

Det skal inngås avtaler mellom HF-ene og kommunene som regulerer partenes gjensidige forpliktelser, økonomiske forhold samt organisering, gjennomføring og varighet. Formålet med avtalen er å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver vedrørende følgetjeneste til gravide med lang reisetid til fødeinstitusjon. Avtalene skal inngås innen 1. mars 2012, og det er utarbeidet en felles mal for avtale som HF-ene kan bruke i forhandlingene med kommunene (vedlegg 2).

Det er etter vår beregning **23 kommuner** (vedlegg 3) hvor de gravide vil ha en reisetid (målt fra kommunesenter) til nærmeste fødeinstitusjon på 1,5 timer eller mer. Den totale kostnaden for hele foretaksgruppen til dekning er anslått til ca maks 15 mill. kroner. Den største økonomiske belastningen vil Helse Finnmark HF og Nordlandssykehuset HF få.

Bakgrunn/fakta

Som ledd i oppfølging av "Stortingsmelding 12 – En gledelig begivenhet" har Helsedirektoratet utgitt veilederen "Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen". Kravene omfatter organisering av tilbudet, oppgave- og funksjonsfordeling, kompetanse, system for oppfølging og informasjon og kommunikasjon. I veilederen er det lagt opp til at kravene implementeres over tid. Per dags dato er det ingen fødeinstitusjon i Helse Nord som oppfyller alle krav.

Styret i Helse Nord har i styresak 31-2011 lagt premissene for implementering av kvalitetskravene i regionen ved å ta stilling til struktur og videre arbeid med kvalitetskravene.

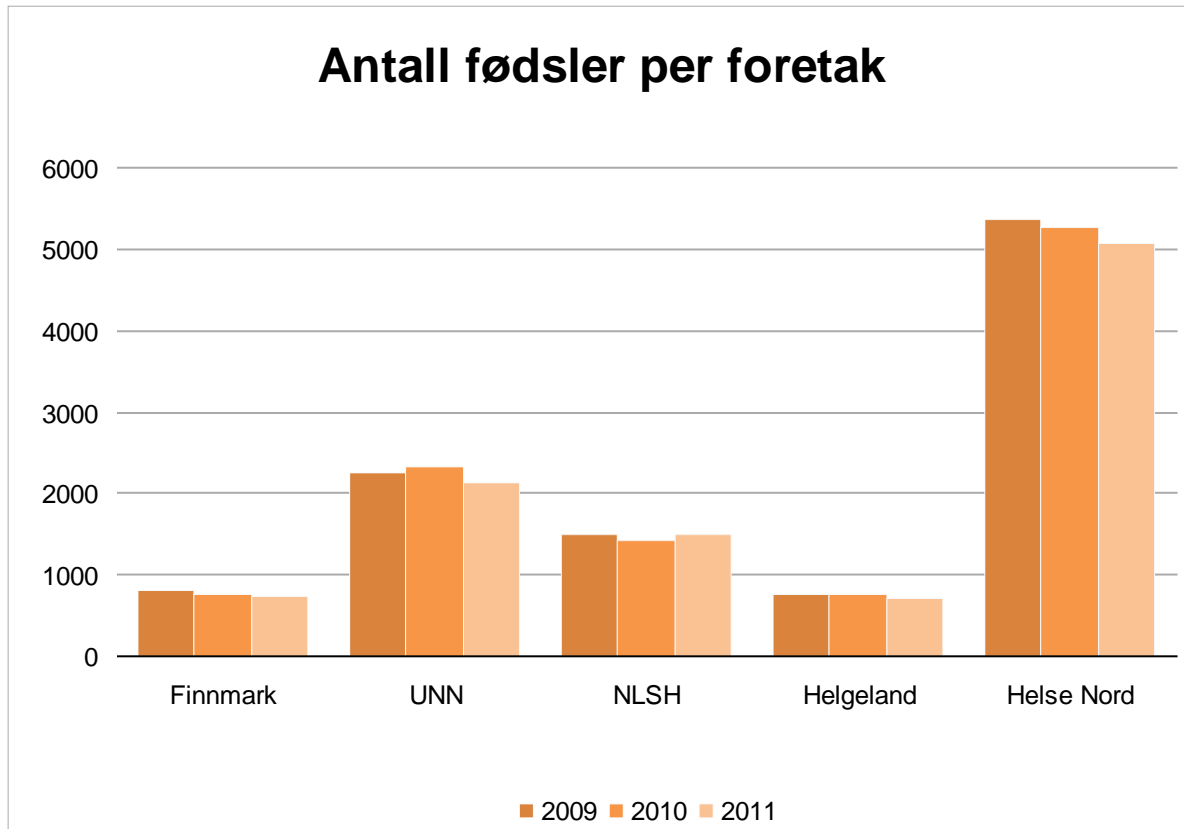
På grunn av geografi, lange avstander og spredt bosetning har man valgt en desentralisert struktur på fødetilbudet.

Vi har to kvinneklinikker, syv fødeavdelinger og seks jordmorstyrte fødestuer. Vi samarbeider med 88 kommuner fordelt på 45 % av Norges landareal, men har bare knapt 10 % av befolkningen.

Dette gjenspeiler seg også i et forholdsvis lavt fødselsantall per fødeinstitusjon. Utviklingen de siste årene viser en nedgang i det totale fødselstallet i regionen (vedlegg 4). Utviklingen av antall fødsler per helseforetak de siste tre årene er vist i figur 1.

Denne trenden sammen med den valgte strukturen har i 2011 resultert i at alle fødestuene i regionen med unntak av Lofoten har hatt mindre enn 100 fødsler, halvparten av disse sågar mindre enn 50 fødsler.

Dette stiller store krav til organisering av tilbudet som må være av en slik karakter at kvaliteten i tjenesten ivaretas til tross for lave fødselstall per enhet. En fødsel er i utgangspunktet en fysiologisk prosess, men det står ikke i motsetning til at det kan oppstå akutte situasjoner som krever raske beslutninger og kompetent handling. Enkelte ganger skjer det svikt eller feil i overvåking og behandling av gravide og fødende. Helsetilsynet har vist at liten størrelse (få fødsler) på fødeinstitusjonen kan være en risikofaktor.



Figur 1: Utvikling i antall fødsler per helseforetak de siste 3 årene

Når nye kvalitetskrav innfris, vil man kunne forvente nytte i sistnevnte områder. Norsk fødselsomsorg holder høy standard i internasjonal sammenheng, og det er tvilsomt om innføring av nye kvalitetskrav vil føre til en målbar effekt. Den perinatale dødeligheten, en viktig indikator på kvaliteten i fødselsomsorg, er nå i følge Folkehelseinstituttet så lav i Norge at vi ikke kan forvente noe særlig videre reduksjon (Folkehelseinstituttet, 2010).

Det man ønsker å oppnå med kvalitetskravene er å gjøre tjenesten mer forutsigbar, robust og sikker. På denne måten vil kvinnene og deres familier få oppleve trygghet for at de blir behandlet på rett sted til enhver tid med rett kompetanse tilgjengelig, når det er behov for det og uten risiko for overbehandling. Kravene legger opp til at systemet sikrer at risikoen for å gjøre feil er redusert til et minimum.

Den tredje kjerneverdien i Helse Norge er respekt. Også denne er ivaretatt gjennom implementering av kvalitetskravene, ved at alle aktører samhandler og har felles forståelse av virkeligheten og at kvinnen og familien får grundig og oppdatert informasjon som gjør henne i stand til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen og ta aktive valg på et kvalifisert grunnlag.

Vurdering

Fødselsomsorgen i Norge holder en svært høy internasjonal standard, men allikevel er det faktorer som taler for at tjenesten kan forbedres (Helsedirektoratet, 2010). Risikoen for å gjøre feil må reduseres til et minimum, og tilbudet må organiseres slik at det oppleves som sammenhengende, trygg og forutsigbart.

Som ledd i utvikling av denne delen av helsetjenesten har Helsedepartementet vedtatt nye kvalitetskriterier for fødselsomsorgen som er nedfelt i Helsedirektoratets veileder ” Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen.”

Arbeidet med implementering av kravene må foregå i utviklingspregede prosesser, over tid. Helse Nord har lagt opp til en opptrappingsplan for gynekologi og fødselsomsorg frem til 2015, og adm. direktør har fått i oppdrag å utarbeide en tiltaksplan som viser hvordan opptrapping og implementering av kravene kan gjennomføres samtidig som en sikrer tilgang på nøkkelpersonell.

Arbeidet med tiltaksplanen er godt i gang, og det jobbes på forskjellige plan og med forskjellige midler. Det er blant annet opprettet et fagråd for gynekologi, et eget utdanningsprogram og en regional perinatalkomité. Det tas sikte på å presentere en ferdig og forankret plan for styret i september/oktober 2012.

For å sikre et trygt og godt tilbud til fødende av høy kvalitet i Helse Nord har man først og fremst satt fokuset på de mest sentrale temaene. Disse er seleksjonskriterier og følgetjeneste.

Seleksjonskriteriene skal gi et felles grunnlag for vurdering av den fødende og er vedtatt i et omforent fagråd på bakgrunn av medisinsk forsvarlighet med utgangspunkt i veilederen. Derfor vurderer adm. direktør det slik at det ikke er nødvendig med høring for dette tiltaket.

Seleksjonskriteriene vil føre til en sentralisering av fødsler og vil medføre en del endringer i pasientstrømmer som forventes å ha betydning for fødeinstitusjonene og kan utfordre grunnlaget for de minste institusjonene.

Avtaler for følgetjenester skal inngås mellom helseforetakene og kommunene. Helse Nord RHF har utarbeidet en felles mal som et hjelpemiddel for HF-ene i forhandlingene. Både avtaler og seleksjonskriterier planlegges innført fra 1. mars 2012.

Konklusjon

Oppfølging av videre arbeid med en desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord og implementering av kvalitetskrav har foregått i tråd med styrets vedtak fra mars 2011.

Noen delmål er nådd, mens arbeidet med tiltaksplanen fortsatt er i full gang. Det tas sikte på å legge frem en forankret tiltaksplan i september/oktober 2012.

Nye seleksjonskriterier for fødselsomsorgen skal innføres fra 1. mars 2012. Disse vil medføre en del endringer i pasientstrømmer i regionen og kan på sikt ha konsekvenser for organisering av tilbudet. Det er derfor nødvendig i fremtiden å kartlegge data for pasientstrømmene. Dette for å kunne vurdere behov for evt. tiltak. Modellanalyser med bruk av disse data kan være et hjelpemiddel for å vurdere ulike alternativer.

Avtaler for følgetjenester skal være inngått innen 1. mars.2012.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret viser til *styresak 31-2011 Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord – videre arbeid.*

2. Styret godkjenner milepælsplanen for det videre arbeid med tiltaksplan, slik den er skissert i saksfremlegget og ber adm. direktør fremlegge en tiltaksplan for styret innen utgangen av oktober 2012.
3. Styret tar orienteringen om arbeidet med innføring av seleksjonskriterier og følgetjeneste for gravide til orientering.
4. Styret ber adm. direktør fremlegge en styresak som beskriver konsekvenser av de innførte seleksjonskriteriene på pasientstrømmene og om mulig på behandlingskvaliteten i regionen innen to år.

Bodø, den 3. februar 2012

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykte vedlegg:

- Vedlegg 1: Seleksjonskriterier for fødselsomsorg i Helse Nord
- Vedlegg 2: Tjenesteavtale nr 8 - Delavtale - Avtale om følgetjeneste for gravide med lang reisevei til fødeinstitusjon
- Vedlegg 3: Oversikt kommuner med reisevei > 1,5 timer til nærmeste fødeinstitusjon
- Vedlegg 4: Fødselstall i Helse Nord 2009, 2010, 2011

Vedleggene er lagt ut på våre hjemmesider – se:
[Styremøte i Helse Nord RHF, den 13. februar 2012](#)

Utrykte vedlegg:

Folkehelseinstituttet. (2010). *Perinatal dødelighet - fakta om dødsfall ved fødselen*.
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5670&MainArea_5661=5670:0:15,3278:1:0:0:::0:0&MainLeft_5670=5544:50919:::1:5675:3:::0:0

Helsedirektoratet. (2010). *IS 1877 - Et trygt fødetilbud - krav til fødselsomsorg*.
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Sider/default.aspx>

UTREDNING

Innledning

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg er et behandlingsforløp hvor ansvaret er delt mellom flere aktører i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I all hovedsak er resultatene i denne behandlingsskjeden i Norge gode, men det er fortsatt muligheter for forbedringer både på det enkelte område og i samspillet mellom ulike nivåer og tjenester. For å sikre god kvalitet på tjenestene må det arbeides systematisk på mange felt. Dette gjelder organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse, system for oppfølging av kravene og krav til informasjon og kommunikasjon.

Kvalitetskravene til fødselsomsorgen, slik de foreligger i nasjonal veileder fra Helsedirektoratet, er resultat av et omfattende faglig arbeid som skal sikre at fødselsomsorgen også i fremtiden skal være trygg, forutsigbar og av høy kvalitet.

Styret i Helse Nord RHF har behandlet implementeringen av de nye nasjonale kvalitetskrav i styresak 31-2011 og føringer for det videre arbeidet:

Styret i Helse Nord RHF viser til *styresak 113-2010 Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord – konsekvenser av forslag til nasjonale kvalitetskrav, oppfølging av styresak 60-2009/3 og styresak 56-2010 og Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen.*

Styret i Helse Nord RHF vil understreke nødvendigheten av at kvaliteten på tjenestene er i tråd med nasjonale faglige krav og ønskeligheten av å opprettholde en desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord.

For å sikre en kvalitet på tjenesten som er i tråd med veilederen og opprettholde en bærekraftig desentralisert fødselsomsorg ber styret i Helse Nord RHF adm. direktør om å utarbeide en regional tiltaksplan for å utvikle fødselsomsorgen. Utdanning, rekruttering og stabilisering av fagfolk er de mest sentrale temaer.

Handlingsplanen skal synliggjøre økonomiske og personellmessige konsekvenser av de tiltak som foreslås iverksatt. Før planen, med forslag til framtidig organisering av fødselsomsorgen i landsdelen behandles av styret i Helse Nord RHF, skal det gjennomføres en omfattende høringsrunde.

Styret i Helse Nord RHF vil særlig understreke utfordringen med rekruttering av spesialisert helsepersonell. I handlingsplanen må en særlig grundig vurdere framtidsperspektivene på dette området og hvilken betydning personellsituasjonen har for mulighetene for å oppfylle kravene til kvalitet i Helse Nord's desentraliserte fødselsomsorg, og hvilke tiltak som kan settes i verk. Rekrutteringsprosjektet innen fødselshjelp og kvinnesykdommer blir her særlig viktig.

Nordlandssykehuset Lofoten videreføres som jordmorstyrt fødestue. Kirurgisk akuttberedskap/gynekolog i vakt skal kunne gjennomføre nødkeisersnitt, jfr. premissene i saksutredningen. Nordlandssykehuset HF bes om å følge dette opp.

Det etableres et fagråd i gynekologi og fødselshjelp. Rådet skal definere felles retningslinjer ved implementering av kvalitetskrav som trenger avklaring på overordnet behov (jfr. oversikt i saksbehandlingen) og være adm. direktørs rådgivende organ i spørsmål som er viktig for å sikre en god svangerskaps- og fødselsomsorg.

Helseforetakene skal i samarbeid med kommunene lage plan for å løse felles oppgaver, jfr. oversikt i saksbehandlingen.

Helseforetakene skal i samarbeid med kommuner lage avtaler som sikrer at følgetjeneste for gravide er ivaretatt. Avtalene skal bygge på forståelsen som er beskrevet i saksbehandlingen.

Et høringsnotat basert på denne styresaken sendes på bred høring. Styret ønsker innspill til den skisserte planen, før planarbeidet starter.

Bakgrunn

Helse Nord har valgt å opprettholde en desentralisert struktur for fødselsomsorgen. Det er ca 5000 fødsler i regionen per år og disse fordeles på 15 fødeinstitusjoner: to kvinneklinikker, syv fødeavdelinger og seks jordmorstyrte fødestuer. Vi samarbeider dessuten med 88 kommuner.

Disse forholdene gir en del utfordringer for organiseringen av tilbudet og dette forsterkes av en fallende trend i fødselstallene de siste årene. Dette har ført til at alle fødestuer (med unntak av Lofoten) i 2011 har hatt mindre enn 100 fødsler og halvparten har hatt mindre en 50 fødsler (vedlegg 4).

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge holder høy kvalitet i internasjonal sammenheng. Perinatal dødelighet (et mål for folkehelse og gir en pekepinne om nasjonale forhold når det gjelder kvinners helse, svangerskapsomsorg og medisinsk fødselshjelp) er nå så lav i Norge at vi ikke kan forvente noen ytterligere reduksjon av betydning (Medisinsk fødselsregister).

Regjeringen valgt å fokusere på dette området i Stortingsmelding nr. 12 "En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg" og i det videre gitt i oppdrag at det utarbeides kvalitetskrav for svangerskaps-, barsel og fødselsomsorgen. Bakgrunn for denne prioriteringen er to delt:

Tilbakemelding fra brukere viser at tjenesten ofte oppleves som fragmentert og lite sammenhengende.

En oppsummering av tilsynssaker viser at det svikter i organisering og ledelse. Enkelte sentrale punkter som fremheves er svikt i kommunikasjon og samarbeid, uklare ansvarsforhold, kompetansesvikt, blant annet manglende innsikt i nasjonale retningslinjer ved kompliserte fødsler og manglende etterlevelse av prosedyrer ved fødselskomplikasjoner.

Kvalitet er et sammensatt begrep og kan ha flere innfallsvinkler. Ved helsetjenester kan det blant annet dreie seg om hvordan det enkelte helsepersonell utøver arbeidet sitt, men også i hvilken grad helsetilbudet er organisert av en slik art at det tilrettelegges for at arbeidet kan utføres på en god og korrekt måte. Ved strukturen som Helse Nord har valgt for sitt tilbud til befolkningen er det ekstra viktig å sikre at sistnevnte forhold er godt ivaretatt.

Ved implementering av kvalitetskrav forventer man en forbedring på det organisatoriske plan (struktur og prosedyrer) som igjen sikrer en god, differensiert og tilpasset tjeneste. Dette slik at alle aktører har en felles forståelse av oppgaven og samhandler optimalt til pasientens beste. Videre skal det medføre at pasientene er godt informert og at helsepersonell har oppdaterte kunnskaper.

Tiltak for å styrke fødselsomsorgen

Implementering av kvalitetskrav i Helse Nord forventes å skje i utviklingspregede prosesser over tid.

Helse Nord har lagt til grunn en opptrapping av fødselsomsorgen over fire år fram til og med 2015.

Hvordan denne opptrappingen skal skje vil nærmere beskrives i tiltaksplanen som skal legges frem før styret innen utgangen av oktober dette år.

For å gjøre arbeidet mest mulig effektiv og tids- og ressursparende har man valgt å bruke eksisterende informasjon, faggrupper og fora, fremfor å starte et helt nytt prosjekt:

Tiltaksplanen må bygge på Regional plan for svangerskaps- fødsels- og barselomsorg Helse Nord RHF i sitt legeutdanningsprogram i gynekologi og fødselshjelp er allerede startet og videreføres

Erfaringer fra nystartet rekrutteringsprogram for leger på UNN trekkes evt. videre inn i arbeidet

Fagrådet i gynekologi og fødselshjelp brukes til å lage forslag til retningslinjer og tiltak for implementering av nye kvalitetskrav. Fagrådet trekker inn andre instanser ved behov og kan også i dialog med RHF-et delegerer oppgaver til foretakene. Ved første møte skal fagrådet lage forslag til prioritering av oppgaver samt milepælsplan for ferdigstilling av arbeidet/implementering som AD godkjenner før det videre arbeid iverksettes.

Implementering av krav til samhandling med kommune foreslås lagt inn som delprosjekter i samhandlingsprosjektet.

Følgende milepælsplan er utarbeidet av fagrådet i gynekologi og fødselshjelp:

	des.11	jan.12	feb.12	mar.12	apr.12	mai.12	jun.12	jul.12	aug.12	sep.12
Seleksjonskriterier ferdigbehandles i fagrådet										
Seleksjonskriterier behandles i direktørmøte og fagsjefmøte. Gjeldende fra 01.02.12										
Arbeidet i fagrådet ferdig										
Tiltaksplan ferdig										
Høring										
Styrebehandling										

Figur 2: Milepælsplan tiltaksplan desentralisert fødselsomsorg

I påvente av at tiltaksplanen ferdigstilles har adm. direktør iverksatt en ressursmessig styrking av fødselsomsorgen i regionen allerede for 2012.

Det er avsatt 6,5 mill. kroner for 2012, en ytterligere styrking skal vurderes i forbindelse med budsjettrevisjon våren 2012. Det er fordelt åtte overlegehjemler i gynekologi og fødselshjelp og ti hjemler for jordmødre.

Fordeling av midler og hjemler er vist i tabellene nedenfor. Fordelingen ble gjennomgått i fagrådet og fagrådets innstilling ble gjennomført.

De tilførte ressursene og stillingene viser kun en prioritering for 2012. En ytterligere opptrapping med både midler og hjemler er planlagt for 2013-2015. Hvordan denne opptrappingen vil se ut er avhengig av forslag i tiltaksplanen.

Fordeling av midler tar utgangspunkt i dekning av kostnader i forbindelse med ny opprettede stillinger. 6 mill. kroner er fordelt andelsmessig ut til foretakene og kr 500 000 er avsatt til kompetansehevende tiltak. Helgeland får etter denne vurderingen mer enn Finnmark, da behovet for jordmødre her er større.

Foretak	Sum
Helse Finnmark	900 000
UNN	2,1 mil
NLSH	1,9 mil
Helgeland	1,1 mil.

Tabell 1: Fordeling midler per HF for 2012

HF	Sted	Antall søkt	Antall tildelt	Kommentar	Totalt søkt for HF-et	Totalt tildelt for HF-et
Finnmark	Hammerfest	0			2 jordmor 1 fagutv. jordmor	1
	Kirkenes	2	1	Dekke kravet om to jordmødre på vakt/bakvakt		
UNN	Tromsø	11	3	Krav om tilstedeværelse under fødsel samt økt belastning pga seleksjon	14	4
	Harstad					
	Narvik	3	1	Ivareta følgetjenesten		

NLSH	Bodø		2	Krav om tilstedeværelse under fødsel samt økt belastning pga seleksjon	12	3
	Vesterålen		1	Ivareta kravet om bakvaksordninger		
	Lofoten					
Helgeland	Mo i Rana		1	Oppfylle krav til følgetjeneste	7	2
	Sandnessjøen		1	Oppfylle krav til følgetjeneste		
	Brønnøysund					
	Mosjøen					

Tabell 2: fordeling hjemler jordmødre for 2012

Helseforetak	Sted	Antall søkt	Antal tildelt	Kommentar	Antall totalt søkt i HF-et	Totalt tildelt i HF-et
Finnmark	Hammerfest	1 OL			3 OL 1 LIS	1 OL
	Kirkenes	2 OL 1 LIS	1 OL	oppfylle krav om minst 4 gynekologer		
UNN	Tromsø	6 OL 3 LIS	1 OL	økt belastning pga strengere selektering, krav om tilstedevakt.	11 OL 4 LIS	4 OL
	Harstad	2 OL 1 LIS	1 OL	oppfylle krav om minst 4 gynekologer		
	Narvik	3 OL	2 OL	oppfylle krav om minst 4 gynekologer		
NLSH	Bodø	4 OL 2 LIS	1 LIS 1 OL	må endre vaktjeneste til tilstede vakt for å opprettholde godkjenning som kvinneklinikk (det er for tiden 6 LIS totalt på NLSH) økt belastning pga strengere selektering, krav om tilstedevakt	8 OL 3 LIS	2 OL 1 LIS

	Vesterålen	1 OL 1 LIS	1OL	oppfylle krav om minst 4 gynekologer		
	Lofoten	3 OL?		oppretholde krav om vaktberedskap		
Helgeland	Mo i Rana	Ikke spesifisert			3 OL 1 LIS	1 OL
	Sandnessjøen	Ikke spesifisert	1 OL	oppfylle krav om minst 4 gynekologer		

Tabell 3: Fordeling hjemler gynekologer for 2012

Helse Nord RHF's utdanningsprogram for gynekologer ble startet på nyåret 2011 og er nå godt i gang. Programmet er organisert med en styringsgruppe og et utdanningsutvalg.

Styringsgruppen består av representanter fra klinikkleidelse i foretakene, Universitetet i Tromsø, overlegegruppen og LIS gruppen, og ledes av medisinskfaglig rådgiver i Helse Nord RHF. Utdanningsutvalget består av representanter fra overlegegruppen og LIS gruppen i Helse Nord.

Formål med programmet er utdanning, rekruttering og stabilisering av spesialister for fødselshjelp og kvinnesykdommer i regionen.

Tiltak som gjennomføres for å oppnå målene er nettverkdanning, felles møtearenaer og faglig utvikling ved for eksempel felles regelmessig undervisning per telematikk.

Utdanningsprogrammet vil også være behjelpelig med å lage utdanningsløp for LIS (leger i spesialisering) og søke godkjenning om utdanningsinstitusjon, slik at en sikrer at det utdannes et tilstrekkelig antall spesialister for å dekke fremtidige behov.

Som ledd i det videre kvalitetsarbeidet med fødselsomsorgen og etter bestilling fra "Stortingsmelding 12 – Et trygd fødetilbud" samt "Kvalitetskrav til fødeinstitusjoner" er det i år opprettet Regional perinatalkomité i Helse Nord RHF og to lokale komiteer. Medlemmene i den regionale komiteen er oppnevnt av Helse Nord RHF og det er ansatt en sekretær i 50 % stilling fra medio august.

Perinatalkomité Sør har en bestående perinatal komité som er oppnevnt av NLSH HF med ansvar for NLSH HF og Helgelandssykehuset HF. De har i mange år vært aktiv og drevet både med kurs og forskning. Medlemmene i perinatalkomité Nord er oppnevnt av UNN HF og har ansvar for UNN HF og Helse Finnmark HF. Dette er en naturlig deling da begge sokner til hver sin barneavdeling (i Bodø og Tromsø).

Perinatalkomiteens hovedmål er å:

- Heve kunnskapen til alle som arbeider med svangerskapsomsorg.
- Sikre og forbedre kvaliteten på perinatalomsorgen.

Den overordnede hensikten er å forbedre helsetjenesten for gravide, fødende og nyfødte, og gjennom dette å redusere perinatal dødelighet og sykkelighet. Nivået av perinatal dødelighet i Norge er blant de laveste i verden og en eventuell forbedring vil være marginal. En ser likevel områder hvor det er potensial for forbedring både i forhold til tjenesten som leveres, samhandling og oppfølging av nye kvalitetskrav.

Metoden som benyttes er perinatal audit (tilsyn hos hverandre). Nyttene av perinatal audit er godt dokumentert, Norge har vært et foregangsland på dette området. Perinatal audit innebærer vurdering av perinatal dødsfall, dødfødsler og nyfødte med lav Apgar¹ score ved å granske enkeltkasus ("auditmetoden") på grunnlag av all tilgjengelig informasjon. Data samles inn etter faste skjema og vurderes etter gitte kriterier. Et eksempel på hvordan data kan brukes er vist i tabellen nedenfor.

2011					
Vurdering	Dødfødte	Død etter fødsel	Lav Apgar	Mor	Totalt
Uunngåelige					
Mulig unngåelige faktorer					
Totalt					

Tabell 4: Vurdering av kasus ved gjennomgang i perinatalkomiteen

Dataene planlegges samlet i et kvalitetsregister og brukes aktivt til forbedring av tjenesten. Blant annet skal de presenteres årlig på en stor konferanse som den regionale komiteen arrangerer og hvor aktører fra både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste er invitert.

Den regionale komiteen skal utover det også bistå Helse Nord RHF med råd vedrørende problemstilling og ha en viktig rolle i kunnskapsformidling på tvers av nivå og institusjoner, samt f. eks utarbeide forslag til kvalitetsindikatorer for fødselsomsorg.

Fagråd i gynekologi og fødselshjelp

Styret i Helse Nord RHF har behandlet implementeringen av de nye nasjonale kvalitetskrav i styresak 31-2011 og vedtatt at det skal etableres et regionalt Fagråd for fødsels- og svangerskapsomsorg, som skal sikre samhandling i spesialisthelsetjenesten og samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Styrets vedtak i punkt 7:

"Det etableres et fagråd i gynekologi og fødselshjelp. Rådet skal definere felles retningslinjer ved implementering av kvalitetskrav som trenger avklaring på overordnet behov (jfr. oversikt i saksbehandlingen) og være adm. direktørs rådgivende organ i spørsmål som er viktig for å sikre en god svangerskaps- og fødselsomsorg."

¹ Apgar score: system for vurdering av allmenntilstand hos nyfødte, beste verdi = 10

Helse Nord RHF har nå etablert et fagråd for fødselshjelp og kvinnesykdommer. Fagrådet er flerfaglig sammensatt og består av

- Gynekolog (4 gynekologer – en fra hvert HF)
- Jordmor (4 jordmødre – en fra hvert HF)
- Barnelege (en barnelege fra UNN)
- Representant fra primærhelsetjenesten (en PKO fra NLSH)
- Brukerrepresentant (fra brukerutvalget)

Det skal være en geografisk representasjon slik at alle foretak og funksjonsnivå er representert. Fagrådet skal være sammensatt slik at de oppnevnte representanter ivaretar ulike funksjoner og nivå innenfor fagfeltet, samt at representantene har legitimitet i eget fagmiljø. Medlemmene oppnevnes for 2 år om gangen. Sekretariatsfunksjon ivaretas av Helse Nord RHF.

Fagrådet skal gi råd til fagdirektør knyttet til innspill fra øvrige regionale nettverk innen fagområdet. Rådet skal utrede saker som har interesse for alle helseforetakene og på forespørsel fra enkelte HF.

For 2011/2012 har fagrådet fått et særskilt oppdrag knyttet til implementering av kvalitetskrav i fødselsomsorgen.

Fagrådet skal ivareta koordinering og avklaring av kvalitetskrav som har overordnet betydning jfr. styresak 31 – 2011.

Fagrådet skal utarbeide forslag til

- felles forståelse for seleksjonskriterier
- system for oppfølging av kvalitetskravene/melderutiner
- innhold i opplæringsprogram for nyansatte og vikarer
- regionale retningslinjer for kasuistikk gjennomgang etter avvik og kompliserte fødsler
- felles for både leger og jordmødre
- regionale retningslinjer for obligatorisk praktisk trening og teoretisk gjennomgang av akutte situasjoner på fødeavdelingen (blødninger, vanskelig skulderforløsning, operative forløsninger, gjenopplivning osv.)(hvem skal delta, hvor ofte, hvem har ansvaret etc.)
- regionale retningslinjer for obligatorisk hospitering for både jordmødre og leger på alle institusjonsnivå (krav til innhold, hvor ofte, hvor lenge etc.)
- regional mal for pasientinformasjon jfr. krav i veileder ”Et trygt fødetilbud”

Fordeling av midler og hjemler i forbindelse med styrking av fødetilbudet er gjennomgått i fagrådet og innspillene er tatt med i saken slik den er presentert her. Hovedarbeid hittil har imidlertid vært å lage seleksjonskriterier for regionen i tråd med nye kvalitetskrav.

Seleksjonskriteriene er nå ferdig (vedlegg 1) og klar til distribusjon. Etter fremlegg i styret skal kriteriene gjøres kjent for alle berørte parter.

Seleksjonskriterier

Helsedepartementet har vedtatt seleksjonskriterier for fødselsomsorg som er nedfelt i Helsedirektoratets veileder ”Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen”. Kravene er gjeldende for hele Helse Norge.

Formålet med seleksjonskriteriene er å sikre kvinnene et variert tilbud basert på kvinnens egne ønsker og en seleksjon ut ifra en risikovurdering slik at de som har kjent risiko for komplikasjoner møter en helsetjeneste som er rystet til å gi rask hjelp på høyspesialisert nivå dersom det er nødvendig.

I veilederen "Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav for fødeinstitusjoner" legges det vekt på at implementeringen av kvalitetskravene skal tilpasses lokale og geografiske forhold. For seleksjonskriteriene er det slik at noen er formulert på en måte som gjør det tydelig at det ikke er rom for fortolkninger, mens det for andre er valgt formuleringer hvor de gis rom for individuelle tilpasninger.

Sistnevnte krav er nøye gjennomgått i fagrådet. Dette gjelder særlig der man har sett at en for stram formulering kan føre til store utfordringer for fødeinstitusjonene eller at en for vag formulering kan gi rom for misforståelser.

Forslag til presisering er formulert i vedlagte dokumenter av et **omforent** fagråd. Vurderinger er utelukkende gjort på bakgrunn av medisinsk forsvarlighet og trygghet for pasienten og ikke med utgangspunkt i dagens situasjon, evt. utfordringer eller "ønsker" fra fagmiljøet. Det er i denne omgang kun tatt stilling til faglige krav og vurderinger og medisinsk indikasjon for seleksjon. Krav til organisering og utstyr vil inngå i arbeidet med tiltaksplan for fødselsomsorg.

Fødeavdelingen i Hammerfest inntar en særstilling i regionen da den er den eneste med barneavdeling og dessuten også har nyfødteintensiv senger. Derfor mener fagrådet at det er medisinsk forsvarlig at fødeavdelingen ivaretar noen oppgaver som ellers ivaretas av kvinneklinikker. Likevel kan ikke fødeavdelingen i Hammerfest likestilles med en kvinneklinikk da det blant annet ikke er tilstedevakt av barnelege og det mangler en del spisskompetanse som det stilles krav om på kvinneklinikkene. Derfor betyr seleksjonskriteriene, slik de er presentert i vedlagte dokument, en innskjerping og vil føre til flere overflyttinger av pasienter fra Hammerfest til UNN enn tilfellet er i dag. Kriteriene for hvilke oppgaver som ivaretas i Hammerfest er fastsatt i tett samarbeid med barnelegemiljøene i Hammerfest og Tromsø og er i den formen de foreligger i vedlagte dokumenter godkjent av et omforent fagråd.

Ved seleksjonskriteriene dreier det seg i all hovedsak om formalisering av dagens praksis. Det er dog kommet inn noen nye krav og en innskjerping av eksisterende krav slik at gjennomføringen vil ha betydning for pasientstrømmene i regionen med en sentralisering av risikofødsler, hvor kvinneklinikkene vil få den største belastningen. Samtidig vil fødeinstitusjoner med lave fødselstall (fødestuer og fødeavdelinger) kunne få utfordringer når fødselstallet reduseres ytterligere pga skjerpet seleksjon.

Det er per dags dato ikke mulig å si noe om hvor høy andel pasienter som vil måtte overflyttes fra fødestue til fødeavdeling og fra fødeavdeling til kvinneklinikk (dette er komplekst og må være gjenstand for senere undersøkelser), men et grovt anslag kan tyde på at opptil 10 % av alle fødende må behandles på høyere nivå.

De pasientgruppene som utgjør den største gruppen av risikofødende er overvektige kvinner og kvinner som tidligere har blitt forløst med keisersnitt.

For kvinner med sykkelig overvekt anbefaler veilederen fødsel på fødeavdeling eller kvinneklinikk avhengig av Kroppsmasseindeks (BMI). Dette kravet er betydelig skjerpet i forhold til tidligere kriterier og gir betydelige utfordringer da det rammer mange gravide. Det er kjent at kvinner med sykkelig overvekt under gitte forutsetninger kan ha høyere risiko for komplikasjoner under fødsel, men det foreligger ingen evidensbasert kunnskap om hvor grensen for å vurdere en kvinne som risikoføddende bør ligge. Fagrådet mener derfor at kvinner med sykkelig overvekt kan føde på fødestue og eller fødeavdeling under gitte forutsetninger som sikrer at risikoføddende fanges opp og i tett dialog med fødeinstitusjon på høyere nivå.

Kvinner med tidligere keisersnitt anbefales etter nye retningslinjer fødsel på fødeavdeling med barneavdeling. I praksis betyr dette for Helse Nord enten ved Hammerfest sykehus eller ved kvinneklinikk. Dette kravet betyr en endring i forhold til tidligere praktisering og kan gi utfordringer da det kan føre til betydelige endringer i pasientstrømmer mot kvinneklinikk, da antallet pasienter med tidligere keisersnitt er høyt (keisersnittfrekvensen i Norge ligger mellom 13 og 20 % og mange av disse vil senere få barn). Intensjonen bak nye kvalitetskrav er å finne de pasientene som har stor risiko for komplikasjoner under og etter fødsel (gjelder både mor og barn) og forløse disse på en fødeinstitusjon som er egnet til å kunne håndtere disse pasientene. Når det gjelder kvinner med tidligere keisersnitt har studier vist at risikoen øker betraktelig hvis man setter i gang fødselen. Derfor mener fagrådet at det er forsvarlig at kvinner med tidligere keisersnitt og hvor fødselen starter spontant kan føde på fødeavdeling uten barneavdeling (under forutsetning at de håndteres som risikoføddende og tilstrekkelig beredskap er tilgjengelig) mens kvinner hvor fødselen må settes i gang skal vurderes individuelt i tett dialog med kvinneklinikk eller Hammerfest sykehus.

Fødestua i Alta har i 2011 hatt et betydelige lavere antall fødsler enn tidligere år til tross for at innføring av nye seleksjonskriterier ikke er iverksatt. Det har vært bekymring knyttet til hvorvidt en ytterligere reduksjon av antall fødsler kan by på problemer. Fødestuen representerer et unntak i regionen da de ikke forløser førstegangsføddende. Denne avgjørelsen ble tidligere tatt i samarbeid med fastlegene som har et medisinskfaglig ansvar dersom det oppstår akutte situasjoner under fødsel. I nye seleksjonskriterier er det lagt opp til at førstegangsføddende kan føde på jordmorstyrt fødestue dersom de ikke har andre kompliserende faktorer. Alta er således den eneste fødestuen i Helse Nord som kan utjevne en nedgang i fødselstall pga skjerpet seleksjon ved å ta inn førstegangsføddende. Dette må dog gjøres i tett dialog og samarbeid med både ansvarlig fødeavdeling i Hammerfest og primærhelsetjenesten.

Følgetjeneste

Ansvar for følgetjenesten og nødvendig beredskap for gravide og fødende ble overført til regionale helseforetak 1. januar 2010. Ansvar for transporten knyttet til følgetjenesten ligger allerede på de regionale helseforetakene på lik linje med ansvar for annen syketransport inklusiv ambulansetjenesten. Fra 1. januar 2012 er finansieringsansvaret for kvalifisert ledsagelse ved jordmor og lege overført fra folketrygden til regionale helseforetak.

Hensikten med følgetjenesten er å sikre best mulig helhet i tjenesten for brukerne, og skape trygghet for fødende som har lang vei til fødeinstitusjonen. Det er lagt til grunn en veiledende grense på 1,5 time reisetid til fødeinstitusjon for etablering av slik tjeneste.

Følgetjeneste er **vurdering** av gravide/kvinner i fødsel av kvalifisert helsepersonell, og at den gravide/fødende får følge av kvalifisert helsepersonell til fødestedet, når det er vurdert som nødvendig. Følgetjeneste omfatter jordmor og/eller lege med tilstrekkelig oppdatert fødselskompetanse.

Med beredskap i sammenheng med følgetjenesten menes forsvarlig organisering av vaktberedskap for vurdering av behov for og assistanse av kvalifisert helsepersonell i forbindelse med fødsel. I St.meld. nr.12 (2008 – 2009) er det lagt til grunn en rett til følgetjeneste for fødende med veiledende grense på halvannen times reisetid til fødested når det er behov for en slik tjeneste.

Fødende har rett til vurdering av følge dersom de har ca 1,5 times reisetid eller mer til nærmeste fødeinstitusjon. Denne retten faller bort dersom kvinnen velger å føde ved en annen fødeinstitusjon enn den nærmeste, og av den grunn får lang reisetid.

For kvinner som har nærmeste vei til fødestue, men som ønsker eller er selektert til å føde på fødeavdeling og som av den grunn får reisetid lengre enn 1,5 timer, er det fødestuen som har ansvar for vurdering og evt. følge til fødeavdeling.

Følgetjenesten skal håndteres pragmatisk og fleksibelt avhengig av behov og forhold. Fagfolk lokalt hvor den gravide bor, skal i stor grad benyttes. Under disse forutsetningene kan en vakt for beredskaps- og følgetjeneste organiseres på forskjellige måter, avhengig av de lokale forholdene:

Kommuner med mer enn ti fødsler per år:

Ordning med kontinuerlig interkommunalt vakt samarbeid for kommuner som ligger geografisk samlet, og som har et visst fødselsvolum. Der det finnes fødestuer er det naturlig å bruke jordmødre på fødestuen til følgetjenesten.

Kommuner med fem til ti fødsler per år:

Der geografien er vanskelig og det ikke er tilgang til jordmødre benyttes lokalt tilgjengelige ressurser, eks. legevakt i kombinasjon med ambulansetjenesten. Personell som benyttes må ha tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgaven.

Kommuner med fem eller færre fødsler per år:

Disse kan ha behovsutløst beredskapsordning. Et eksempel er at jordmor går inn i vaktperiode fra seks dager før termin og inntil fødsel, med døgnkontinuerlig vakt i denne perioden. Alternativt kan den gravide oppholde seg i nærheten av fødestedet i påvente av fødsel.

Transportform og valg av fødested for risikogravide, som av medisinske årsak er selektert til å føde på fødeavdeling/kvinneklinnikk, skal vurderes i hvert enkelt tilfelle. Det skal i utgangspunktet legges opp til planlagt reise og innleggelse for den enkelte kvinne, slik at det unngås unødvendig risikotransport eller utrygghet, samt reduserer behovet for følgetjeneste.

Reisetid beregnes ut i fra NAF veibok (www.google-maps.no), som hovedregel fra kommunesenter til nærmeste fødeinstitusjon. Ved beregning legger en transport med ambulansebil til grunn (80 km/time).

Det er etter våre beregninger **23 kommuner** (vedlegg 4) hvor reisetid til nærmeste fødeinstitusjon er lengre enn 1,5 timer. Disse er i all hovedsak lokalisert i Finnmark og Nordland. Finansiering dekkes over rammebevilgningen til RHF fra 1.1.2010. Utover det har Helse Nord RHF fått NOK 500 000 i kompensasjon for 2012 da finansieringsansvaret for kvalifisert ledsagelse ved jordmor og lege ble overført fra folketrygden til regionale helseforetak.

Der jordmor er ansatt i kommunen, refunderer helseforetaket følgende utgifter til kommunen (kvartalsvis eller månedlig eller etter nærmere avtale):

Utgifter til beredskap (nærmere beskrevet nedenfor)

Dokumenterte utgifter til følgetjeneste

Dokumenterte utgifter i forhold til gjeldende satser ved utrykning på vakt

Dokumentert kjøregodtgjøring

Andre dokumenterte, uforutsette og nødvendige kostnader som ikke dekkes av beredskapsposten i første kulepunkt, og som har direkte sammenheng med ytelsen av forsvarlig jordmortjeneste for helseforetaket,

I kommuner hvor det ikke finnes døgkontinuerlig vaktberedskap av jordmor og hvor en slik ordning heller ikke kan lages/er formålstjenlig (kommuner med 5-10 fødsler per år) gir helseforetaket en fast kompensasjon til kommunen. Denne skal dekke evt. vikarbruk og kostnader som oppstår når lege må følge den gravide til fødeinstitusjon. Dessuten vil det finansielle ansvaret for HF-et omfatte dekning av kostnader i forbindelse med kompetansebygging hos lokal aktører som er involvert i følgetjeneste for gravide.

Det er vanskelig å estimere nøye hvor høye kostnadene i forbindelse med følgetjeneste vil være for Helse Nord. Dette er avhengig av valg av organisasjonsform og forhandlingene med kommuner. Det anbefales å oppfordre til interkommunalt samarbeid. Helgelandssykehuset HF har inngått en avtale med Bindal kommune. Totalkostnader påbeløpt i 2011 i forbindelse med følgetjeneste var knapt NOK 130 000. Hvis man legger det til grunn for å estimere totalkostnaden i Helse Nord kan man indikere at totalkostnadene maksimalt vil bli NOK 12-15 mill.

Det skal inngås avtaler mellom RHF-et/HF-ene og kommunene som regulerer partenes gjensidige forpliktelser, det økonomiske forholdet samt organisering, gjennomføring og varighet. Helse Nord RHF har laget en mal som helseforetakene kan bruke som et hjelpemiddel i forhandlingene med kommunen. Avtalene skal være inngått innen 01.03.12.

Oppsummering

Arbeidet med implementering av nye kvalitetskrav i en desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord foregår på flere plan og i henhold til oppdrag gitt fra styret i Styresak 31- 2011- desentralisert fødselsomsorg.

Det er etablert et Regionalt fagråd i gynekologi og obstetikk som har i hovedoppgave å jobbe med forslag til implementering av kvalitetskrav og opptrapping av fødselsomsorg. Dette arbeidet skal sammen med innspill fra det regionale utdanningsprogrammet for fødselsomsorg og kvinnesykdommer, perinatalkomiteene i regionene og med bakgrunn i regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg sys sammen til en Regional tiltaksplan for fødselsomsorg i Helse Nord. En tar sikte på å ferdigstille planen innen utgangen av mai 2012, ha den ute på høring i juni, juli og august og legge frem for styret en forankret plan i september/oktober 2012.

Fagrådet i gynekolog og obstetikk har dessuten utarbeidet regionale seleksjonskriterier med utgangspunkt i nasjonale krav og under premissene som er lagt i nasjonal veileder "Et trygt fødetilbud" – kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Kriteriene skal sikre at risikogravide fanges opp og behandles på rett nivå, slik at de som behøver det har rask tilgang til kompetanse på høyspesialisert nivå, mens friske kvinner får et godt tilbud uten fare for overbehandling eller sykeliggjøring av en fysiologisk hendelse.

Totalt sett representerer nye seleksjonskriterier en innskjerping og vil dermed føre til en forskyving av pasientstrømmene mot fødeavdelinger/kvinneklinikker. Dette kan gi utfordringer for kvinneklinikkene som må takle en større pasienttilgang men også for små fødeinstitusjoner, særlig fødestuene som vil få en reduksjon i fødselstallet. Dette forsterkes av de siste årenes trend med generell nedgang i antall fødende. Det er derfor nødvendig i fremtiden å kartlegge pasientstrømmene for å imøtekomme evt. utfordringer.

Følgetjeneste for gravide er et annet viktig område som skal bidra til å forbedre tilbudet til gravide kvinner. Kvinner som har en reisetid til fødeinstitusjon på mer enn 1,5 timer har krav på følgetjeneste.

Beregninger viser at dette er tilfelle for 23 kommuner i Helse Nord. De fleste er lokalisert i Finnmark og Nordland. Det er helseforetakene som har ansvaret og som må dekke kostnader i forbindelse med følgetjeneste. Totale kostnader for Helse Nord anslås til maksimalt 12 - 15 mill. kroner.

Følgetjeneste betyr at jordmor eller lege med tilstrekkelig kompetanse skal **vurdere** den fødende med tanke på hvorvidt det er behov for ledsagelse til fødested, samt at de får kvalifisert følge dersom det er nødvendig.

Tilbudet skal formaliseres ved at helseforetakene inngår samarbeid med kommune som regulerer beredskap, organisering og økonomiske forhold. Det er utarbeidet en regional mal for avtalene som Helseforetakene kan bruke som utgangspunkt i forhandlinger med kommuner. Avtalene skal inngås innen 01.03.12 og skal etter hvert implementeres i avtale nr 8 – jordmortjenester i forbindelse med samhandlingsreformen.

1. Hensikt

Helsedepartementet har vedtatt seleksjonskriterier for fødselsomsorg som er felt ned i Helsedirektoratets veileder ”Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen”. Kravene er gjeldende for hele Helse Norge.

I veilederen ”Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav for fødeinstitusjoner” legges vekt på at implementering av kvalitetskravene skal tilpasses lokale og geografiske forhold. For seleksjonskriteriene er det slik at noen er formulert på en måte som gjør det tydelig at det ikke er rom for fortolkninger, mens det for noen andre er valgt formuleringer hvor de gis rom for individuelle tilpasninger.

Denne prosedyren beskriver gjeldende seleksjonskriterier med presiseringer som er utarbeidet av et omforent fagråd i gynekologi og fødselshjelp i Helse Nord. Vurderinger og evt. endringer i forhold til kriteriene slik de er formulert i veilederen er utelukkende gjort på bakgrunn av medisinsk forsvarlighet og trygghet for pasienten og ikke med utgangspunkt i dagens situasjon, evt. utfordringer eller ”ønsker” fra fagmiljøet.

2. Omfang

Alle fødeinstitusjoner i Helse Nord.

Jordmødre, leger og andre yrkesgrupper som håndterer gravide, fødende og nyfødte barn.

Seleksjonskriteriene gjelder elektiv virksomhet. ØHJ situasjoner vurderes individuelt.

Det er kun tatt stilling til faglige krav og vurderinger og medisinsk indikasjon for seleksjon. Krav til organisering og utstyr vil inngå i arbeidet med tiltaksplan for fødselsomsorg.

3. Grunnlagsinformasjon

Evt. lokale tilpasninger må komme i tillegg til beskrevne seleksjonskriterier.

Evt. avvik skal begrunnes og dokumenteres nøye og gjøres i samråd med ansvarlig fødeavdeling/kvinneklinikk.

Kvinneklinikker og tilhørende fødeavdelinger/fødestuer må lage prosedyrer som avklarer ansvarsforhold og kommunikasjon i de tilfeller hvor det er lagt opp til individuell vurdering. Når det er foretatt individuelle vurdering skal dette dokumenteres og avgjørelsen begrunnes..

Fødeavdelingen i Hammerfest inntar en særstilling i regionen da den er den eneste med barneavdeling og dessuten også har nyfødt intensiv senger. Derfor mener fagrådet at det er medisinsk forsvarlig at fødeavdelingen ivaretar noen oppgaver som eller ivaretas av kvinneklinikker. Allikevel kan ikke fødeavdelingen likestilles med en kvinneklinikk da det blant annet ikke er tilstedevakt av barnelege og det mangler en del spisskompetanse som det stilles krav om på kvinneklinikkene. Derfor betyr seleksjonskriteriene slik de er presentert i vedlagte dokument en innskjerping og vil føre til en del overflytting av pasienter fra Hammerfest til UNN. Kriteriene for hvilke oppgaver som ivaretas i Hammerfest er fastsatt i

tett samarbeid med barnelegemiljøene i Hammerfest og Tromsø og er i den formen de foreligger i vedlagte dokumenter godkjent av et omforent fagråd.

4. Arbeidsbeskrivelse

Seleksjon gjøres ved første kontroll og revurderes fortløpende.

Vurdering vedrørende planlagt fødested gjøres rutinemessig tre ganger i løpet av svangerskapet, utover det avhengig av behov eller endrede forhold.

Vurdering i svangerskapet gjøres:

- 1. trimester – primærhelsetjeneste
- Screening 18 uker – spesialisthelsetjeneste
- Uke 35/36: avhengig av hvem som følger pasienten

Informasjon om seleksjonskriterier for valg av fødested bør gis til den gravide tidlig i svangerskapet, gjerne ved første kontroll.

Felles mal for rutine brukes både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste – det er ønskelig å bruke PARTUS da alle fødeinstitusjoner har dette systemet, men det er nødvendig med tilgang til papirløsning for de som ikke er tilknyttet norsk helsenett.

Et eget skjema utarbeidet av fagrådet (etter PARTUS) skal følge pasienten gjennom svangerskapet sammen med helsekortet.

4.1 Fødestuer

Fødestue er et fødetilbud til friske kvinner med et normalt svangerskap som ønsker å føde der.

Gravide må være forberedt på overflytting til sykehus dersom komplikasjoner oppstår før/under eller etter fødsel.

Kvinner som kan føde på fødestuer

- Friske flergnagsfødende
- Friske førstegangsfødende ≤ 35 år
- Et normalt svangerskap
- Bærer et foster i hodeleie
- Ingen kjente sykdommer som kan medføre komplikasjoner
- Tidligere normale svangerskap og fødsler
- Fødselen starter spontant mellom fullgatte svangerskapsuker 36 +0 og 41 +3 dager. Kontroll av den gravide etter uke 41 +3 kan gjøres på fødestue v/jordmor så fremt det finnes CTG og ultralydkompetanse
- Fødselen er definert som lavrisiko når riene starter og er fortsatt normal frem til etter barnets fødsel
- Kvinner som tidligere har vært forløst med tang/vakuum og hvor det ikke forventes gjentakelsesrisiko kan føde på fødestue etter individuell vurdering i dialog med medisinsk faglig ansvarlig fødeavdeling/kvinneklinikk

Kvinner som bør føde på fødeavdeling/kvinneklinikk

Kvinner med følgende tilstander skal som hovedregel henvises til fødeavdeling eller kvinneklinikk, men kan etter spesiell vurdering i samarbeid med fødeavdeling eller kvinneklinikk føde på fødestue:

- Tenåringsgravide < 18 år
- Moderat overvekt, BMI (før svangerskapet) > 27. Kvinner med BMI (før svangerskapet) mellom 27 og 30 kan føde på fødestue etter individuell vurdering i dialog med medisinskfaglig ansvarlig fødeavdeling/kvinneklinikk
- Uspesifikke forhold som psykiske eller psykososiale problemstillinger

Jordmor kan anbefale sykehusfødsel ut fra en helhetsvurdering uten nødvendigvis å vise til nevnte kriterier. Spesiell aktsomhet skal vises hvis mor er storrøyker eller har født >4 barn før.

Overflytting fra fødestuer

Fødestuer vil i gitte situasjoner overflytte kvinner til en fødeavdeling eller kvinneklinikk. Det vil vanligvis være behov for kompetent ledsager under syketransporten, både før og etter fødsel.

Indikasjoner for overflytting under eller i forbindelse med fødsel

- Fostervannsavgang > 24 timer uten etablerte rier
- Avvikende leie/presentasjon av foster
- Høytstående hode til tross for gode rier
- Misfarget fostervann tidlig i fødselsforløpet
- Rikelig/unormal blødning
- Behov for fosterovervåkning ved truende føtal asfyksi eller annen usikkerhet vedrørende fosterhertelyden
- Vurdert behov for følgende medikamentell smertelindring:
 - parenterale opiater
 - parenteral smertelindring skal som regel ikke brukes på fødestue men kan under gitte forutsetninger brukes i henhold til lokale rutiner
 - epiduralbedøvelse
 - spinalbedøvelse
- Vurdert behov for medikamentell stimulering av rier
 - Stimulering på fødestue kan vurderes dersom hodet står på bekkenbunn og det ikke er mistanke om dystoci – ved tvil konsulteres medisinskfaglig ansvarlig fødeavdeling/kvinneklinikk
- Protrahert forløp
 - Hovedregel er at man ikke skal gjøre amniotomi tidlig i åpningsfasen på fødestue. Avvik skal begrunnes og dokumenteres.
 - Ved tvil skal medisinskfaglig ansvarlig fødeavdeling/kvinneklinikk konsulteres
- Pasienter med tidligere sectio anbefales ikke fødsel på fødestue selv om de har født normalt etterpå.

Indikasjoner for overflytting etter fødselen – kvinnen

- Fastsittende placenta, med eller uten blødning
- Sfinkterruptur grad III og IV, dype vaginal-/perinealrifter, cervixruptur
- Unormal etterbyrdsblødning, atoni eller blødning fra rifter
- Andre indikasjoner

Indikasjoner for overflytting – nyfødt

- Mistenkt sykdom hos nyfødt
- Respirasjonsproblemer
- Misdannelser, skade eller fraktur
- Gulsott
 - Fysiologisk gulsott kan behandles på fødestue i samarbeid med tilhørende barneavdeling under forutsetning at utstyr for både diagnostikk og behandling er tilgjengelig og oppdatert
- Andre indikasjoner

4.2 Fødeavdelinger

Fødeavdelinger skal ta hånd om kvinner med pasienter med moderat risiko tilpasset avdelingens kompetanse.

Kvinner som kan føde på fødeavdeling

Kvinner med følgende risikofaktorer kan føde på fødeavdeling, eller et høyere nivå, under forutsetning av nødvendig kompetanse i avdelingen

- Hypertensiv sykdom, mild og moderat preeklampsi
 - Alvorlig preeklampsi forløses lokalt etter individuell vurdering
- Overvektige pasienter, BMI (før svangerskapet) > 30 og < 35)
 - Pasienter med BMI (før svangerskapet) mellom 35 og 40 kan forløses på fødeavdeling etter individuell vurdering i dialog med medisinsk faglig ansvarlig kvinneklinikk
- Undervektige pasienter BMI (før svangerskapet) < 19)
- Estimert fostervekt > 4500 g
- Trombofilier med moderat risiko
- Tidligere alvorlig komplikasjon under svangerskap eller fødsel
- Induksjoner
- Kvinner som er omskåret med antatt behov for legekompertanse
- Førstegangsfødende > 35 år
- Svangerskap $\geq 41 + 4$
- Pasienter som har kjent mindre liv over flere dager
- Langvarig vannavgang > 24 timer
- Kostregulert diabetes, velregulert
- Preterm fødsel $\geq 35 + 0$ dager
 - Antatt friske premature uten kompliserende faktorer (veksthemming¹, tvillinger/flerlinger, alvorlig preeklampsi eller annen patologi) mellom fullgått uke 32 og 35 kan forløses på fødeavdelingen i Hammerfest
- Epilepsi uten anfall i svangerskapet evt. i dialog med kvinneklinikk

¹ < 2,5 percentil nivå eller > 22 % avvik

- Tvillingfødsler
 - Planlagt elektiv keisersnitt ved termin
 - Tvillinger > 36 uker uten veksthemning² og planlagt forløsning med keisersnitt
 - Tvillinger > 35 uker kan forløses i Hammerfest

Følgende fødsler **bør** foregå i sykehus med barneavdeling

- Oligohydramnion³
 - Oligohydramnion⁴ > 35 uker kan føde på fødeavdeling uten barneavdeling etter individuell vurdering
- Polyhydramnion⁵
- Planlagt vaginal fødsel etter tidligere operasjon på livmoren (individuell vurdering av de som har født vaginalt etter tidligere keisersnitt)
 - og spontan start av fødsel kan føde på fødeavdeling uten barneavdeling under forutsetning at de håndteres som risikofødende og relevant personell er tilstede
 - ved behov for induksjon individuell vurdering i dialog med kvinneklinikk/fødeavdelingen i Hammerfest
- Kvinner med dårlig regulert kostregulert diabetes
- Insulinkrevende diabetes > fullgått uke 35 og uten organkomplikasjoner kan føde på fødeavdeling i Hammerfest

4.3 Kvinneklinikker

Kvinneklinikkene er de største fødeinstitusjonene med tilgang til spesialkompetanse innen fødselshjelp. De skal kunne ivareta både de normalt fødende og de med stor risiko for komplikasjoner, dvs. fødsler der den fødende har kjente risikofaktorer.

Pasienter med følgende risikofaktorer skal føde på kvinneklinikk

- Diabetes mellitus (insulinkrevende)
 - > 35 uker uten kompliserende faktorer kan forløses i Hammerfest, ved tvil i dialog med barneavdelingen i Tromsø
- Dårlig regulert kostregulert diabetes, kan også forløses i Hammerfest
- Preeklampsi (alvorlig)
 - Kan forløses på fødeavdeling etter individuell vurdering evt. i dialog med kvinneklinikken ved gestasjonsalder > 35 uker
- Foster med påvist utviklingsavvik (med behov for intervensjon kort tid etter fødsel)
- Veksthemning⁶
 - < 35 uker skal forløses på kvinneklinikk
 - > 35 uker kan forløses på fødeavdelingen i Hammerfest
 - > 37 uker uten tilleggssykdommer kan forløses på fødeavdeling etter individuell vurdering i dialog med medisinsk faglig ansvarlig kvinneklinikk
- Flerlunger/vaginale tvillingfødsler

² < 2,5 percentil nivå eller > 22 % avvik

³ AFI ≤ 5 eller dypeste lomme ≤ 2 cm

⁴ AFI ≤ 5 eller dypeste lomme ≤ 2 cm

⁵ AFI > 25 eller dypeste lomme > 8 cm

⁶ < 2,5 percentil nivå eller > 22 % avvik

- > 35 uker kan forløses i Hammerfest
- Vaginale setefødsler og ytre vending selekteres til kvinneklinikk eller fødeavdeling i Hammerfest. Fødeavdelinger kan ha elektive keisersnitt der indikasjon for dette er i tråd med nasjonale retningslinjer
- Immunisering med betydning for barnet
- Alvorlig hjerte/kar/lunge/nyre eller alvorlige revmatiske sykdommer eller kollagenoser hos mor eller andre alvorlige sykdommer hos mor
- Tidligere født barn med alvorlig GBS infeksjon
 - Kan forløses i fødeavdeling i Hammerfest
- Rusmiddelbruk under svangerskap
 - kan forløses på fødeavdeling i Hammerfest etter individuell vurdering i dialog med medisinsk faglig ansvarlig kvinneklinikk
- Gravide under LAR-behandling
- HIV
- Trombofili med stor risiko for trombose eller tilstander med blødningsrisiko
- BMI (før svangerskapet) >40
 - BMI (før svangerskapet) > 35 hos flergangsfødende med tidligere normale fødsler kan vurderes for fødsel på fødeavdeling
 - BMI (før svangerskapet) >35 og <40 hos førstegangsfødende kan forløses i fødeavdeling etter individuell vurdering
- Thyreoideasykdommer hos mor med TRAS antistoff
- Placenta praevia
- Preterm fødsel < uke 35+0 dager
 - Preterm fødsel $\geq 35 + 0$ dager kan forløses ved fødeavdeling uten barneavdeling
 - Friske premature uten kompliserende faktorer (veksthemming⁷, alvorlig preeklampsi eller annen patologi) mellom fullgått uke 32 og 35 kan forløses på fødeavdelingen i Hammerfest

5. Eksterne referanser

IS 1877 – Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen,

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Sider/default.aspx>

Veileder i Fødselshjelp 2008, <http://www.legeforeningen.no/id/131068.0>

⁷ < 2,5 percentil nivå eller > 22 % avvik

Tjenesteavtale nr 8 - Delavtale - Avtale om følgetjeneste for gravide med lang reisevei til fødeinstitusjon

1. Parter

Avtalen er inngått mellom XX kommune og XX helseforetak.

2. Bakgrunn

Ansvar for følgetjenesten og nødvendig beredskap for gravide og fødende ble overført til regionale helseforetak 1. januar 2010. Ansvar for transporten knyttet til følgetjenesten ligger allerede på de regionale helseforetakene på lik linje med ansvar for annen syke transport inklusiv ambulansetjeneste.

Fra 1. januar 2012 overføres finansieringsansvaret for kvalifisert ledsagelse ved jordmor og lege fra folketrygden til regionale helseforetak.

Denne tjenesteavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5 første avsnitt nr. 8.

Avtalen er slik at den kan inngå i lovpålagt tjenesteavtale (nr 8) – samarbeid om jordmortjenester.

3. Formål

Formålet med denne avtalen er å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver vedrørende følgetjeneste til gravide med lang reisevei til fødeinstitusjon.

4. Omfang/innhold

Samarbeidet omfatter følgetjeneste og beredskap i sammenheng med følgetjeneste.

Følgetjeneste er **vurdering** av gravide/kvinner i fødsel av kvalifisert helsepersonell, og at den gravide/fødende får følge av kvalifisert helsepersonell til fødestedet, når det er vurdert som nødvendig.

Med beredskap i sammenheng med følgetjenesten menes forsvarlig organisering av vaktberedskap for vurdering av behov for og assistanse av kvalifisert helsepersonell i forbindelse med fødsel. I St.meld. nr.12 (2008 – 2009) er det lagt til grunn en rett til følgetjeneste for fødende med veiledende grense på halvannen times reisevei til fødested når det er behov for en slik tjeneste.

Faglige krav

- Det skal være beredskap for følgetjeneste der reisetid til fødeavdeling **overstiger 1,5 time.**
- Behovet for følgetjeneste skal vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle (jfr st.mld 12)
- Det skal være kompetanse til å ivareta transportfødsler og den fødendes behov for trygghet
- Det skal etableres et system for å vurdere den gravide ved akutte problemstillinger og avgjøre hvem som har behov for følge

Kompetanse

- Følgetjeneste omfatter jordmor og/eller lege med tilstrekkelig oppdatert fødselskompetanse.
- Beredskap i sammenheng med følgetjeneste innebærer organisering av vaktberedskap med kvalifisert helsepersonell
- Følgetjeneste kan inngås i samarbeid mellom jordmor- og legetjeneste, eller i samarbeid mellom fødeavdeling og ambulansetjeneste der det ikke er grunnlag for egen jordmorberedskap.
- Ansvar for faglige kurs/hospitering for kommunejordmor er delt mellom kommunen og helseforetaket ut i fra kurset sitt faglige innhold og relevans.

Kriterier for å utløse følge til fødeinstitusjon:

- Hvis man vurderer at det foreligger stor fare for fødsel under transport, eller hvis det foreligger patologi som krever kvalifisert følge.

Transportform og valg av fødested for selekterte risikogravide skal vurderes i hvert enkelt tilfelle. Det skal i utgangspunktet legges opp til planlagt reise og innleggelse for den enkelte kvinne, slik at det unngås unødvendig risikotransport eller utrygghet, samt reduserer behovet for følgetjeneste

Medisinskfaglig ansvar

- Det overordnede medisinskfaglige ansvaret for følgetjenesten ligger i HFet ved xx. Den som innehar det medisinskfaglige ansvaret er også kontaktperson for kommunen ved spørsmål/problemer knyttet til følgetjenesten
- Kommunen skal utnevne en koordinator for følgetjenesten som skal ivareta kommunikasjon med HFet og være kontaktperson for HFet.

Ansettelsesforhold

- Jordmors ansvar og arbeidsforhold knyttet til beredskap og følgetjeneste, skal spesifiseres i ansettelses/arbeidsavtalen

- Jordmor i beredskaps-/følgetjeneste skal dekkes av arbeidsgivers ansvars- og yrkesskadeforsikring

Organisering

- *Avtales etter premissene lagt i vedlegg, avhengig av valgt organisasjonsform*

Økonomisk oppgjør mellom helseforetak og kommune

- *Avtales etter premissene lagt i vedlegg, avhengig av valgt organisasjonsform*

Faglig oppdatering

Hver av partene skal sørge for at det legges til rette for forsvarlig jordmorkompetanse i henholdsvis helseforetaket og kommunen.

Partene skal samarbeide om en rullerende kompetanseplan for det personalet i helseforetaket og kommunen som omfattes av beredskap og følgetjenesten. Helseforetaket skal ta initiativ til dette. Kommunen skal delta. Første plan skal være ferdig senest 31.12.2012.

Ansvar for informasjon

Kommunen v/primærhelsetjenesten har ansvaret for å informere den gravide om ordningen som finnes i kommunen. Det skal dokumenteres at slik informasjon og tilbud er gitt.

Helseforetaket skal sørge for at avtalen og dens innhold er kjent i relevante avdelinger i helseforetaket, og hos AMK sentralen. Dette inkluderer hvilke kommuner som er omfattet av avtalen.

Spesifiserte krav til dokumentasjon og informasjon

- Innholdet i beredskaps- og følgetjenesten
 - Hva forventes
 - Kvalitetskrav
- Hvem som har ansvaret for vurdering av den fødende
- Retningslinjer for fakturering - oppgjør
- Hvem som har ansvar for å planlegge og å koordinere beredskapen mellom kommunene
- Hva gjøres ved sykefravær og annet fravær
- Særlige ordninger i ferier/høytider
- Rutiner ved samtidighetskonflikter
- Hvem informerer om ordningen til innbyggere/fødende
- Ansvaret for en til enhver tid oppdaterte vaktlister/tlf legevakt og AMK

- Navn på medisinskfaglig ansvarlig i HFet og kordinator for følgetjenesten i kommunen

5. Elektronisk meldingsutveksling

Tjenester som sykehuset distribuerer elektronisk, tilbys via Norsk Helsenett. Når elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom kommunen og helseforetaket er innført, skal denne benyttes. Der det er utviklet egne fagspesifikke maler for meldingsutveksling, skal disse benyttes.

6. Avvik

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder avvik og håndtering av uenighet.

7. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale mellom XX kommune og XX helseforetak.

8. Iverksetting, revisjon og oppsigelse

Tjenesteavtalen trer i kraft fra 1.3.2012 og gjelder for en periode på to år. Tjenesteavtalen evalueres årlig og revideres ved behov.

Avtalen kan gjensidig sies opp med 12 måneders varsel. Etter oppsigelse skal det inngås ny avtale innen det tidspunkt denne avtalen utløper.

Dato,

Dato,

XX kommune v/ ordfører

XX helseforetak

Vedlegg 1

Premisser for inngåelse av avtaler om følgetjeneste for gravide mellom Helseforetak og kommuner i Helse Nord

Bakgrunn

Ansvar for følgetjenesten til gravide ble fra 1.1.2010 overført fra kommunene til de regionale helseforetakene. I dette inngår ansvaret for beredskap for følgetjenestene.

Det skal inngås avtaler mellom RHFet/HFene og kommunene som regulerer partenes gjensidige forpliktelser, det økonomiske forholdet samt organisering, gjennomføring og varighet.

Avtalene tar utgangspunkt i reiseavstander over 1,5 time.

Beredskaps- og følgetjenesten skal til enhver tid utføres i samsvar med de til enhver tid gjeldende nasjonale retningslinjer og regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Ansvar for å oppdatere nasjonale faglige retningslinjer er tillagt Sosial- og helsedirektoratet.

Hensikten med følgetjenesten er å sikre best mulig helhet i tjenesten for brukerne, og skape trygghet for fødende som har lang vei til fødeinstitusjonen. Det er lagt til grunn en veiledende grense på 1,5 time reisevei til fødeinstitusjon for etablering av slik tjeneste.

Mål for følgetjenesten

- Transport og fødesituasjonen skal oppleves som trygg og forutsigbar.
- Det skal være beredskap for følgetjeneste der reisetid til fødeinstitusjon **overstiger 1,5 time**.
- Det skal sikres tilgang til fødselskompetanse ved behov for vurdering og bistand ved transport til sykehus.
- Antall fødsler under transport skal reduseres.
- Unødige ambulanse- og drosjetransporter til sykehus skal unngås.
- Unødige/for tidlige innleggelser skal unngås.

Følgetjenesten skal baseres på regulerte og forutsigbare beredskapsordninger og ordinære vakt/arbeidstidsordninger. Helseforetakene og kommunene har ansvar for at de inngår samarbeidsavtaler om denne tjenesten.

Reisetid

Avtalen er basert på at fødende har rett til vurdering av følge dersom de har ca 1,5 times reisevei eller mer til nærmeste fødeinstitusjon. Denne retten faller bort dersom kvinnen velger å føde ved en annen fødeinstitusjon enn den nærmeste, og av den grunn får lang reisevei.

For kvinner som har nærmeste vei til fødestue, men som ønsker eller er selektert til å føde på fødeavdeling og som av den grunn får reisevei lengre enn 1,5 timer, er det fødestuen som har ansvar for vurdering og evt. følge til fødeavdeling.

Beregningsgrunnlag

Reisetid beregnes ut i fra NAF veibok (www.google-maps.no), som hovedregel fra kommunesenter til nærmeste fødeinstitusjon

- Ved beregning legger en transport med ambulansebil til grunn (80 km/time)
- Det skal ikke korrigeres for ambulansens plassering
- Inklusive fergetid/reisetid med båt for de steder som er avhengig av det
- Det regnes ikke tillegg for vurderingstid for jordmor eller responstid for ambulanse

Organisering

Følgetjenesten skal håndteres pragmatisk og fleksibelt avhengig av behov og forhold. Fagfolk lokalt hvor den gravide bor, skal i stor grad benyttes. Under disse forutsetningene kan en vakt for beredskaps- og følgetjeneste organiseres på forskjellige måter, avhengig av de lokale forholdene:

1. Kommuner med mer enn 10 fødsler per år:
Ordning med kontinuerlig interkommunalt vaksamarbeid for kommuner som ligger geografisk samlet, og som har et visst fødselsvolum. Der det finnes fødestuer er det naturlig å bruke jordmødre på fødestuen til følgetjenesten.
2. Kommuner med 5- 10 fødsler per år:
Der geografien er vanskelig og det ikke er tilgang til jordmødre benyttes lokalt tilgjengelige ressurser, eks. legevakt i kombinasjon med ambulansetjenesten. Personell som benyttes må ha tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgaven.
3. Kommuner med 5 eller færre fødsler per år:
Disse kan ha behovsuttøst beredskapsordning. Et eksempel er at jordmor går inn i vaktperiode fra 6 dager før termin og inntil fødsel, med døgkontinuerlig vakt i denne perioden. Alternativt kan den gravide oppholde seg i nærheten av fødestedet i påvente av fødsel.

Økonomisk oppgjør mellom helseforetak og kommune

Der jordmor er ansatt i kommunen, refunderer HFet følgende utgifter til kommunen (kvartalsvis eller månedlig eller etter nærmere avtale):

- Utgifter til beredskap (nærmere beskrevet nedenfor)
- Dokumenterte utgifter til følgetjeneste
- Dokumenterte utgifter i forhold til gjeldende satser ved utrykning på vakt
- Dokumentert kjøregodtgjøring
- Andre dokumenterte, uforutsette og nødvendige kostnader som ikke dekkes av beredskapsposten i første kulepunkt, og som har direkte sammenheng med ytelsen av forsvarlig jordmortjeneste for helseforetaket,

Finansiering av vaktberedskap

I kommuner hvor det finnes døgnkontinuerlig vakt av jordmortjeneste legges følgende beregningsgrunnlag til grunn for finansiering av beredskap:

Beregningsgrunnlag vaktordning:

Beredskap 365 dager x 24 timer/5¹ (timefaktor 1:5) = 1752 timer

Jordmor i 100 % stilling = 37,5 t/uke x 47 uker = 1762 timer.

Antall årsverk i beredskapsordningen: 1752 t / 1762 timer = 1,0 stillinger.

De timer jordmoren er i arbeid/beredskap for kommunen på dagtid på hverdager går til fratrekk.

Skyssutgifter til retur for jordmor som er ledsager i ambulanse skal dekkes av helseforetaket.

Per i dag er refusjon for jordmorhjelp 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. Utgiftene som den følgende jordmor har dekkes via HELFO. HELFO kan kun refundere til kommunene jfr. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det forutsettes derfor at kommunene trekker fra refusjonene i fakturaene som sendes Helseforetaket. Denne ordningen gjelder tom 30.06.12.

Fra 01.07.12 vil ny finansieringsordning i regi av spesialisthelsetjenesten erstatte den tidligere ordningen med taksfinansiering via HELFO.

I kommuner hvor det ikke finnes døgnkontinuerlig vaktberedskap av jordmor og hvor en slik ordning heller ikke kan lages/er formålstjenlig (kommuner med 5-10 fødsler per år) gir helseforetaket en fast kompensasjon til kommunen. Denne skal dekke evt. vikarbruk og kostnader som oppstår når lege må følge den gravide til fødeinstitusjon. Dessuten vil det finansielle ansvaret for HFet omfatte dekning av kostnader i forbindelse med kompetansebygging hos lokal aktører som er involvert i følgetjeneste for gravide.

¹ Jfr. tilleggsavtalen til Hovedavtalen (A2-del) mellom NSF og Spekter sentralt, pkt 5.2

For kommuner med lavt fødselstall og ordning med behovsuttøst beredskapsordning dekkes vaktberedskap av HFet etter følgende beregningsgrunnlag.

Beregningsgrunnlag vaktordning:

Beredskap X (antatt antall) dager x 24 timer/5 (timefaktor 1:5) = x timer.

De timer jordmoren er i arbeid/beredskap for kommunen på dagtid på hverdager går til fratrukk.

For gravide som må oppholde seg i nærheten av fødestedet i påvente av fødsel dekkes kostnader av allerede eksisterende ordninger.

Der fødestuen har ansvaret for følgetjenesten inngår vaktberedskap i fødestuens vaktssystem.

Oversikt kommuner med reisevei > 1,5 timer til nærmeste fødeinstitusjon (totalt 23)

Foretak	Kommune	Beregnet tid til fødeinstitusjon i 80 km/timen	Avstand til fødeinstitusjon i km	Navn på fødeinstitusjon	Etablert følgetjeneste	Antall fødsler i 2010
Helse Finnmark Totalt 15 kom.	Tana	1 t 35 min	125	Kirkenes	Nei	27
	Berlevåg	3 t 10 min	250	Kirkenes	Nei	10
	Båtsfjord	3 t 5 min	245	Kirkenes	Nei	14
	Nesseby	1 t 35 min	125	Kirkenes	Nei	7
	Vadsø	2 t 10 min	175	Kirkenes	Nei	59
	Vardø	3 t 10 min	250	Kirkenes	Nei	15
	Kjøllefjord/ Lebesby kommune	4 t 45 min	380	Hammerfest	Nei	11
	Mehamn / Gamvik kommune	4 t 45 min	380	Hammerfest	Nei	6
	Honningsvåg / Nordkapp kommune	2 t 15 min	180	Hammerfest	Nei	31
	Karasjok	2 t 40 min	215	Hammerfest	60 % vaktberedskap følgetjeneste	24
	Kautokeino	1 t 40 min / 3 t 20 min	130/ 270	Alta/ Hammerfest	Ja, ukjent hvordan	28
	Hasvik	1 t 30 min (kun båt)		Hammerfest	Nei	10
	Loppa	1 t 30 min (kun båt)		Hammerfest	Nei	11
	Havøysund / Måsøy kommune	2 t 10 min (bil) / 1 t 30 min (båt)	170/	Hammerfest	Nei	12
	Lakselv / Porsanger kommune	1 t 50 min	145	Hammerfest	Jordmorvakt annen hver uke, ellers samarbeid med lege	39
UNN Totalt 1	Lyngen	1 t 50 min (båt) 1t 40 min (u/båt)	136	Tromsø	Nei	26
NLSH Totalt 5	Engavågen / Meløy	1 t 40 min	135	Bodø		
	Steigen	2 t 10 min	170	Bodø	Ja, samarbeid med Tysfjord og Hamarøy	25
	Oppeid/ Hamarøy kommune	2 t 45 min	220	Bodø	Ja, samarbeid med Tysfjord og Hamarøy	18
	Drag/Hamarøy	2 t 20 min	190	Bodø	Ja, samarbeid med Tysfjord og Hamarøy	
	Andenes/ Andøy kommune	1 t 40 min	130	Vesterålen	Ja, nesten døgnkontinuerlig	36
Helgelandssykeh uset Totalt 2	Lurøy (båt)	1 t 48 min		Mo i Rana	Nei	28
	Rødøy (båt)	1 t 51 min		Mo i Rana	Nei	10

Fødeinstitusjoner	2009	2010	2011	Kommentar
Helgelandssykehuset Mo i Rana	387	373	368	↔
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	265	279	253	↓
Helgelandssykehuset Fødestua i Mosjøen	69	57	46	↓↓
Helgelandssykehuset Fødestua i Brønnøysund	49	35	35	↔
Totalt Helgelandssykehuset HF	770	747	702	↓
Nordlandssykehuset Bodø	1 085	1 044	1074	↑
Nordlandssykehuset Vesterålen	296	257	297	↑
Nordlandssykehuset Fødestua i Lofoten (Gravdal)	125	125	122	↔
Totalt NLSH HF	1 506	1 430	1 493	↑
UNN Tromsø	1 450	1 510	1413	↓
UNN Harstad	394	398	371	↓
UNN Narvik	262	274	241	↓
UNN Fødestua i Midt- Troms (Lenvik)	126	107	92	↓↓
UNN Sonjatun fødestue	26	31	25	↓
Totalt UNN HF	2 258	2 320	2142	↓
Helse Finnmark Hammerfest	460	449	442	↔
Helse Finnmark Kirkenes	259	210	213	↔
Helse Finnmark Alta fødestue	101	105	84	↓
Totalt Helse Finnmark HF	820	767	739	↓
Totalt Helse Nord	5354	5264	5076	↓