



**REGIONAL PLAN FOR SVANGERSKAPS-, FØDSELS-  
OG BARSELOMSORGA I HELSE VEST**

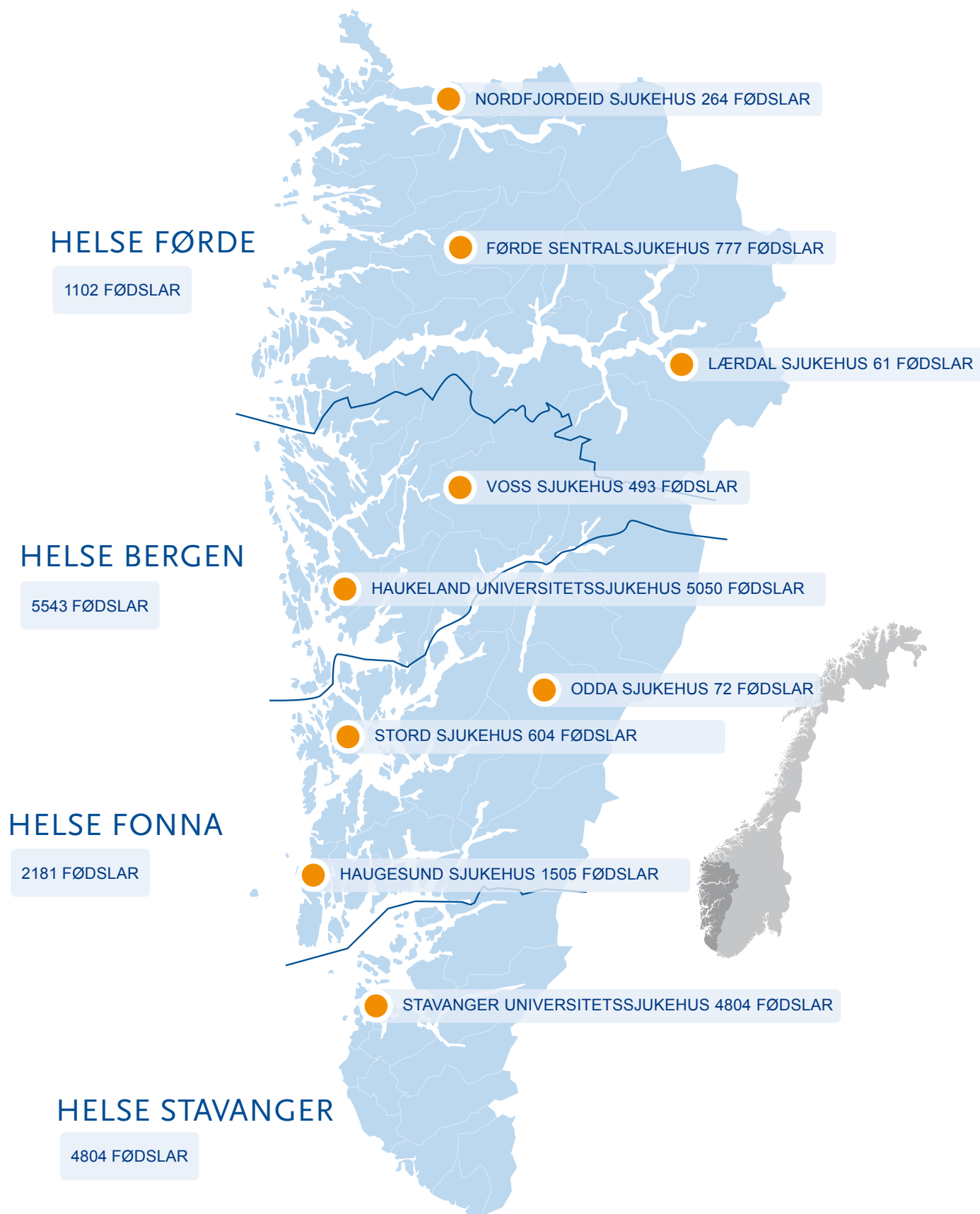


# INNHALD

1	INNLEIING .....	4
2	SAMANDRAG .....	4
3	ORGANISERING AV ARBEIDET .....	5
4	REGIONALE FØRINGAR .....	5
5	NASJONALE FØRINGAR .....	6
5.1	Stortingsmelding 12 (2008-2009) "En gledelig begivenhet" .....	6
5.2	"Et trygt fødetilbud" – forslag til kvalitetskrav til fødeinstitusjoner .....	7
5.3	"Utviklingsstrategi for jordmortjenesten – tjenestekapasitet og kvalitet" .....	9
6	SVANGERSKAPS- FØDSELS- OG BARSELOMSORG I HELSE VEST .....	10
6.1	Nokre utvalte kvalitetsindikatorar i prosent .....	10
6.2	Svangerskapsomsorga .....	12
6.3	Fødselsomsorga – status og kvalitetskrav .....	13
6.4	Barselomsorga .....	14
6.5	Særskilt om planlagde strukturendingar i regionen .....	14
6.5.1	Fødestova i Lærdal .....	14
6.5.2	Fødeavdelinga ved Nordfjordeid sjukehus .....	15
6.5.3	Fødestova ved Odda sjukehus .....	15
7	SAMHANDLING KOMMUNE – FØDEINSTITUSJON .....	16
7.1	Generelt .....	16
7.2	Helse Førde .....	17
7.3	Helse Bergen .....	17
7.4	Helse Fonna .....	18
7.5	Helse Stavanger .....	18
8	KVALITETSSIKRING OG AVVIKSHANDTERING .....	19
9	KOMPETANSE .....	21
9.1	Bemanning, utdanning og rekruttering .....	21
9.2	Kompetanseutvikling, hospiterings-ordningar og kursverksemd .....	22
10	BRUKARMEDVERKNAD .....	22
11	PASIENTAR MED IKKJE-VESTLEG BAKGRUNN .....	23
12	FØLGETENESTE .....	23
13	OPPSUMMERING AV FORBEDRINGSOMRÅDE OG FORSLAG TIL TILTAK .....	24
14	REFERANSAR .....	26



# FØDEINSTITUSJONAR OG FØDSELSTAL HELSE VEST 2009



## 1 INNLEIING

Våren 2009 behandla Stortinget St. meld nr. 12 (2008-2009) *"En gledelig begivenhet - om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg"*. På bakgrunn av dette gav Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i revidert styringsdokument for 2009 alle RHF i oppdrag å utarbeide regionale planar for ei heilskapleg svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg innan 1. juli 2010. Datoen er seinare sett til 15. november 2010 slik at planane kunne bli komplette og ferdig styrebehandla før innsending.

Helse Vest RHF gav gjennom revidert styringsdokument 2009 og i brev av 4.2.2010 helseføretaka i oppdrag å utarbeide føretaksvise områdeplanar.

Som oppfølging av St. meld nr. 12 (2008-2009) utarbeidde Helsedirektoratet våren 2010: *"Et trygt fødetilbud - forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner"*. Helsedirektoratet gav også ut rapporten *"Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet"* (IS-1815) våren 2010.

Dei nemnde dokumenta har vore førande for planarbeidet i Helse Vest.

I planarbeidet i helseføretaka har arbeidsgruppene vore breitt samansett med representantar frå brukarar, fagmiljøa i fødeinstitusjonane, representantar frå kommunane og tillitsvalde. Det har vore arrangert tre dialogkonferansar i regionen i samband med arbeidet.

## 2 SAMANDRAG

Dei fire føretaka i regionen, Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger har utarbeidd lokale områdeplanar for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga i sine område, i lag med kommunane. Desse planane er behandla og godkjente/tatt til orientering av føretaksstyra og dannar basis for den regionale planen.

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga i Noreg har høg kvalitet i internasjonal samanheng. Samtidig kan den forbeistrast på ein del viktige område. Denne planen gjer greie for korleis svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorga i kommunane og i spesialisthelsetenesta i Helse Vest fungerer i dag, og peikar på aktuelle forbetningsområde som er i tråd med dei faglege kvalitetskrava.

Hovudelementa i planen er

- å beskrive utfordringsområder og gjere greie for kva tiltak som bør setjast i verk i kommunar og sjukehus for å implementere dei nye kvalitetskrava
- å sikre eit tettare samarbeid mellom helseføretaka i Helse Vest og dei ulike samarbeidspartnarar som er involverte i svangerskaps- og barselomsorga i kommunane
- å møte eit aukande behov for å tilpasse tenestene til kvinner og familiar som er sårbare
- å vidareutvikle eksisterande rutinar, informasjonsflyt og kommunikasjon mellom helseføretaka og kommunane i opptaksområdet
- å oppnå ei endå betre svangerskaps- fødsels- og barselomsorg i Helse Vest.



### 3 ORGANISERING AV ARBEIDET

På bakgrunn av føringane for arbeidet frå Helse Vest vart det etablert ei gruppe som skulle vere med å leggja grunnlaget for- og iverksetta felles tilnærming for dei lokale prosjekta. Gruppa har vært trekt inn i det innleiande arbeidet. Dette innebar at to konserntillitsvalde deltok i den første fasen av arbeidet; initiera og sikra felles prosess og grunnlag for forståing av oppdraget innleiingsvis. Det blei lagt til grunn at kvart av helseføretaka skulle gjennomføra ein heilskapleg prosess og behandling av forslag til fødeplan i kvart av styra i helseføretaka. Helse Vest har vidare lagt til grunn at forslag til regional plan skal drøftast med konserntillitsvalde og konsernhovudverneombod.

Vidare har Helse Vest RHF valt å etablere ei gruppe med deltaking frå leiarne i dei lokale prosjekta for å sikra felles forståing av oppdraget. Deretter har Helse Vest saksbehandla innspela og samanfatta dette til ein Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga i Helse Vest.

Brukarmedverknad har vore sikra i alle lokale arbeidsprosessar.

### 4 REGIONALE FØRINGAR

I Helse Vest sin strategiplan, Helse2020, er det formulert følgjande mål for helsetenesta:

- Pasientane skal bli møtt av kompetente team som har fokus på situasjonen deira
- Pasientane skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet
- Pasientane skal få god informasjon og opplæring og vere aktive deltakarar i eiga behandling
- Pasientane skal oppleve ei samanhengande helseteneste på tvers av behandlingsnivå og avdelingar
- Pasientane skal erfare at vi styrker arbeidet med førebygging og rehabilitering

Brev frå Helse Vest datert 4.2.2010, gjev føringar for organisering av arbeidet med områdeplanen. I følgje brevet har dei enkelte helseføretaka ansvar for at det innan 1. oktober er utarbeidd ein samanhengande plan for området.

Planen skal

- vere fleirårleg, heilskapeleg og tilpassa fødetilbodet i opptaksområdet
- omfatte svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg
- sikre kapasitet i høve til talet på fødsjar
- vere i samsvar med utvikling av akutttilbodet ved lokalsjukehusa
- sikre dei fødande i regionen eit desentralisert, differensiert og føreseieleleg fødetilbod også i høgtider og feriar
- omfatte rekruttering og plassering av utdanningsstillingar for gynekologar
- ta omsyn til tal på fødsjar, geografi, kommunikasjonstilhøva, lokal jordmorteneste og følgjetenesta
- ta omsyn til språk – og kulturforskjellar i føretaksområdet
- vere basert på nasjonale og regionale føringar og gjeldane krav som er stilt til verksemda gjennom lov og forskrift eller som følgje av andre styringskrav
- vere basert på ei vurdering av behovet for tenester og kva utforming av tiltak som er mest tenelege



## 5 NASJONALE FØRINGAR

### 5.1 Stortingsmelding 12 (2008-2009) "En gledelig begivenhet"

I Stortingsmelding nr. 12 (2008 -2009) "En gledelig begivenhet - om en sammenhengende svangerskaps, fødsels og barselsomsorg", skisserer regjeringa fem innsatsområder for denne helsetenesta:

- Ei heilskapeleg svangerskapsomsorg
- Eit trygt fødetilbod
- Eit familievennleg barselstilbod
- Kvalitet i alle ledd
- Eit breitt brukarperspektiv

I dag er det kommunane som har ansvar for svangerskapsomsorga, medan det er spesialisthelsetenesta som er ansvarleg for fødslane. Tidlegare gjekk dei fleste gravide til allmennlege for kontroll, i dag nyttar dei fleste både allmennlege og jordmor. I dagens praksis er fokus ikkje berre kontroll, men også informasjon, råd og rettleiing. Det er tilrådd at kvinnene skal oppleve kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barselstid, noko som medfører å møte så få fagpersonar som mogleg. Samhandlingsreforma har innført omgrepet "beste effektive omsorgsnivå" (BEON) som skal sikre best utnytting av dei samla helseressursane. Dette gjeld både økonomi og kvalitet. Tverrfagleg samarbeid og kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barselstid er ei politisk målsetjing, vedteken av Stortinget i 2001 og 2009.

Det skal leggjast vekt på å vidareutvikle strukturar og ei ansvarsfordeling som sikrar ei samanhengande og heilskapeleg omsorg som er tilpassa dei lokale områda og deira særpreg. Dessutan må tilgang til lokal jordmorteneste styrkast slik at kvaliteten på omsorga blir betre. Ein aktuell modell kan vere at helseføretaka inngår avtalar med kommunane om felles utnytting av jordmortenesta. I mindre kommunar kan interkommunalt samarbeid også sikre god utnytting av jordmorressursane.

Svangerskaps- og fødselsomsorga i Noreg held svært høg kvalitet i internasjonal samanheng. I den nyleg publiserte rapporten European Perinatal Health Report som inneheld data frå 26 land, er det vist at Noreg er eitt av landa med lågaste spebarnsdødelegheit i Europa.

I dag utgjer gravide ei meir differensiert gruppe enn tidlegare. Regjeringa vil prioritere sårbar gruppe, dette gjeld blant anna kvinner med livsstilsjukdomar og kvinner med psykiske lidningar. I tillegg treng nokre kvinner med innvandrarbakgrunn betre oppfølging enn norske kvinner.

Det blir påpeika i meldinga at helsetenesta til gravide, fødande og barselkvinner er prega av å vere fragmentert, trass i at svangerskap og fødsel for kvinnene og familiane er ei livshending som krev ei samanhengande tiltakskjede.

Det er dei regionale helseføretaka som er ansvarlege for at kvinner skal ha eit trygt og samanhengande fødetilbod. Fødetilbodet er i dag delt inn i tre nivå: Fødestover, fødeavdelingar og kvinneklinikkar. Denne inndelinga skal haldast ved lag, men dei nye forslaga til kvalitetskrav til fødeinstitusjonar skal erstatte noverande talgrenser. Slike endringar skal vere lokalt forankra og sikre at gravide får fødetilbod av høg kvalitet. Regjeringa foreslår at regionale helseføretak, i samarbeid med kommunane, får i oppgåve å utarbeide ein fleirårleg og heilskapeleg plan for fødetilbod, svangerskap og barselomsorg i regionen.





Regjeringa foreslår ulike tiltak som skal sikre ei familievennleg barselsomsorg:

- Helsestasjonane sin kompetanse skal styrkast slik at dei kan utføre dei naudsynte medisinske undersøkingar av mor og barn
- Det skal leggjast til rette for at lokal jordmorteneste kjem til å spele ei sentral rolle i oppfylginga av mor og barn dei første dagane etter fødsel
- Helsestasjonane skal kunne ta i mot elektronisk melding om fødsel

Arbeidet har som formål å halde vedlike og heve kvaliteten på svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga. Dette arbeidet er ein del av det nasjonale arbeidet knytt til utvikling av nasjonale indikatorar for helsetenesta. Forutan dei nasjonale indikatorane skal det utviklast indikatorar på verksemdsnivå. Som eit ledd i arbeidet med å sikre betre kvalitet i svangerskapsomsorga, skal medisinsk fødselsregister (MFR) gjere det mogleg å ta med fleire opplysningar om svangerskap. Regjeringa ser også for seg at etablering av Nasjonal eining for pasientsikkerheit (NAPS) kjem til å spele ein viktig rolle i arbeidet med å sikre ein høg kvalitet i tenesta. I tillegg vil ei vidareutvikling av perinataalkomitear vere viktig i arbeidet med kvalitetsforbetring.

Regjeringa legg mykje vekt på utvikling av brukarmedverknad i helsetenesta. Noreg har lite erfaring med brukarmedverknad innafor svangerskaps, fødsels og barselomsorga, og det er difor viktig å hente inn informasjon om brukarane sine erfaringar med tenesta. Meldinga peikar også på at kvinner i dag har eit stort kunnskapsbehov. Trass i at dei aller fleste er kunnskapssøkande og er hyppige brukarar av nettet, er mykje av informasjonen som er tilgjengeleg av for dårleg kvalitet. Som eit ledd i arbeidet med å betre dette forslår regjeringa at det blir etablert ein nettbasert helseportal for gravide, fødande og ammande kvinner.

## 5.2 “Et trygt fødetilbud” – forslag til kvalitetskrav til fødeinstitusjoner

Rapporten “Et trygt fødetilbud”- forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner- stiller tydelege krav til både bemanning, organisasjon og kompetanse i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga. Desse krava skal sikre at tilbodet er av god fagleg kvalitet, lett tilgjengeleg og likt for alle.

Rapporten byggjer definisjonen av kvalitet på den Nasjonale strategi for kvalitetsforbetring “... Og *betre skal det bli*”. I følgje denne strategien blir kvaliteten på helsetenestene kjenneteikna ved at dei er verknadsfulle, trygge og sikre og legg vekt på brukarmedverknad, og er ein sum av organisering, oppgåve- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse og etablering av system for oppfølging av krava. I tillegg skal tenestene vere samordna/kontinuerlege, utnytte ressursane godt, dei skal vere lett tilgjengelege, fordelt rettferdig og ha ei god leiing. Kvalitetsindikatorar skal vere eit viktig reiskap i arbeidet med styrke kvaliteten i helsearbeidet. Kvalitet er forstått som summen av høvesvis organisering, oppgåve- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse og etablering av system for oppfølging av krava. Krav til informasjon, kommunikasjon og brukarmedverknad er vektlagt. Kvalitetskrava er godt forankra i fagmiljøa i helseføretaka, kommunane, fagforeiningane og brukarorganisasjonane.

Dei føreslåtte kvalitetskrava stiller skjerpa krav til organisering av fødselsomsorga gjennom strengare seleksjon av kven som skal føde ved dei ulike nivåa, og krav til bemanning og kompetanse.

Rapporten definerer tre typar fødeinstitusjonar: Kvinneklinikkar, fødeavdelingar og fødestover. Fødestovene kan vere av to kategoriar: jordmorstyrte fødestover utanfor sjukehus og fødestover i sjukehus.

**Kvinneklinikkar:** Kvinneklinikkane skal kunne ivareta både dei normalt fødande og fødande med stor risiko for komplikasjonar, dvs risikofødsler der den fødande har kjente risikofaktorar. Kvinneklinikkane skal ha tilgang til kompetanse i nyfødmedisin og fleire andre spesialitetar.

**Fødeavdelingar:** Fødeavdelingane skal handtere normalt fødande og fødande med moderat risiko, tilpassa avdelinga sin kompetanse. Eit nært samarbeid med kvinneklinikk, med drøfting av tvilstilfelle i forhold til seleksjon, er ein grunnleggjande føresetnad. Ein bør vurdere å gjere om dei minste fødeavdelingane til fødestover. Avdelinga må ha minst fire spesialistar i fødselshjelp/kvinneskjukdommar og det blir tilrådd å ha seks spesialistar. Seleksjon til fødestad og krav til fødeavdelingar vil mellom anna vere avhengig av om der er barneavdeling ved sjukehuset eller ei.

**Fødestover:** Fødestovene skal vere jordmorleia, og skal ta i mot kvinner med forventa normal fødsel av friskt barn. Det skal vere skriftleg nedfelte seleksjonskrav for fødande til fødestover, og skriftlege retningslinjer for overflytting under og etter fødsel til høgare nivå for både mor og barn.

Generelt påpeikar rapporten behov for kompetanseoppbygging og styrking av tenestene, vektlegging av kvalitetskrav og vidareutvikling av gode pasientløp.

For å gje eit desentralisert fødetilbod vert det foreslått to typar fødestover; jordmorstyrte fødestover utanfor sjukehus eller i sjukehus utan fødeavdeling. Dei såkalla "forsterka fødestovene" blir ikkje tilrådd vidareført. Rapporten frå Helsedirektoratet gir ein tydeleg definisjon av kva ein kvinneklinikk er, og fødeavdelingane vil bli meir robuste einingar om ein legg krava i rapporten til grunn. Dette vil gje eit betre og meir føreseieleg fødetilbod.

For å sikre god kvalitet på fødeavdelingane sine tenester må det etablerast minimumskrav for bemanning. Bemanning både på lege- og jordmorsida må styrkast ved fødeavdelingane, og det er også viktig å styrke bemanninga på dei store kvinneklinikkane. Dei fødande bør ha jordmor til stades i den aktive fasen i fødselen, og dette vil krevje auka bemanning ved mange fødeinstitusjonar. Ordningar med "vikarstafettar" bør unngåast så langt råd er, og vikarlegar og –jordmødrer må ta del i opplæring, kompetanseheving og utvikling på lik linje med fast tilsette.

Ved kvinneklinikkane skal det være tilstadevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstovebemanning samt barneavdeling for intensivbehandling av nyfødde.

Fødetilbodet til kvinner med særleg behov for oppfølging skal sentraliserast. Nye seleksjonskrav der det er nedfelt kven som skal og bør føde på kvinneklinikkar og fødeavdelingar er spesifisert.

Ved fødeavdelingar skal tilkallingstida for gynekologspesialist vere maksimalt 20 minutt, ved kvinneklinikkar skal forvakt samt gynekologspesialist i bakvakt ha tilstadevakt. Fødselslege skal også vere tilstades ved risikofødslar ved fødeavdelingar. Beredskap for katastrofekeisarsnitt skal førebuaast ved at desse skal kunne utførast innan 15 minuttar. For alle fødeinstitusjonar er det krav om at jordmor skal vere til stades ved aktiv fødsel. Ved fødestover og små fødeavdelingar bør det vere mogeleg å tilkalle jordmor i bakvakt der jordmor er åleine.

Det er også ei rekke kvalitetskrav for kompetanseheving. Blant anna skal det gjennomførast minimum to praktiske øvingar i "akutte situasjonar" pr. år og hospitering ved høgare nivå, og ei jordmor og ein lege må ha ansvar for fagutviklinga.

Beredskapsvakt og følgeteneste for fødande med meir enn 1 times reiseveg til fødeavdeling vil også krevje fleire jordmorstillingar. Det er planlagt at kommunane skal overta ein større del av barselomsorga, og alle desse krava betyr auka jordmorbemanning.

Kvalitet på helsetenester er avhengig av god brukarmedverknad. Det er difor nødvendig at regionale helseføretak utviklar system for korleis dei skal samle inn informasjon om brukarane sine erfaringar med svangerskaps, fødsels og barselomsorga. I tillegg skal ein sikre kvalitet ved at helseføretaka informerar brukarane, slik at dei på eit godt grunnlag kan velje mellom likeverdige former for behandling og oppfølging. Tenesta skal gi eit godt og tilpassa tilbod til kvinner med særskilte behov, til dømes tenåringsgravide, gravide med kroniske sjukdommar og gravide med funksjonshemmingar. Vidare er det





viktig at kvinner med ulik etnisk bakgrunn og språkkunnskaper forstår informasjonen frå helsepersonell og at dei kan kommunisere med personellet. Rapporten peikar difor på at eit tilpassa system for bruk av tolk må vidareutviklast.

Opphaldet ved sjukehuset etter fødsel er no kortare enn tidlegare og tidleg heimreise er meir vanleg. Difor må kompetansen ved helsestasjonane styrkast i samband med nødvendige undersøkingar og prøvar av nyfødde. Helsedirektoratet har fått i oppgåve å utvikle nasjonale retningslinjer for barselsomsorga.

Rapporten skisserer ei rekkje faktorar som er ein føresetnad for ei god barselsomsorg. Jordmortenesta og helsestasjonstenesta må styrkast, samspelet med fastlege må vere godt, og det må etablerast avtalar mellom kommunar og føretak. I tillegg kan interkommunalt samarbeid vere med på å styrke barselomsorga. I rapporten blir det foreslått ein del kvalitetsindikatorar for barselsomsorga, som til dømes tidleg kontakt mellom familie og helsestasjon, etablert amming etter fire veker, etterutdanning i amming og godkjenning som "Ammekyndig helsestasjon".

### 5.3 "Utviklingsstrategi for jordmortjenesten – tjenestekapasitet og kvalitet"

I følgje rapporten har jordmortenesta følgjande forbetningsområde:

- Betre kvalitet og betre tenestetilbod. Utvikling og kvalitetsforbetring av ei samla jordmorteneste er avhengig av auke i talet på stillingar
- Utvikle tenester som går på tvers av kommune- og spesialisthelsetenesta
- Auka brukarmedverknad
- Utvikle eit tilbod der brukarar i løpet av svangerskap og fødsel blir ivaretatt av fagpersonar dei er kjende med
- Utvikle ei teneste som blir kjenneteikna ved god koordinering mellom dei ulike nivåa

Auka brukarmedverknad står sentralt i strategien for å utvikle jordmortenesta. Betre kommunikasjon mellom brukarar og fagfolk er eit viktig verkemiddel for å få til større grad av brukarmedverknad. Difor skal det blant anna etablerast ein nasjonal brukarportal og nettside for gravide og fødande.

Koordineringa av jordmortenesta bør betrast og rapporten foreslår at det blir oppretta stillingar som jordmorkoordinator. Andre tiltak som blir viktige for å få til ei betre koordinering av tenesta er:

- Avklaring av fordeling av oppgåver og arbeid mellom dei ulike nivåa
- Utvikling av felles retningslinjer, lokale prosedyrar og rutinar for å få til samarbeid på tvers av nivåa
- Utvikle klare styringslinjer og ansvarsforhold

Ei rekkje tiltak skal gjennomførast for å få til ei betre utnytting av ressursane, og rapporten legg spesielt vekt på at god ressursutnytting skal betre den geografisk dekninga av jordmortenesta. Kvaliteten skal betrast, noko som skal auke tryggleiken og gje eit føreseieleg tilbod. Det er spesielt tre tiltak som skal sikre ein slik betring: betre finansielle ordningar, utvikling av jordmorteneste som følgjer WHO sine tilrådingar og etablering av nye kriterier for kvalitet.



I dag er det folketrygdelova som regulerer dekning av utgifter til jordmorhjelp, og stønad blir gitt både til helsestasjon og privatpraktiserande jordmor. Rapporten peikar spesielt på at refusjonsordninga ikkje er effektiv og at det er nødvendig å evaluere takstordninga.

Det er godt samsvar mellom WHO sine tilrådingar for perinatalomsorga og føringane i St. melding nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet - om en sammenhengende svangerskaps- fødsels- og barselomsorg*. Rapporten legg særleg vekt på WHO sitt råd om at jordmortenesta skal vere lett tilgjengeleg. Viktige stikkord er betre leiing/organisering, og auka kunnskap om betring av helsetenesta.

Rapporten introduserer også to nye modellar for utvikling av ei heilskapeleg teneste:

- Ambulerande jordmorteneste, dette skal vere ei teneste som har forankring både i kommunane og i fødeinstitusjonane. Ordninga er fleksibel og kan nyttast til ei rekkje ulike oppgåver
- Kjentjordmorordning, dette er ein modell der to til tre jordmødrer saman organiserer sine tenester. Sjølv om kvinna blir følgt opp av éi jordmor, har denne ordninga den fordel at kvinna vil kjenne alle i gruppa

Nyutdanna jordmødrer står no i ein situasjon som ikkje skil seg frå andre arbeidssøkande. Arbeidsmarknaden er stram og for mange er det ikkje mogleg å gå rett frå utdanning til arbeid. Difor er det for mange nyutdanna vanskeleg å få den nødvendige mengdetreninga og tilgang til kvalifisert rettleiing. Rapporten peikar på at det er viktig å opprette nybegynnarstillingar i heile årsverk. Slike stillingar skal også auke talet på jordmødrer i kommunehelsetenesta. I tillegg vil ei slik ordning minske problema med at mange jordmødrer arbeider i deltidstillingar.

## 6 SVANGERSKAPS- FØDSELS- OG BARSELOMSORG I HELSE VEST

I Helse Vest var det i 2009 i alt 13630 fødselar, fordelt på 9 fødeinstitusjonar: 2 forsterka fødestover, 3 fødeavdelingar og 4 kvinneklinikkar. Fødselstalet i regionen utgjorde 22,5 % av alle fødselar i landet i 2009.

### 6.1 Nokre utvalte kvalitetsindikatorar i prosent

Nedanfor følgjer ei oversikt som viser nokre av resultatane ved dei ulike fødeiningane i regionen i 2009, her ved eit utval av indikatorar. Det er mellom anna verd å merka seg at at keisarsnittfrekvensen ligg under landsgjennomsnittet (15,9 % i 2009) ved alle institusjonar, med lågaste forekomst ved kvinneklinikkane i regionen. NB: Det må understrekast at for dei små insititusjonane vil tilfeldigheter gjera at prosentverdiar kan variere ein god del frå år til år. For meir detaljar om behandlingsstatistikk for fødselsomsorga: [www.mfr.no](http://www.mfr.no)



## Helse Førde

2009	Førde Sentralsjukehus (FSS)	Nordfjord sjukehus (NSH)	Fødestova i Lærdal (LSH)
Keisarsnitt	16,5	8,2	1,6
Vakuu/tang	9,8	9,3	0
Rifter grad III+IV	2,6	4,1	0
Igangsetting av fødsel	23,4	21,2	3,2
<b>Tal fødsler</b>	<b>777</b>	<b>264</b>	<b>61</b>

## Helse Bergen

2009	Voss	KKB
Keisarsnitt	15,2	10,6
Vakuu/tang	7,3	11,6
Rifter grad III+IV	1,7	3,5
Igangsetting av fødsel	16,4	14,6
<b>Tal fødsler</b>	<b>493</b>	<b>5050</b>

## Helse Fonna

2009	Haugesund	Stord	Odda
Keisarsnitt	11,9	13,2	8,3
Vakuu/tang	12,9	10,6	6,9
Rifter grad III+IV	3,8	2,7	0
Igangsetting av fødsel	21,3	13	0
<b>Tal fødsler</b>	<b>1505</b>	<b>604</b>	<b>72</b>

## Helse Stavanger

2009	Kvinne-klinikken SUS
Keisarsnitt	14,9
Vakuu/tang	14,2
Rifter grad III+IV	2,6
Igangsetting av fødsel	18,6
<b>Tal fødsler</b>	<b>4804</b>

## 6.2 Svangerskapsomsorga

I Helse Vest sitt opptaksområde er det 85 kommunar som i alt har om lag 72 årsverk for jordmødrer i svangerskapsomsorga. Basert på fødselstala i 2009, utgjer dette gjennomsnittleg 190 gravide per jordmorårsverk. I dette talet er ikkje beredskapsvakt, følgeteneste, barseloppfølging etc inkludert, men unntak av nokre få kommunar som har etablert følgeteneste (vedlegg).

Alle kommunar har jordmor i helsestasjon, anten som tilsett i kommunen eller kommunen kjøper jordmortenester frå sjukehusa eller tenesta er organisert gjennom interkommunalt samarbeid. Talet på gravide i kommunane varierer mykje, frå 0-5 gravide i året (t.d. Modalen og Utsira kommunar) til 3500 (Bergen kommune).

Det er store variasjonar i korleis svangerskapsomsorga er organisert, og det er av den grunn også store skilnader i korleis samarbeidet mellom jordmor og fastlege er lagt opp. Generelt er det utfordringar i å etablere regelmessige møtepunkt mellom jordmor og lege i kommunane, særleg i byar og tettstader der det er mange gravide. Mange kommunejordmødrer har eit stort tal fastlegar å halde seg til, noko som utfordrar både samarbeid om den enkelte gravide og evaluering og utvikling av tenesta. I Bergen kommune, td, kjem dei gravide i mange av bydelane ikkje til hos jordmor før relativt seint i svangerskapet, rundt veke 24. I Helse Bergen sin områdeplan er det løfta fram som eit mål at alle gravide bør komma til jordmor seinast innan veke 16.

Seleksjon etter grad av risiko er viktig både mellom kommunehelseteneste og sjukehus, og mellom fødeinstitusjonar og internt i kvinneklinikkane. Dette for at dei fødande skal få rett behandling, og for å unngå unødig intervensjon og medikalisering av fødselen. Fødestovene og fødeavdelingane selekterer kvinner til høgare nivå etter skriftlege kriteria nedfelt i samarbeidsavtalar med kvinneklinikkane.

Det er i dei fleste kommunar ikkje kapasitet til å absorbere dei tilleggsoppgåvene for jordmødrer som er skisserte i dei førande dokumenta slik som heimebesøk, fødselsførebuande kurs og oppfølging etter heimreise frå barselavdelinga, innafor dagens stillingsrammer. Det er ofte meir etterspørsel etter jordmortenester enn tilbodet tilseier, og det er svært mange små stillingsbrøkar for jordmødrer i kommunane. Heile 56 av 85 kommunar har jordmor i deltidsstilling, frå 5 % og oppover. Ein god del kommunar kjøper jordmorteneste frå sjukehusa. Fastlegekapasiteten er generelt bra.



## 6.3 Fødselsomsorga – status og kvalitetskrav

Foretak	Fødselstal 2009	Status	Forholdet til kvalitetskrava
<b>Helse Vest RHF</b>	13630		
<i>Transportfødsler</i>	44		
<b>Helse Førde HF</b>	1102		
<i>Forsterka fødestove ved Lærdal sjukehus</i>	61	Planlagt nedlagt, sjå kap 5.4.	Ein barnelege er tilknytta sjukehuset på dagtid, er også tilgjengeleg elles ved behov.
<i>Kvinneklubben ved Førde sentralsjukehus</i>	777	Har pt ikkje tilstadevakt for gynekolog	For å ha tilstadevakt er det på LIS-nivå krav om 6 stillingar - mot dagens 4. På overlegenivå 9 stillingar mot dagens 6. Alle stillingsheimlar er fylt per i dag. Ein overlege går i pensjon til juni 2011 - og stillingen er utlyst. Kvinneklubben har barneavdeling med nyfødtaavsnitt .
<i>Fødeavdelinga ved Nordfjordeid sjukehus</i>	264	Er landets tredje minste fødeavdeling. Nedlegging og overføring av fødetilbodet til fødeavdelinga i Volda, Helse Sunnmøre er foreslått. Sjå kap 5.4.	Har i dag tilsett to overlegar som har vakt ei veke om gongen. Har ikkje tilstadevakt. Får pediatrieneste frå Førde, består av poliklinikk 2 dagar i veka samt intern-undervisning og opplæring.
<i>Transportfødsler</i>	7		
<b>Helse Bergen HF</b>	5543		
<i>Fødeavdelinga ved Voss Sjukehus</i>	493	Ingen strukturelle endringar planlagt	Godkjent som gruppe II sjukehus. Har fått tildelt 1 LIS med tilsettning frå 1.3.2011. Alle som er i vaktberedskap bur tett ved sjukehuset og det er kort tilkallingstid. Pediatrieneste: Det er avtale mellom Barneklubben (BKB) og VS om pediatri-teneste. Det er gynekologane som undersøker dei nyfødde. Pediatere sine tenester er opplæring, kompetanseheving og kurs i gjenoppliving av nyfødde, ein dag i månaden.
<i>Kvinneklubben ved Haukeland Universitetssjukehus</i>	5050	Ingen strukturelle endringar planlagt. Klubben har landets største lavrisikoeining, fødestove i sjukehus (Storken) med 1500 fødsler i året. Fødeseksjonen er planlagt omgjort til fire kombinerte føde/barselavdelingar.	Har behov for ferdigstilling av arealplanen for KKB. Har også behov for 3 nye LIS for å utdanna nok legar til å kompensere for avgang for aldersgrensa dei næraste 4-5 åra. Behov for fleire jordmødre for å nå kvalitetskrava, td jordmor kontinuerleg til stades ved aktiv fase i fødselen. Pediatere i tilstadevakt og bakvakt. Eigen nyfødd/intensivseksjon på sjukehuset med nyføddebakvakt
<i>Transportfødsler</i>	20		
<b>Helse Fonna HF</b>	2181		
<i>Kvinneklubben ved Haugesund sjukehus</i>	1505	Ingen strukturelle endringar planlagt	Treng fleire jordmødrer for å nå kvalitetskrava. Legesituasjonen vanskeleg pga vaktbelastninga. Pediatri: LIS lege tilstadevakt Legane må ha tilstadesvakt ved kompliserte fødsler. Pediatere i bakvakt, må komme på huset innan 15 min etter tilkalling. Dei som bur i lengre avstand enn dette er på huset.
<i>Fødeavdelinga ved Stord sjukehus</i>	604	Ingen strukturelle endringar planlagt	Har i dag tilsett tre overlegar – derav er ein i permisjon. Vanskeleg å rekruttere legar til avdelinga. Pediatere tilstade tre dagar i veka, gjer då undersøking av nyfødde og barnepoliklinikk
<i>Forsterka fødestove ved Odda sjukehus</i>	72	Planlagt omstilt til jordmorleia fødestove	Pediatrieneste: Pediatere og seksjonsoverlege i Haugesund gjennomfører akuttkurs/gjenopplivningskurs av nyfødde for dei tilsette
<i>Transportfødsler</i>	6		
<b>Helse Stavanger HF</b>	4804		
<i>Kvinneklubben ved Stavanger Universitetssjukehus</i>	4804	Fødeloftet er del av føde/barselseksjonen og er ei jordmorstyrt lavrisikoeining (fødestove i sjukehus) med om lag 1200 fødsler i året. Framtidsmål er omorganisering til 5 mindre, kombinerte føde/barseleingar basert på differensiering etter "Fødeblomstmodellen". <a href="http://www.helse-stavanger.no/upload/kvinne-barneklubben/kvinneklubben/Fødeblomsten_3_KK-novo8.pdf">http://www.helse-stavanger.no/upload/kvinne-barneklubben/kvinneklubben/Fødeblomsten_3_KK-novo8.pdf</a>	Helsetilsynet har påpeika at bemanninga av legar og jordmødrer grensar til å vere faglege uforsvarleg på fødeavdelinga når samtidighetssituasjonar oppstår. Har behov for fleire legestillingar (LIS + og overlegar) og jordmødrer. Pediatrieneste: Pediatere i tilstadevakt og bakvakt. Eigen nyfødd/intensivseksjon med eigen nyføddebakvakt
<i>Transportfødsler</i>	11		

## 6.4 Barselomsorga

Barseltida i sjukehus er organisert ulikt avhengig av størrelse på institusjonane, og kva fysiske forhold og moglegheiter som finst. Det er innført differensiert barselomsorg ved dei fleste fødeinstitusjonane i regionen. Dei fleste av fødeinstitusjonane i Helse Vest er sertifisert som Mor/barn-vennleg” etter WHO's prinsipp.

Det er sett i gang eit arbeid med å laga nasjonale, kunnskapsbaserte retningslinjer for barselomsorga, eit arbeid som venteleg vil vere ferdigstilt i slutten av 2011.

På barselavdelingane er det gjort ei tilpassing av bemanninga av barnepleiarar og jordmødrer i forhold til kva behov dei forskjellige avdelingane har. På denne måten prøver ein å få betre nytte av ressursane/ personalet samtidig som barselkvinner og nyfødde får eit best mogeleg tilpassa tilbod.

Vanleg liggetid på barsel i heile regionen er 2–3 dagar ved normale forløp. Dei som har ammeproblem eller andre vanskar i barseelperioden får tilbod om lengre liggetid.

Ein del av barselavdelingane har familierom i avdelinga eller i pasienthotell der far kan vere til stades i barseltida. Det er ikkje nok familierom til å stetta behovet.

Mange barselkvinner ynskjer å reisa tidleg heim dersom der er tilbod om oppfølging heime. Prosjektet *JordmorHjem* ved Kvinneklubben i Bergen er eit tilbod til kvinnene som ønskjer å reise heim 6-24 timar etter fødselen. Det er to halve stillingar som er sett av til dette. Alle barselkvinner som har gjennomgått eit normalt svangerskap og normal fødsel til termin, kan bli inkludert i dette prosjektet – dersom kvinna bur i rimelig reiseavstand til KKB. Etter heimreise vert det gitt tilbod om opp til tre heimebesøk av jordmor. Kvinnene kan kontakte jordmor på telefon når som helst. Føllings prøve og vektkontroll av barnet blir utført i heimen.

Kvinnene kan også kontakte KKB direkte dersom det oppstår uforutsette problem heime. I 2009 nytta 233 kvinner tilbudet om *JordmorHjem*. Dette var meir enn ei dobling frå 2008. Dei fleste av familiane fekk 2 heimebesøk.

Dette er ein modell som evalueringar viser at brukarane er svært godt nøgde med, og som kan utviklast vidare i samarbeid med kommunehelsetenesta, noko som vil vere i tråd med nasjonale tilrådingar og nye kvalitetskrav.

## 6.5 Særskilt om planlagde strukturendingar i regionen

Helse Vest har i dag to forsterka fødestover; Lærdal og Odda. Helse Førde sitt styre har tilrådd nedlegging av fødestova i Lærdal, og styret i Helse Fonna har planlagt omgjering av fødestova i Odda til jordmorleia fødestove i løpet av nokre år.

Styret i Helse Førde har også tilrådd nedlegging av fødeavdelinga på Nordfjordeid og overføring av alle fødslane til kvinneklubben i Førde. Det vert no arbeidd med ein modell for samarbeid med Helse Sunnmøre som inneber å overføre dei fødande i Nordfjordregionen til fødeavdelinga i Volda.

### 6.5.1 Fødestova i Lærdal

Fødestova er ei forsterka fødestove som vart oppretta i 2004. Det vil seie jordmorstyrt fødestove med gynekolog i vakt. I føretaksmøte i Helse Vest 18. juni 2003 vart det gjort vedtak om omgjering av fødeavdelinga i Lærdal til jordmorstyrt fødestove. Dette vart stadfesta gjennomført av departementet i brev av 14.01.2004. Fødselstala har variert frå 115 til 61. I åra før omgjeringa låg fødselstala på rundt 250 fødselar.

Tilgangen på jordmødrer har vore utfordrande. Gjennom eit samarbeidsprosjekt mellom Helse Førde og kommunane i Indre Sogn i 2006 vart det, blant anna, satsa på å innhente jordmødrer som valte å seie opp





stillingane sine då fødeavdelinga i Lærdal vart omgjort til fødestove. Dette arbeidet lukkast ein ikkje med. Drifta av avdelinga er såleis heilt avhengig av ikkje- fastbuande jordmødrer.

Avdelinga har ein overlegeheimel. Vaktene har ei varigheit på ei veke, kontinuerlig vakt (168 timar). Alle legane er korttidsvikarar, som med jamne mellomrom kjem tilbake. Der er såleis beredskap for nødkeisarsnitt og gyn./obstetrisk poliklinikk på dagtid. Bemanninga er lite eigna for utvikling og etablering av felles praksis slik den no er.

Ei jordmorleia fødestove er avhengig av vilje og ønskje om å oppretthalde eit lokalt tilbod. Det føreligg per i dag ingen ønskje om jordmorstyrt fødestove verken frå jordmødre eller dei lokale fastlegane. Planar om nedlegging av fødestova i Lærdal byggjer ein på at ein ikkje kan sjå at dei sentrale faktorane som må vere oppfylte for at ei jordmorleia fødestove skal vere forsvarleg, slik det er skissert i rapporten "Et trygt fødetilbud", er tilstades ved Lærdal sjukehus.

Det er om lag ein fjerdedel av dei fødande i Indre Sogn som i dag føder ved fødestova, og i fjor var det 61 fødsjar ved fødestova. Desse kvinnene vil få sitt fødetilbod ved fødeavdelinga på Voss eller i Førde. For dei som bur sør for Sognefjorden (Vik og Aurland) foregår dei fleste fødslane i dag på Voss. (jfr oversikt over fødsjar i Sogn og Fjordane). For kvinnene i Årdal og Lærdal kommunar må det takast særskilt stilling til fødestad, noko kommunane må inviterast til å vere med å bestemme. Likeeins bør Helse Førde formalisere avtale med Helse Bergen vedrørende fødsjar ved Voss sjukehus. Det vert planlagt eit nytt tilbod som vil utgå frå sjukehuset i Lærdal med spesialistpoliklinikk, følgeteneste til fødeavdeling, beredskapsvakt og oppfølging i barseltida. (Ref Områdeplan for Helse Førde).

### **6.5.2 Fødeavdelinga ved Nordfjardeid sjukehus**

Fødeavdelinga er Noregs tredje minste. Med bakgrunn i strategiprosess i Helse Førde og kvalitetskrav for fødeinstitusjonar har framtida til fødeavdelinga vore grundig utgreidd. Det er svært vanskeleg å rekruttere faste legespesialistar til avdelinga, og ein ser det ikkje som realistisk at avdelinga kan fylla dei faglege krava og vere robust nok for framtida med til dømes krav om 4-6 gynekologar. Fleire mogelege modellar er skissert i Helse Førde sin områdeplan, mellom anna omgjerding til jordmorstyrt fødestove eller nedlegging av fødetilbodet med oppbygging av ein poliklinikk med beredskapsvakt og følgeteneste i samarbeid med kommunane.

Det føreligg heller ikkje i Nordfjardeid noko ønskje om jordmorstyrt fødestove verken frå jordmødrene eller dei lokale fastlegane. Erfaring frå omlegging til forsterka fødestove i Lærdal har vist at det har vore store utfordringar med å få rekruttert jordmødrer med forankring i lokalmiljøet. Utan lokal forankring og fagleg motivasjon er det svært vanskeleg å bygge opp eit fødestovetilbod med god kvalitet, noko som har vore sentralt i vurderingane.

Tilrådinga til val av modell, som er støtta av styret i Helse Førde, er å legge ned fødetilbodet i Nordfjardeid og Lærdal og overføra alle fødslane til Førde.

Initiativet til å inngå samarbeid med Helse Sunnmøre om felles fødetilbod i Volda er mellom andre kome frå lokale fagfolk og politikarar. Denne modellen vil medføre kortare reisetid i forhold til å reise til Førde for ein del av dei fødande som soknar til Nordfjord sjukehus, medan andre vil få noko lengre reiseveg. Eit samarbeid om fødetilbod med Helse Midt-Norge der fødeaktiviteten frå Nordfjord blir flytta til Volda sjukehus, vil gi eit meir robust tilbod, særleg når det gjeld rekruttering av gynekologar. Som døme kan nemnast at det per i dag er 2 faste gynekologar ved kvart av dei to sjukehusa, og skal ein nå kvalitetskrava både i Nordfjardeid og Volda betyr det at talet må aukast til 8-12 i framtida. Dette er urealistisk å få til, også med omsyn til behovet for gynekologar ved kvinneklinikkane, der nesten 90 prosent av fødslane skjer.

### **6.5.3 Fødestova ved Odda sjukehus**

Fødeavdelinga i Odda vart i 2002 omgjort til fødestove og har i dag eit godt fødetilbod til dei friske gravide. Dette er sikra gjennom kombinertstillingar der jordmødrene arbeider både i sjukehuset og

kommunane. Dette gir god kontinuitet gjennom heile svangerskaps- og fødselsomsorga. God kjennskap til kvinnene sikrar rett selektering av dei gravide i forhold til fødestad. Eit viktig aspekt i kvalitetssikringa ved fødeininga, er ivareteke gjennom eit svært stabilt personale. Stabiliteten er eit resultat av at jordmødrene ved avdelinga er bufaste i Odda. Gjennomgåande er det lite bruk av vikarar. Samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane er godt etablert og samla sett tilfredsstillar Odda sjukehus alle kriterier for å etablere seg som jordmorstyrt fødestove.

Jordmødrene har også ansvar for svangerskapskontrollen av dei gravide og det er etablert ei god samhandling med kommunane. Så godt som alle gravide i kommunen går til kontroll hos jordmor ved fødestova. Dette er i forståing med kommunelegane, då dette er eit viktig ledd i selekteringa av dei gravide i forhold til fødestad. 30 prosent av dei gravide i Odda føder ved fødestova.

Det er ein lege knytt til fødestova, som er spesialist både i kirurgi og i gynekologi og har fast tilsetjing ved sjukehuset. Primærstillinga er kirurgi, og i tillegg har han ansvaret for fødestova. Både i Plan somatikk for Helse Fonna og i Områdeplan for svangerskaps- fødsels og barselomsorga er det tilrådd å gjera om den forsterka fødestova til jordmorstyrt fødestove, i tråd med nasjonale tilrådingar. Dette vil skje i samband med at gynekologen ved sjukehuset går av med pensjon. Då blir denne stillinga avvikla.

## 7 SAMHANDLING KOMMUNE – FØDEINSTITUSJON

### 7.1 Generelt

Ein vesentleg føresetnad for å betre og utvikle samhandlinga mellom sjukehus og kommune er at det blir mogeleg med elektronisk kommunikasjon begge vegar, og at td elektronisk helsekort kjem på plass.

Det er ønskjeleg å utvikle nye modellar for samhandling om dei gravide, fødande og barselkvinnene. Kvinnene og deira familiar må oppleve ei samanhengande tiltakskjede, sjølv om helsetenesta i denne perioden er plassert på to ansvarsnivå. Modellar som "JordmorHjem" er gode døme som bør utviklast vidare og prøvast ut i fleire kommunar. Evalueringar viser at kvinnene er svært godt nøgde med å kunna velje oppfølging i heimen i barseltida.

Det er grunn til å tru at liggetida for normale forløp vert kortare, og at ambulante fødslar vert meir vanleg i framtida. Det vil seie at mor og barn blir utskrivne frå fødeavdelinga utan å vere innskrivne på barsel. Då må kvinna og familien få barseloppfølging heime. Det kan vere jordmor frå sjukehuset som står for oppfølginga dei første dagane etter utreise, der kvinna bur i rimeleg reiseavstand frå sjukehuset, eller det kan vere kommunejordmor som har ansvaret.

Føretaka har sett fokus på å behalda og utvikla hjelpepleiarar/barnepleiarar og satsa på vidareutdanning i ammeveileding. Det er fleire av fødeinstitusjonane som er lærligplassar for helsefagarbeidarar. Dette må kunne vurderast inn i samhandlinga med kommunane; kompetente team som har ei bredde i kunnskaps- og erfaring i oppfølging av barselkvinnene heime.

På sikt bør oppfølginga skje frå kommunen/ helsestasjonen. Det vil også vere viktig at helsesøster kan





koma på heimebesøk ein eller to dagar etter at jordmor har avslutta sitt arbeid, til dømes 8-10 dagar etter fødselen. Dette vil sikra kontinuitet i oppfølginga og saumlaus overgang.

Helse Vest vil tilrå at det blir sett i verk samhandlingsprosjekt i ein eller fleire av kommunane. Døme på dette kan vere at to-tre jordmødrer som er tilsette både i helsestasjon og ved fødeinstitusjonen får ansvaret for ei gruppe gravide. Dei må då ha ansvar for svangerskapsomsorga, samt og ha ansvar for fødselen der dette er mogeleg, og for oppfølging i heimen etter utskriving. Målet er å prøve ut og evaluere nye modellar for barselomsorg i tråd med dei nasjonale tilrådingane og lage kvalitetsmessig betre og meir heilskapelege forløp.

## 7.2 Helse Førde

I Helse Førde har ein lang erfaring med samarbeid med kommunar om sal/kjøp av jordmøtenester for samarbeid om svangerskapsomsorga og jordmorberedskap for følgjeteneste. Allereie i 1993 etablerte Fødeavdelinga ved KK- FSS eit samarbeid om sal/kjøp av jordmøteneste med kommunane Førde og Naustdal. Dette var eit pionèrprosjekt i landet med finansieringsstøtte frå Helsedirektoratet; "Førdemodellen" (1993-1995). Då Fødeavdelinga i Florø vart nedlagt i 1995, etablerte ein eit samarbeidsprosjekt med kommunane Florø og Bremanger, om samarbeid og sal/kjøp av jordmøtenester til svangerskapsomsorg, og følgjeteneste; "Omstilling i mor/barn omsorga i Flora og Bremanger" (1995-1997). Dette prosjektet vart også støtta med statlege midlar. I 2006 hadde ein så eit prosjekt om; "Jordmørsamarbeid mellom fødestova i Lærdal og kommunane i lokalsjukehusområdet". Fokus for prosjektet var å styrke samarbeidet i jordmøtenestene i svangerskaps – og fødselsomsorga.

Gjennom Koordineringsrådet er det utarbeidd overordna rammeavtaler mellom Helse Førde og alle kommunane i Sogn og Fjordane. Helse Førde har i dag lokale avtaler om sal/kjøp av jordmøtenester innan svangerskapsomsorga til kommunane: Naustdal, Lærdal, Gloppen, Eid, Vågsøy og Hornindal.

Det kan vere aktuelt å inngå samarbeidsavtalar med randkommunar i andre helseføretak om følgjeteneste og imøtekøyring til fødeinstitusjon. Dette vil gjelde Helse Bergen og Helse Midt-Norge.

Føresetnaden for god samhandling er at alle kommunar har tilsett jordmor. Jordmor kan vere kommunalt tilsett, eller tilsett i Helse Førde. Kommunar og helseføretak bør inngå avtalar om sal/kjøp av jordmøteneste, då mange kommunar er for små til at det er grunnlag for eigne jordmorstillingar. Ei anna løysing er interkommunale stillingar der det ligg til rette for dette.

## 7.3 Helse Bergen

Det er inngått samarbeidsavtale mellom Helse Bergen HF/ KKB og Bergen kommune. Samarbeidsavtalen omhandlar ansvarsfordeling for mor og barn i 1. leveveke, rutinar for gjensidig samhandling og kommunikasjon mellom KKB og kommunehelsetenesta (helsestasjonen/ Helsevernetaten), og rutinar for vaksinasjon. Det blir halde regelmessige samarbeidsmøte. Avtalen blir revidert kvart 3. år. Det er også inngått samarbeidsavtale mellom KKB og Voss sjukehus. Også her er det etablert faste samarbeidsmøte.

Det er behov for å systematisere møta i større grad, både når det gjeld plan og innhald.

Det er etablert faste samarbeidsmøte mellom KKB og kommunejordmødrer og leiande helsesøstrer to gonger i året, slik det også er ved Voss sjukehus (VS). Ein gong i månaden er barnelege frå BKB til stades på VS og her blir helsestasjonen invitert til å delta i møter og kurs.

Kommunane Voss, Granvin og Vaksdal har inngått avtalar med VS om kjøp av jordmøtenester. Erfaringane er gode. Kvinnene møter ofte igjen jordmøra frå svangerskapsomsorga når dei blir innlagt til fødsel, noko som både gir tryggleik til dei fødande og er fagleg tilfredsstillande for jordmor. Det å vere kommunejordmor i små kommunar er ofte einsamt, og det å arbeida både i kommunen og i spesialisthelsetenesta er positivt. Brei kompetanse innan heile fagfeltet blir halde vedlike ved slike

ordningar. Det reduserer også talet på deltidstilsette jordmødrer. Ei utfordring ved slike ordningar er den praktiske tilpassinga i turnus- og arbeidsplanar.

For tida er det ingen avtalar om kjøp av jordmøtenester mellom KKB og kommunane i opptaksområdet. Det er behov for å prøva ut nye modellar for samarbeid om jordmøteneste på tvers av nivåa.

Døme på dette kan vere ordningar der jordmødrer roterer mellom helsestasjon og fødeavdeling, kjentjordmorordning eller etablering av jordmorkoordinator. Arbeidsgruppa tilrår å setja i gang prosjekt for å prøva ut nye modellar. Det er viktig å analysere behovet for og tilgangen på jordmødrer ved dei ulike modellane.

## 7.4 Helse Fonna

Fødeavdelingane i Haugesund og Stord samt fødestova i Odda betjener 19 kommunar. Tre kommunar kjøper jordmøtenester frå sjukehus. Odda og Ullensvang kommune kjøper frå Odda sjukehus, og Tysvær kommune kjøper frå Haugesund sjukehus.

I Odda går dei gravide til svangerskapskontroll på sjukehuset, og opplever dermed kontinuitet i oppfølginga gjennom svangerskap og fødsel. Jordmor på fødestova har "utedagar" i Ullensvang kommune, og dei gravide treffer dermed jordmor i heimekommunen. Stord kommune har tilsett to jordmødrer i 50 % stillingar. Begge er i tillegg tilsett ved fødeavdelinga på Stord sjukehus, og har også her 50 % stilling. Haugesund har ei jordmor i liknande tilsetjingsforhold. Gruppa ser at slike typar stillingar fremjer forståinga for kvarandre sitt arbeid og letter kommunikasjonen mellom instansane. Det må understrekast at det i det lange løp er ei utfordring for både jordmor og arbeidsgjevarar å forhalde seg til to tilsetjingsforhold, der det eine involverer turnusarbeid.

## 7.5 Helse Stavanger

Det er i dag få døme på utveksling av jordmøtenester frå kvinneklinikken til kommunane. Ei slik ordning fungerer best der jordmor har fleksibel arbeidsdag i kommunen. Dersom jordmor er avhengig av fast arbeidsdag i kommunen pga tilgang til kontor, gir dette store turnusmessige utfordringar ved Kvinneklinikken. Ordninga med rullering mellom avdelingane kompliserer dette ytterlegare. Organiseringa har praktiske utfordringar, men faglege fordelar for begge partar. Jordmødrer i denne type kombistillingar fremjer forståing for kvarandre sitt arbeid, og letter kommunikasjonen. Desse erfaringane kjem så tilsette ved Kvinneklinikken og kommunejordmødrer til gode ved erfaringsutveksling. Erfaringsutveksling blant kommunejordmødrene skjer i faste møte fire gonger pr. år. Alle kommunejordmødrene deltek utenom Stavanger som har ein fellesrepresentant.



## 8 KVALITETSSIKRING OG AVVIKSHANDTERING

Nasjonale strategi for kvalitetsforbetring i sosial- og helsetenesta ”...og bedre skal det bli!” (2005-2015) byggjer på at utøvarar i sosial- og helsetenesta har høge faglege kvalifikasjonar og sterk motivasjon. I den nasjonale strategien har ein valt å gje kvalitetsomgrepet eit konkret innhald, som oppfyller krava i lovverket, og kva som ut frå eit fagleg perspektiv gjev best mogeleg teneste til brukarane. Det blir uttrykt at god kvalitet omfattar at tenestene:

- er verksame
- er trygge og sikre
- involverer brukarar og gjev dei innverknad
- er samorda og prega av kontinuitet
- utnyttar ressursane på ein god måte
- er tilgjengelege og rettferdig fordelte

Kvalitetssikring er ein kontinuerleg prosess, og det kan gjerast mange tiltak som aukar kvaliteten på omsorga utan at det trengst ekstra ressursar. For andre tiltak krevst det ressurstilførsel.

### Fagleg forsvarlegheit

Kravet om forsvarlegheit for spesialisthelsetenesta er i dag plassert i spesialisthelsetenestelova § 2-2: ”Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven, skal være forsvarlige.” Det blir også vist til Helsepersonelloven § 16: ”Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiserast slik at helsepersonellet blir i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter.” Kravet om forsvarlegheit inneber også forsvarleg organisering av verksemda.

### Forsvarleg fødselshjelp

Svangerskap og fødsel er eit fagområde der faglege avgjersler har avgjerande konsekvensar, og ofte må takast under stort tidspress. Feilvurdingar er uunngåeleg, men desto viktigare er det at systemet har gode, kjende og aksepterte prosedyrar og rutinar, som bidreg til best mogeleg kommunikasjon, samarbeid og ansvarsfordeling, og at dette blir dokumentert tilstrekkeleg. Berre slik kan talet på feilvurdingar og konsekvensane av desse avgrensast til eit minimum.

### Internkontroll

Lov om statleg tilsyn med helsetenesta og Forskrift om internkontroll i sosial- og Helsetenesta har spesifikke krav til styring og leiing. Internkontroll handlar om verksemda si interne styring og eigen kontroll – ”å halde orden i eige hus”. Føremålet med internkontroll er å oppnå kvalitetsforbetring, som sikrar at verksemda sine oppgåver vert planlagde, organiserte, utførte og haldne ved like i samsvar med krava i lovgjevinga. Helselovgjevinga elles inneheld reglar som regulerer innhaldet i tenesta og krav til styring og leiing. Desse krava må sjåast i samanheng med krava til internkontroll.

Internkontroll i helsetenesta inneber at det vert etablert naudsynste system, avtalar, rutinar, prosedyrar etc. for å førebygge brot på kravet om fagleg forsvarleg helsehjelp. Kommunane har ulike system og avtalar.

Følgjande verktøy for kvalitetssikring og avvikshandtering vert nytta i sjukehusa i Helse Vest og i kommunane:





- Fødedataprogrammet NATUS vart innført i Helse Vest i 2007, og er eit godt og verdifullt verktøy for kvalitetssikring og dokumentasjon. Systemet er framleis i utvikling.
- Avvikssystemet Synergi vert brukt av alle institusjonane i Helse Vest, ulike system vert nytta i kommunane.
- Retningslinjer for svangerskapsomsorgen fra 2005 med nettbaserte oppdateringer ([http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale\\_faglige\\_retningslinjer/retningslinjer\\_for\\_svangerskapsomsorgen\\_19103](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/retningslinjer_for_svangerskapsomsorgen_19103))
- Gynekologforeningen sin veileder, adresse. (<http://www.legeforeningen.no/id/131068.o>)
- Sjukehusa sine egne prosedyre- og metodebøker
- Norsk elektronisk legehåndbok (<http://legehandboka.no/>) vert brukt av mange fastlegar.
- Praksiskonsulentordninga si heimeside har prosedyrer og informasjon om lokale samhandlingsrutiner i Praksisnytt og i dokumenter under dei ulike sjukehusa sine heimesider
- Kvalitetshandbøker
- Kvalitetsutval
- Pasientskadeutval
- Opplæring av nytilsette
- HMS-arbeid
- Forsking
- Pasientopplevingsundersøkingar
- Brukartval
- Samhandling med kommunehelsetenesta (Koordineringsråd, Fagråd, rammeavtalar m.m.)

Den regionale perinataalkomiteen har ei viktig rolle og arrangerer mellom anna årlege seminar.

Det er viktig med god registrering av utfallet av svangerskapet. Melding til Medisinsk Fødselsregister har lang tradisjon i Noreg. Desse data er tilgjengelege og kan/blir nytta til forskning.

Kommunane har utarbeidd kvalitetshandbøker for helsetenesta, og i Bergen kommune td, er det etablert kvalitetsutval for kvar enkelt teneste i kvar bydel. I nokre kommunar har jordmortenesta eiga serviceerklæring som ligg tilgjengeleg på internett. Her er det også annan nyttig informasjon til gravide. Enkelte har også skriftleggjort rutinar og hovudinnhald i informasjonen som vert gitt. Erfaringa viser at strukturert arbeid med innhaldet i svangerskapsomsorga gir stort faglig utbytte. Kvalitetssikring er ein kontinuerleg prosess for alle aktørar i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga.

Det er potensiale for i endå større grad å bruke klagesaker og uønska hendingar systematisk i kvalitetssikringsarbeidet.

Det er stor forskningsaktivitet i regionen, det er innført systematisk opplæring og praktisk øving, trening på akutte situasjonar, internundervisning og obligatoriske tverrfaglege kurs for personalet. Det blir lagt til rette for deltaking på kurs for tilsette i kommunane, men etterutdanning og opplæring er i dei fleste kommunar ikkje iverksett på systematisk måte slik som i spesialisthelsetenesta.

Dei fleste fødeinstitusjonane er sertifisert som Mor/barn vennlege.

Trass i at det har skjedd mykje med omsyn til å forbetre kvalitet og handtering av avvik er det potensiale for betring og styrking. Framleis er ikkje elektronisk kommunikasjon mellom kommune og sjukehus god nok. Det er særleg behov for å utvikla system for avvikshandtering i saker som gjeld samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetenesta, dette er så godt som fråverande i dag.





## 9 KOMPETANSE

### 9.1 Bemanning, utdanning og rekruttering

#### Legespesialistar

Nivådelinga av fødeinstitusjonar vi har hatt i Noreg hittil har vore styrt av *Faglige krav til fødeinstitusjoner*, Statens helsetilsyn I-97. Det vart der stilt krav til beredskap og bemanning, men også volumkrav. I Stortingsmelding nr. 12 "En gledelig begivenhet" og rapporten "Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav til fødeinstitusjoner" - er det bestemt å oppretthalde nivåinndelinga, men ut frå kvalitetskrav og ikkje volumkrav. I skiljet mellom fødeavdelingar og kvinneklinikkar er det formulert ei rekke konkrete, organisatoriske krav. Kravet om at fast tilsette spesialistar skal utgjere hovuddelen av bemanninga ved fødeavdelingar er viktig, og ein må på eit tidspunkt ta stilling til konsekvensen av at kravet er 4-6 spesialister på fødeavdelingar og at ein også går inn for ei styrking av fagmiljøa på kvinneklinikkane.

Med 4-6 legar på fødeavdelingane vil det også bli svært krevjande å oppretthalde kompetansen i operativ gynekologi og fødselshjelp.

Fødeavdelingane i Helse Vest har, som tilsvarande avdelingar andre stader i landet, store utfordringar med å rekruttere legespesialistar til fast tilsetjing. Basert på forslaget til dei nye krava vil det, med tre fødeavdelingar i regionen, vere behov for mellom 12 og 18 spesialistar, dvs opp mot 9 fleire enn det finst i dag. Dette er eit mål som det ikkje er realistisk å nå. Bemanninga på kvinneklinikkane må også styrkast, eit aukande problem der er at legar finn vaktbelastninga så hard at dei sluttar og går over i andre stillingar.

Kvinneklinikkane i Bergen og Stavanger er godkjente til utdanning av legespesialistar innafor fødselshjelp og kvinnesjukdomar med status som gruppe I sjukehus. Klinikkane utdannar også legespesialistar som skal tilsetjast i regionen for øvrig. Yngre legar vil ofte bruke fleire år på å bli spesialist enn det kravet tilseier. Spesialiseringa føregår for svært mange i dei same åra dei får sine barn. Gjennomsnittleg lengde på spesialiseringa har auka frå ca 5 år til nesten 9 år (tal frå KKB 2010) Ein viktig føresetnad for å styrke fødselshjelp og kvinnesjukdomar fagleg er difor at det blir oppretta eit høgare antal LIS- og overlegestillingar. Overlegestillingar på dei store avdelingane. Dette er også avgjerande for å kunne oppretthalde eit desentralisert fødetilbod i framtida.

I spesialiteten fødselshjelp og kvinnesjukdomar vil det totalt sett vere ein forventa aldersavgang dei neste 5 åra på ca 10-12 spesialistar berre i Helse Bergen. Per i dag er det ikkje utdanningskapasitet i regionen til å dekke opp for denne avgangen. Samanhalde med at det er problem også på nasjonalt nivå å rekruttere og utdanne nok spesialistar er dette ei stor utfordring.

Det vil i åra framover også vere ein naturleg avgang av fleire privatpraktiserande spesialistar og følgjeleg eit visst behov for tilsetjing i ledige heimlar i den private spesialisthelsetenesta.

#### Jordmødrer:

Det er i alt 5 høgskolar som utdannar jordmødrer i Noreg. Utdanninga gjev 120 studiepoeng og opptak bygger på godkjent sjukepleiarutdanning og minst eitt års praksis. Rekrutteringa av jordmødrer er god både i kommunehelsetenesta og i fødeinstitusjonane, og behovet er for tida godt dekket. Det er tilsette i dei fleste stillingar og vikariat og tilgangen i vår region er nå god på den kompetansen vi ønskjer. Det vil i dei næraste åra vere ein god del av den faste jordmorstaben som går av for aldersgrensa. Det er lite truleg at dette vil føra til at stillingar blir ståande ledige, men det vil kunna medføre eit kompetanseproblem av di det vil vere relativt mange nyutdanna jordmødrer i staben over ein del år.

#### Barne-/hjelpepleiarar:

Barne-/hjelpepleiarar har ein del år vore utdanna ved vidaregåande skole med vidareutdanning i barsel og barnesjukepleie. Hjelpepleiarutdanninga er erstatta med fagutdanninga helsefagarbeidarar. Tilbod om vidareutdanning, mellom anna barsel- og barnesjukepleie og ammerettleiing må oppretthaldast for

å sikre at ein får erstatta kompetansen til dei barne-/hjelpepleiarane som i løpet av dei næraste åra vil gå av for aldersgrensa. Det bør gjennomførast ei analyse av korleis ein kan utvikle og oppretthalde denne kompetansen i framtida. Førretaka har satsa på barnepleiarar med vidareutdanning i ammerettleiing og gitt dei ansvar innan dette området. Dette bør vurderast som eit viktig tiltak i samhandlinga med klommunane i forhold til bemanningsteam rundt dette med oppfølging av barselkvinnene heime.

## 9.2 Kompetanseutvikling, hospiterings-ordningar og kursverksemd

I tillegg til dei kompetanseutviklingsaktivitetar som tidlegare er nemnt er det viktig å få sett i gang hospiterings/rotasjonsordningar for kommunejordmødrene. Dette for å sikre at kompetansen innan fødselshjelp inkludert oppfølging av mor og barn dei første dagane etter fødsel er oppdatert. På sikt bør ein tilstrebe at jordmødrer i kommunen og fødeavdelingane kan rotere mellom svangerskapsomsorg og fødselshjelp - dvs mellom sjukehus og kommune.

Kvinneklippene bør tilby regelmessige emnekurs innan fagfeltet for allmenlegar og jordmødrer, og kursa må være teljande i spesialiteten allmenmedisin.

## 10 BRUKARMEDVERKNAD

Brukarmedverknad er ein rett som er innført i helsevesenet så vel som i andre offentlege tenester dei siste åra (St.meld 34 (1996 – 97) og vart lovpålagt i 2001 § 3-1 i Pasientrettighetslova: "Medvirkningens form skal tilpassas den enkeltes evne til å gi og motta informasjon."

Det handlar om at ein skal ha større påverknad på forhold som angår ein og at tenestene skal bli meir tilpassa behova.

Brukarane sin innflytelse og rettigheter vert styrka når det vert utarbeidd individuelt tilpassa planar der det måtte vere aktuelt. Dette inkluderer også familie/pårørande sin rett til informasjon og høve til å legge fram sitt syn.

Det er viktig med brukarundersøkingar for å kunne heve kvaliteten og gjere tenesta betre utover dei lover og reglar som elles finst. For tida pågår/er det utført fleire slike undersøkingar ved føde/barselavdelingane i regionen, der det er spesielt fokus på å evaluere dei ulike tilboda til barselkvinna og familien. For kvinna og familien er det viktig at dei opplever at det er ei samanhengande tiltakskjede, sjølv om ansvaret for denne helsetenesta er delt mellom 1. og 2. linjetenesta.





## 11 PASIENTAR MED IKKJE-VESTLEG BAKGRUNN

Eit aukande tal gravide og fødande er asylsøkjjarar og innvandrarakar med ikkje-vestleg bakgrunn, og talet vil truleg auke dei kommande åra. Retten til tolketeneste er lovfesta (Pasientrettigheitslova). Der kvinna ikkje er norsktalande, blir det nytta tolketeneste så sant det er mogeleg, og alle kvinnene får minst ein samtale med tolk i løpet av svangerskapet. Det blir lagt vekt på at ektefelle/sambuar eller annan familie ikkje skal nyttast som tolk dersom dette kan unngåast. Det er eit mål å utvide kompetansen innan fleirkulturell forståing, etikk og kommunikasjon hos dei tilsette.

## 12 FØLGETENESTE

Ansaret for den kommunale jordmorberedskapen og følgjetenesta er løfta ut av kommunen og over til helseføretaka. Frå 1.1.2010 har gravide med meir enn 1–1 1/2 times reisetid til fødestad rett til tilbod om følgjeteneste. Vurderinga av reisetid tek utgangspunkt i der kvinna bur eller oppheld seg og det er normal køyretid med privatbil som skal leggjast til grunn ved berekning av reisetida.

Det er framleis kommunen som har ansaret for lokal jordmorteneste på dagtid, medan det er helseføretaka som har ansaret for at det blir etablert følgjeteneste og beredskapsvakt i kommunen. Føretaka har også fått finansieringsansaret for denne. Det er takst for jordmorfølge til fødeavdeling, mens kostnadene til beredskapen skal dekkast inn i ramma til RHFa. Det må inngåast avtalar mellom føretaket og den enkelte kommune om jordmorberedskap og følgjeteneste.

Det er opp til føretaka korleis denne beredskapen kan dekkast. Det vil i dei fleste tilfelle vere naturleg at føretaka kjøper beredskapsvakt og følgjeteneste frå kommunen, og at det er dei lokale kommunejordmødrene som ivaretar denne.

Helsedirektoratet definerer i sin rapport *”Et trygt fødetilbud. Faglige krav til fødeinstitusjoner”* (Helsedirektoratet, 2010) følgjetenesta slik:

”Følgjeteneste er vurdering av kvinner i fødsel/gravide av kvalifisert helsepersonell og at den gravide/fødende får følge av kvalifisert helsepersonell til fødestedet, når det er vurdert som nødvendig. Beredskap i sammenheng med følgjetenesten innebærer organisering av vaktberedskap for kvalifisert helsepersonell. I St. meld. nr. 12 (2008-2009) er det lagt til grunn en rett til følgjeteneste for fødende med veiledende grense på halvannen times reisevei til fødestedet og behov for slik teneste.

Det forutsettes at helseforetak og kommuner inngår avtalar om jordmortjenester som sikrer felles ressursutnyttelse og sikrer innbyggerne et forsvarlig helsetilbud når det gjelder følgjeteneste for gravide innbyggere. I mange kommuner vil dette bety at kommunene må prioritere den lokale jordmortjenesten for å få til tilstrekkelig vaktberedskap.

Dersom reisetid til fødested er mer enn 1,5 time skal den fødende vurderes av lege eller jordmor på forhånd med tanke på transportmåte og behov for følge. På slike steder skal det finnes lokaliteter der jordmor kan lede fødselen på en tilfredsstillende måte dersom det vurderes at det ikke vil være tid til å transportere den fødende. Eller at kvinnen kan føde hjemme i ro og fred med jordmorhjelp. Følgjeteneste er et tilbud og bruk må avgjøres ut fra en individuell vurdering relatert til behov.

De fleste fødende vil kunne reise selv til fødeinstitusjonen uten bruk av følgjeteneste. Vaktberedskap med tilbod om en vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for vurdering vil kunne forhindre unødvendige transporter og transportfødsler.”

I eit brev frå Helsedepartementet til Helse Vest vedrørande følgjetenesta, datert 23.09.2010, heiter det mellom anna: ”Kommunenes ansvar for svangerskapsomsorg og oppfølging etter fødsel er uendret.

Det er ansvaret for beredskap for følgetjenesten som er løftet ut av kommunen og over i helseforetak. Departementet legger til grunn at det må avtales mellom kommunene og helseforetaket hvordan dette løses i praksis. Helseforetaket kan velge å bruke egne ansatte jordmødre, dersom disse bor lokalt, eller om jordmødrene ønsker å ambulere som del av sin turnus. Vurderingen av behovet for følge (undersøkelsen/ stille diagnose om fødselen er i gang) må skje lokalt uavhengig av hvor jordmoren er tilsatt. Det er reisetiden til fødeinstitusjon som bestemmer om det skal være etablert følgetjeneste lokalt eller ikke. Når det gjelder den praktiske håndteringen må behovet vurderes konkret i det enkelte tilfelle.”

Ein gjennomgang viser at det er minst 15 kommunar i regionen som har fødande med 1 1/2 times reiseveg eller meir til fødeavdeling.

I mange av kommunane er det ein del gravide som har reisetid godt under normen på 1 1/2 time, og der er samstundes mange i same kommunen som har lengre reise. Då skal der vere etablert beredskap og følgeteneste – og det vil då vere vanskeleg – og truleg ikkje aktuelt – å skilja tilbodet ut frå *reisetida* dersom kvinnene har fagleg behov for jordmorfølge.

For ein del kommunar kan det vere mogeleg å etablere interkommunalt samarbeid, noko som er vesentleg dersom det skal vere eit rimeleg forhold mellom arbeid på dagtid og vakttid, og at dei økonomiske konsekvensane skal stå i forhold til nytten. Då dei fleste av desse kommunane er små kommunar, bør ein søke å få til interkommunale samarbeid for å dekkje beredskap og følgeteneste for gravide. Konstellasjonar av kommunar som bør samarbeide må utgreiast nærare, og til dømes bør den kommunale legevakta kunne stå for beredskapen i kommunar med lågt fødselstal.

## 13 OPPSUMMERING AV FORBEDRINGSOMRÅDE OG FORSLAG TIL TILTAK

Alle gravide bør få tilbod om konsultasjon hos jordmor eller lege i 1. trimester, optimalt rundt veke 8. Den første jordmorkonsultasjonen bør finna stad seinast i veke 16, og jordmor bør stå for dei fleste konsultasjonane av friske gravide

Felles, skriftleg plan for tverrfagleg oppfølging av gravide med spesielle behov må finnast i alle kommunar og vere tilgjengeleg for den gravide både på nett og i papirform

Informasjon til gravide og fødande må vere omsett til dei mest aktuelle framandspråk og finnast både nett- og papirbasert

Samarbeid, arbeidsdeling og kommunikasjon mellom fastlegar, jordmødre og helsestasjonar må vere del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet i kommunane

Utvikling av elektroniske løysingar som kan nyttast i alle ledd må prioriterast, inkludert elektronisk helsekort for gravide. Felles kommunikasjonssystem sjukehus – kommune vil sikre betre informasjonsflyt

Det bør etablerast beredskapsvakt og følgeteneste for fødande med lang reiseveg der dette ikkje allereie finst, gjennom avtalar med kommuane.

Kvinneklippene bør legge til rette for kompetanseheving for allmennlegar og kommunejordmødrer gjennom regelmessige, felles møtepunkt slik som dialogmøte og emnekurs.

Spesialistpoliklinikkane må legge til rette for større grad av kontinuitet i omsorga for dei gravide som er til utgreiing og behandling der

Det må inngåast avtalar mellom sjukehus og den einskilde kommune i samband med implementering av dei føretaksvise områdeplanane



## FØDSELSOMSORGA

Seleksjonskriterier må regelmessig oppdaterast og vere kunnskapsbaserte

Framtidig struktur på fødselsomsorga i Helse Førde må avklarast snarleg

Det må utarbeidast plan for omgjerding av den forsterka fødestova i Odda til jordmorstyrt fødestove

Det må setjast i verk tiltak for å nå dei nye kvalitetsmåla ved fødestover, fødeavdelingar og kvinneklinikkar, og lagast oppfølgingsplan for å nå måla

Utvikling av integrasjonar mellom gjeldande datasystem (DIPS og Natus), og vidareutvikling av den elektroniske fødejournalen vil auke pasientsikkerheita

Det bør inngåast avtalar mellom helseføretaka der strukturendringar og nye kommunikasjonstilhøve medfører bruk av fødeinstitusjonar over føretaks- og regionsgrensene

## BARSELOMSORGA

Kapasiteten på jordmortenesta i kommunane må aukast for å kunne oppnå dei nasjonale kvalitetsmåla.

Det bør prøvast ut nye modellar for heilskapelege forløp i svangerskap, fødsel og barseltida gjennom samarbeidsprosjekt mellom sjukehus og kommune

Sjukehuset eller helsestasjonen må sørge for at kvinner som reiser tidleg ut frå sjukehuset etter fødselen får ei god fagleg oppfølging heime

Barselomsorga bør differensierast ytterlegare. Nye modellar for barselomsorg bør prøvast ut og eksisterande, gode modellar må vidareutviklast, slik som t.d. ”JordmorHjem ved KKB

Kompetansen innan oppfølging av mor og barn dei første dagane etter fødselen må styrkast i kommunehelsetenesta, t.d. godkjenning av fleire ”Ammekyndige helsestasjonar”

Det bør gjennomførast ei brukarundersøking i regional regi spesielt tilpassa barselkvinnene, i første halvdel av 2011

## BEMANNING OG REKRUTTERING

Det bør snarast lagast ein tiltaksplan for utdanning og rekruttering av spesialistar i gynekologi og obstetikk i regionen

Jordmorbemanninga bør på sikt aukast slik at det er 1:1 forhold jordmor/fødekvinne i den aktive fasen av fødselen, i tråd med forslaga til nye, nasjonale kvalitetsmål.

Det bør lagast ei analyse av framtidig behovet og utdanningskapasitet for både jordmødrer og barnepleiarar/helsefagarbeidarar.

## 14 REFERANSAR

1. St.meld. nr 12 (2008 – 2009) "En gledelig begivenhet",  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-12-2008-2009.html?id=545600>
2. "Retningslinjer for svangerskapsomsorgen" – Kort versjon – IS – 1339,  
[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale\\_faglige\\_retningslinjer/retningslinjer\\_for\\_svangerskapsomsorgen\\_19103](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/retningslinjer_for_svangerskapsomsorgen_19103)
3. "Et trygt fødetilbud"- Forslag til Kvalitetskrav ved Fødeinstitusjoner.  
Helsedirektoratet, april 2010.IS-1803,  
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter>
4. "Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet." IS-1815  
[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/\\_utviklingsstrategi\\_for\\_jordmortjenesten\\_tjenestekvalitet\\_og\\_kapasitet\\_\\_\\_\\_714244](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/_utviklingsstrategi_for_jordmortjenesten_tjenestekvalitet_og_kapasitet____714244)
5. Sjukehusa sine egne prosedyre- og metodebøker
6. Gynekologforeningens veileder  
<http://www.legeforeningen.no/id/131068.0>
7. Norsk elektronisk legehåndbok,  
<http://leghandboka.no/>
8. Nasjonalt kompetansesenter for amming,  
[http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/kliniKKBene/enhet?p\\_doc\\_id=32682&p\\_dim\\_id=43234](http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/kliniKKBene/enhet?p_doc_id=32682&p_dim_id=43234)
9. Pasientrettighetsloven av 1999, med vekt på § 3. "Rett til medvirkning og informasjon"
10. Respekt - Kvalitet – Trygghet.  
<http://www.helse-vest.no/Sider/side.aspx>



HELSE  VEST

Postboks 303 Forus  
4066 Stavanger  
Telefon: 51 96 38 00  
[www.helse-vest.no](http://www.helse-vest.no)