



**Helhetlig plan for
svangerskap, fødsel og
barselomsorg
i
Midt-Norge
2011 - 2014**

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Innledning.....	3
Del 1 – Svangerskap, fødsel og barsel	6
1. Svangerskapsomsorg.....	6
1.1 Seleksjon	6
1.2 Førstegangskontroll	6
1.3 Standardisert forløp	6
1.4 Individuell behandlings- og oppfølgings plan	7
1.5 Skriftlig dokumentasjon og kommunikasjon i tillegg til helsekortet	7
1.6 Fødsels- og foreldreforberedende kurs	7
1.7 Seleksjon, valg og inntak til fødested	7
1.8 Standardisering av informasjon til den gravide	8
2. Fødselsomsorg.....	8
2.1 Formalisert samarbeid mellom forvaltningsnivåene	9
2.2 Standardisert informasjon	9
2.3 Seleksjon/differensiering	9
3. Barselsomsorgen.....	10
3.3 Tiltak som bør gjennomføres i planperioden:	10
3.3.1 Samarbeidsavtalenes ansvar og oppgaver i barselperioden	10
3.3.2 Seleksjon av ”røde og ”grønne” barselkvinner/nyfødte	10
3.3.3 Spesialisthelsetjenestens ansvar i barselperioden	11
3.3.4 Kommunenes ansvar i barselperioden	11
4. Risikogrupper.....	11
4.1 Identifisere risikogrupper	11
4.2 Somatiske risikofaktorer er blant annet	12
4.3 Psykososiale risikofaktorer er blant annet	12
4.4 Oppfølging barn	12
4.5 Eksempel på andre samarbeidstiltak	13
Del 2 – Beredskaps- og følgetjeneste	13
5. Beredskaps- og følgetjeneste	13
5.1 Mål for følgetjenesten	13
5.2 Faglig krav	14
5.3 Kriterier for å utløse følgetjeneste:	14
5.4 Reisetid	14
5.5 Det kan etableres følgetjenester til tross for at reisetiden er kortere enn 1,5 time når det er	14

5.6	Organisering.....	15
5.7	Samhandling – kommunikasjon	15
5.7.1	Samhandling og kommunikasjon mellom den gravide og helsetjenesten.....	15
5.8	Rutiner for samhandling – kommunikasjon mellom aktørene i helsetjenesten....	16
5.9	Finansiering av beredskaps- og følgetjeneste	16
5.10	Avtaler mellom kommuner og helseforetak om følgetjenester og beredskap for denne.....	17
Del 3 - Samarbeid i regionen.....		19
6.	Kompetanse- og bemanningsplan.....	19
6.1	Rekruttering av legespesialister i regionen	19
6.2	Kompetansehevede tiltak	19
6.2.1	Kurs.....	19
6.3	Rotasjon/hospitering	20
6.4	Bemanningskrav	20
7.	Faglig samarbeid.....	21
7.1	Perinataalkomite	21
7.2	Kliniske samarbeidsutvalg.....	21
7.3	Praksiskonsulent.....	22
8.	Administrativt samarbeid i regionen	22
8.1	Administrativt samarbeid i regionen	22
8.1.1	Informasjonsutveksling.....	22
8.2	Økonomisk ramme / finansiering	22
8.2.1	Om fordeling og effektivisering av ressursene.....	22
8.2.2	Krav om økte ressurser.....	22
Del 4 – Hvordan realisere og evaluere planen?.....		24
9.	Implementering av plan	24
9.1	Regionale tiltak.....	24
9.2	Lokale tiltak.....	24
10.	Kvalitetsindikatorer og evaluering.....	24
10.1	Følgetjenesten	24
10.2	Svangerskap.....	25
10.3	Fødsel	25
10.4	Barsel	25
11.	Arbeidet med forslag til helhetlig plan.....	25
12.	Referanseliste.....	26
	Publikasjoner og Rapporter:	26
	Internettkilder:	27
13.	Vedlegg.....	27
	Vedlegg 1: Tidsskrift for jordmødre	27
	Vedlegg 2: Familieambulatoriet.....	27

Sammendrag

Planen om helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg beskriver grunnlaget for et helsefaglig trygt, likeverdig og forutsigbart tilbud til gravide og deres familier i Midt-Norge. Nasjonale retningslinjer og anbefalinger ligger til grunn.

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

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

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

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

Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å lage en helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen sammen med kommunene. Det vises til *Oppdragsdokument 2009. Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av St. prp. nr 67 (2008-2009)* hvor regionale helseforetak innen 1. juli 2010 skal utarbeide plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg sammen med berørte kommuner.

Det vises videre til brev av 06. april 2010 fra Helse Nord RHF hvor det under henvisning til vedtak i sak 206-2010 i AD-møtet ble søkt om utsettelse til 1. oktober 2010. Helse- og omsorgsdepartementet gir med dette regionale helseforetak utsatt frist til 1. oktober 2010 for utarbeidelse av regionale planer for helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Departementet presiserer at det skal sikres god lokal forankring i prosessen, og at planene er i samsvar med regjeringens politikk.

Helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er en felles overordnet plan for kommuner og helseforetak i Midt-Norge. I planen settes det tydelige kvalitetskrav. Planen skal legge grunnlaget for å yte trygge og likeverdige tjenester i regionen. Planen skal være førende for organisering og gjennomføring av barsels-, fødsels- og barselomsorgen i alle helseforetak og tilhørende kommuner.

Rapporten er inndelt i 4 hoveddeler. Del 1 beskriver de faglige prinsippene for oppfølging under svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorgen. Del 2 tar for seg følgetjenesten. Del 3 omfatter generelle krav til kvalitet, kompetanse, organisering, perinatal komité, regionalt fagnettverk og samarbeidsforum mellom kommuner og sykehus. Del 4 beskriver implementering, evaluering og revidering av planen.

For svangerskaps- fødsels og barselsomsorgen er det utarbeidet gode nasjonale retningslinjer, bla i St. mld 12 (2008-2009) ”en gledelig begivenhet” og ”et trygt fødetilbud”. Disse dokumentene ligger til grunn. Se vedlagte lenker til dokumentene i referanseliste side 26. Helsedirektoratet vil utarbeide nasjonale retningslinjer for barselomsorgen i løpet av 2012.

Planen for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorgen skal bidra til helhetlig omsorg hvor den gravide opplever sammenhengende tjenester, hvor personalet kommuniserer og samarbeider godt på tvers av profesjongrensener og forvaltningsnivå. Tiltakene i denne planen skal forankres i avtaler mellom helseforetak og kommuner. Omsorgen skal være kunnskapsbasert og tilpasset den enkeltes behov.

Organisering

For å nå de målene og sikre gjennomføring av de tiltakene som er foreslått i planen anbefaler vi følgende:

1. Det inngås samarbeidsavtale mellom helseforetak og kommuner om utvikling av tjenesten til gravide
2. Det bør være administrativt samarbeidsorgan som fatter beslutninger for å gjennomføre tiltak som er av betydning for begge forvaltningsnivå
3. Det foreslås å opprette kliniske samarbeidsorgan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorgen. Det kliniske samarbeidsorganet har til hensikt å etablere en felles faglig arena hvor faglige problemstillinger som berører begge forvaltningsnivå kan diskuteres. Det kliniske samarbeidsorganet har ikke beslutningsmyndighet, men skal
 - utarbeide forslag til innhold i de prosedyrer, standarder og sjekklister som er foreslått i denne plan
 - diskutere avvik og opplevde kvalitetsproblemer
 - bidra til felles kompetanseutvikling
 Det er det administrative samarbeidsorganet som fatter vedtak i disse sakene.
4. En regional koordineringsgruppe foreslås oppnevnt for å koordinere arbeidet med å iverksette tiltakene i denne planen.

Tiltak og ansvar	Deltakere	Ansvar for oppnevning
Administrativt samarbeidsorgan er et besluttsende organ som forplikter sykehuset og kommuner <ul style="list-style-type: none"> • fatter beslutninger om forhold som berører både kommuner og helseforetak • drøfter og konkluderer dersom en av partene har til hensikt å gjøre endringer som er av betydning for den annen part 	Eksisterende samarbeidsorgan benyttes i tilfeller hvor slikt organ er opprettet.	Organet er oppnevnt av og rapporterer til rådmenn og adm. direktør i helseforetak
Klinisk samarbeidsorgan skal: <ul style="list-style-type: none"> • utarbeide forslag til innhold i de prosedyrer, standarder og sjekklister som er foreslått i denne plan • diskutere avvik og opplevde kvalitetsproblemer • bidra til felles kompetanseutvikling 	Representanter for ledelse og fagprofesjoner i helseforetak og kommuner	Administrativt samarbeidsorgan
Regional koordineringsgruppe koordinerer arbeidet med å iverksette tiltakene i denne planen	Representanter for kommuner og helseforetak i regionen	Regionalt samarbeidsorgan mellom KS og Helse Midt-Norge RHF

Brukermedvirkning

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

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

I arbeidet med å iverksette de foreslåtte tiltakene i planen forutsettes det at brukerne involveres.

Del 1 – Svangerskaps-, fødsels og barselsomsorg

1. Svangerskapsomsorg

For svangerskapsomsorgen er det utarbeidet nasjonale retningslinjer. (Referanse1 og 2)
Disse retningslinjene legges til grunn for plan for helhetlig svangerskapsomsorg i Midt-Norge.
Tiltak som skal gjennomføres i planperioden:

1.1 Seleksjon

Det skal innføres risikovurdering tidlig i svangerskapet. Dette gir grunnlag for bedre og riktigere seleksjon og planlegging av svangerskapet for normale og risikoutsatte svangerskap. Gravide med normale svangerskap bør ha et tilbud tilpasset dette. For gravide med sykdom eller påviste risikofaktorer bør det tidligst mulig settes opp en individuell behandlings- og oppfølgingsplan. Kodene ”rød” og ”grønn” benyttes for å differensiere hvilken oppfølging den gravide har behov for. Risikofaktorene kan være av somatisk eller psykososial art.

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

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

1.2 Førstegangskontroll

Til den første konsultasjonen må det avsettes tilstrekkelig tid, for å vurdere hvilken risiko som er knyttet til svangerskapet for mor og barn. Det utarbeides retningslinjer og rutiner for hvordan førstegangskontrollen skal gjennomføres. Førstegangskontroll kan utføres hos jordmor eller hos fastlege. Resultatet av kontrollen og plan for det videre forløp skal kommuniseres mellom disse. Den gravide kan selv velge om svangerskapskontrollene skal foregå hos jordmor eller fastlege.

1.3 Standardisert forløp

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

Det bør utarbeides felles standardisert beskrivelse av oppfølgingen av den gravide. Standarden skal inneholde faglige krav til oppfølging i svangerskapet, beskrive omfang og innhold i oppfølgingen og beskrive samarbeid mellom lege og jordmor. Funksjon, innhold og oppgavedeling mellom profesjonene i de ulike kontrollene skal beskrives.

God dialog mellom jordmor og fastlege er viktig. Felles konsultasjoner, dvs. todelt konsultasjon er et alternativ som kan være verdt å prøve ut. Det er variasjoner på hvor helsesenter/jordmor og legekantor er lokalisert. Ved stor geografisk avstand mellom disse bør det kartlegges hvordan en likevel kan få til et godt samarbeid.

1.4 Individuell behandlings- og oppfølgings plan

Skriftlige planer utarbeides under 1. konsultasjon:

Grønn graviditet: Det bør avtales en plan for hele forløpet ved 1. konsultasjon. For gravide med normalt svangerskap er dette en standardisert kontrollmal som danner grunnlaget for oppfølgingen av den gravide.

Rød graviditet: Det legges en individuell behandlings- og oppfølgingsplan som omfatter kontroller, tiltak og beskrivelse av hvem som har ansvaret for hva under oppfølging under graviditeten. Andre instanser involveres ved behov og tiltak, dette må dokumenteres i journal og helsekort.

Graviditeten vurderes kontinuerlig og kan endres fra ”grønn til ”rød” under hele forløpet. Det bør utarbeides en sjekklister som vil lette arbeidet med å identifisere overgang fra grønn til rød graviditet.

1.5 Skriftlig dokumentasjon og kommunikasjon i tillegg til helsekortet

Kommunikasjonen og informasjonsflyten mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene må forbedres. I utgangspunktet er Helsekortet ikke fullgodt, særlig ikke papirversjonen. Det kan være utilgjengelig i akutte situasjoner eller ved forglemmelse etc.. Tilgang til et felles elektronisk ”helsekort” som del av fremtidig kjernejournal, kan være en god løsning. Den elektroniske løsningen som er valgt i forhold til ” individuell behandlings- og oppfølgingsplan” kan også være et alternativ.

Det forutsettes formell informasjonsutveksling mellom jordmor og fastlege. Dette er spesielt viktig etter førstegangskontrollen.

1.6 Fødsels- og foreldreforberedende kurs

Dette har i utgangspunktet vært kommunenes ansvar. Målet med kursene er å bygge nettverk mellom de gravide, og gi kunnskap om svangerskapet, fødselen og barseltiden. I den foreldreforberedende delen settes det fokus på samliv, familie og rettigheter.

Tilbudet skal være tilgjengelig for alle. En må spesielt legge vekt på å motivere til deltagelse av førstegangsfødende og kvinner med minoritetsbakgrunn og deres partnere.

Omvisning på fødested bør erstattes av orienteringsvideo og bruk av internett.

Videoomvisningen bør legges på helsestasjonenes og sykehusenes hjemmeside. For gravide med særlige behov kan fysisk omvisning være nødvendig.

1.7 Seleksjon, valg og inntak til fødested

Spørsmål om valg av fødested bør nevnes allerede på den første kontrollen. Seleksjonskriterier kan gjøre valget begrenset, men det er uansett viktig å ta opp temaet. Fødested bør være et bevisst valg tidlig i forløpet. Nå er vanlig praksis at ultralydhenvisningen samtidig utgjør ”søknad” til fødested uten at den gravide nødvendigvis er fullt ut orientert om dette.

Henvvisning til fødested kan gjøres enkelt ved at man legger inn en avkrysningsmulighet på ultralydhenvisningsskjemaet. Ultralydhenvisning og søknad om fødested kan dermed løses på samme skjema. Ultralydhenvisningen bør inneholde:

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

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

I takt med medisinsk faglig utvikling er det naturlig å utvikle seleksjonskriteriene i et samarbeid mellom helseforetak og kommuner.

1.8 Standardisering av informasjon til den gravide

Informasjon til den gravide skal som beskrevet tidligere gis i forbindelse med kontrollene, fortrinnsvis ved førstegangskontroll. I tillegg skal helseforetakene sammen med kommunene utvikle et nettsted hvor de gravide og helsearbeidere kan finne relevant kunnskap om graviditet, fødsel og barsel og hva som forventes av den gravide og hennes partner under fødselen. Det er utarbeidet mye informasjonsmateriell nasjonalt som kan benyttes.

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

2. Fødselsomsorg

Som oppfølging av Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) ble ”Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjonene” utarbeidet. Et trygt fødetilbud beskriver seleksjonskriterier, kvalitetskrav til fødeinstitusjonene, herunder bemanning og kompetanse. Helseforetakene skal implementere seleksjonskriterier, krav til bemanning og kompetanse ved fødeinstitusjonene. ”Et trygt fødetilbud” er vedlagt som elektronisk lenke. (Referanse 5)

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

Styret for Helse Midt-Norge har i forbindelse med Strategi 2020 fattet følgende vedtak som spesifikt er innrettet mot fødetilbudet:

”Helse Midt-Norge skal tilby en helhetlig svangerskaps-, føde- og barselomsorg i tråd med nasjonale anbefalinger. Helse Midt-Norge RHF er ansvarlig for å utarbeide en helhetlig plan for tilbudet sammen med kommunene. God og forutsigbar kvalitet forutsetter robuste vaktordninger. Dette tilsier at antall fødeavdelinger i regionen må vurderes. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at hovedregelen skal være en fødeavdeling i hvert foretak. Geografiske forhold må imidlertid vektlegges i utformingen av det helhetlige tilbudet til de fødende. Fødestue som tilbud ved normale fødsler kan

inngå som en del av fødselsomsorgen. Fødestuer må vurderes som et alternativ, også ved store sykehus. Fødestuer kan ikke inngå i fødetilbudet før avtaler om forsvarlige følgetjenester er inngått med kommunene. Det skal ikke gjennomføres endringer i fødetilbudet før den regionale planen for fødselsomsorg er vedtatt og godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet”

De faglige kravene til innhold, bemanning og kompetanse i fødselsomsorgen er beskrevet i ”Et trygt fødetilbud”. (Referanse 1) Disse vil danne grunnlag for Helse Midt-Norges arbeid med å realisere styrevedtaket.

Overgangen fra svangerskapsomsorgen til fødselsomsorgen krever godt samarbeid basert på entydige avtaler og felles prosedyrer. De gravide skal oppleve et helhetlig tilbud til tross for at det formelle ansvaret er plassert hos ulike forvaltningsnivå. Særsilt gjelder dette situasjoner hvor fødselen er forbundet med risiko for mor og/eller barn.

Tiltak som bør gjennomføres i planperioden er:

2.1 Formalisert samarbeid mellom forvaltningsnivåene

Helseforetakene bør inngå samarbeidsavtaler med kommunene om helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Avtalene bør inneholde

- Ansvar og oppgaver i overgangen mellom svangerskapsomsorgen og fødselsomsorgen
- Melderutiner som sikrer at helseforetaket er kjent med forventet nedkomst og identifisert risiko
- Samarbeid som sikrer at en ved valg av fødested tar hensyn til at fødselen skjer etter anbefalte seleksjonskriterier og vurdering av barnets helse
- Ansvar og oppgaver i de tilfellene hvor den gravide får tilbud om fødsel utenfor eget helseforetak

2.2 Standardisert informasjon

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

Innvandrerkvinner må i tillegg informeres om hvordan fødsel foregår ved norske sykehus, og at man ikke kan forvente å få en kvinnelig lege ved undersøkelser og fødsel på sykehus.

2.3 Seleksjon/differensiering

Det eksisterer i dag rutiner for seleksjon for valg av fødested. Rutinene er forskjellige ved de ulike helseforetakene. Klassifisering ”rød og grønn” er godt innarbeidet. En fødsel overvåkes kontinuerlig og kan endres fra ”grønn til ”rød” under hele forløpet. Det er behov for å etablere helt entydige kriterier for seleksjon. En må unngå at fødsler omklassifiseres på bakgrunn av vurdering etter fødselen.

Alle helseforetak skal etablere felles system som sikrer kontinuerlig seleksjonsvurdering etter ankomst til sykehus. Det må utarbeides:

- Standardiserte pasientforløp og prosedyrer for gravide med identifisert risiko og normalfødende i Midt-Norge

- Felles retningslinjer for vurdering og tiltak til overtidige
- Felles kriterier for risikovurdering etter innleggelse i sykehus, ut i fra kriteriene i ”Et trygt fødetilbud”

Å avvike fra anbefalinger i ”Et trygt fødetilbud” må være faglig vurdert og grunnlagt. For eksempel etter vurdering av regionalt fagnettverk.

3. Barselsomsorgen

Parallelt med at helseregionene utarbeider helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorgen har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide forslag til nasjonale faglige retningslinjer for barselsomsorgen. Det er nedsatt nasjonal arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til retningslinjer. Arbeidet skal være sluttført i 2012. ”Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjonene” (Referanse 1) beskriver forslag til kvalitetsindikasjoner og krav til informasjon og kommunikasjon for barselsomsorgen.

Det er innført kortere liggetid ved flere barselavdelinger. Ved mange sykehus foregår deler av barseltiden ved sykehotell. Kommuner opplever at redusert liggetid påfører kommunene nye oppgaver og at endringer i liggetid i liten grad diskuteres med kommunene før slike endringer gjennomføres.

3.3 Tiltak som bør gjennomføres i planperioden:

3.3.1 Samarbeidsavtalenes ansvar og oppgaver i barselperioden.

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

- Melderutiner til kommunen når fødselen har funnet sted. Melderutinene bør inneholde
 - Tidspunkt og metode for hvordan slik melding skal skje
 - Når kvinnen forventes utskrevet
 - Rød/grønn vurdering
- Beskrivelse av helhetlig barselforløp
 - Avtaler om barseltidens lengde i sykehus, og oppgave/ansvarsfordeling dersom barseltiden på sykehus reduseres
 - Standard plan for oppfølging av mor/barn hvis grønn
 - Retningslinjer for personlig plan for mor og eventuelt barn hvis rød
- Felles retningslinjer for å håndtere situasjoner som dødfødsel, omsorgsovertakelse, spesielle behov, rus og samarbeid med barnevern
- Det bør utarbeides felles regionale kriterier for rød/grønn vurdering i barselsomsorgen

3.3.2 Seleksjon av ”røde og ”grønne” barselkvinner/nyfødte

Det skal utarbeides kriterier på regionalt nivå for å identifisere barselkvinner med særlige behov/risiko. Særlige behov/risiko er

- Ammeproblemer/komplikasjoner
- Rusproblem
- Psykiske lidelser, f.eks depresjon
- Omsorgsevne
- Nyfødte med særlige behov

- Kroniske lidelser
- Diabetes
- Store rifter

3.3.3 Spesialisthelsetjenestens ansvar i barselsperioden

A. Å tilby barselopphold av tre dagers varighet.

Dette innebærer

- Etablert amming hos de fleste
- Barnelegevisitt er gjennomført
- Føllingstest er tatt
- Jordmorsamtale er gjennomført

Dersom oppholdet er av kortere varighet har sykehuset ansvar for å sikre at Føllings prøve tas. Lengden på barselstiden kan endres i dialog mellom helseforetak og kommuner. Dersom den gravide selv ønsker å reise tidlig hjem, forutsettes det at det er lagt til rette for dette både i helseforetak og kommune.

B. Å sikre at alle sykehus med fødetilbud er Mor-barn-vennlige sykehus.

Følgende tiltak bør i tillegg innføres

- Besøksrestriksjoner
- Standardisering og tydelig innhold i barseloppholdet.
- Utarbeiding av kunnskapsbaserte prosedyrer med dagsplan/sjekkliste
- Klargjøring av forventninger og fars rolle under barseloppholdet
- Vurdering av lengre opphold i barselavdelinger når risiko er identifisert hos mor eller barn
- Initiert om en individuell oppfølgingsplan der det er identifisert særlige behov i samråd med kommune

3.3.4 Kommunenes ansvar i barselsperioden

For å sikre trygghet og en god start kan følgende tilbud i kommunen etter utskriving fra fødeavdeling vurderes

- Konsultasjon i hjemmet som inneholder informasjon og observasjon, ev undersøkelse av barselkvinne, barn og familien innen 2 virkedager. Alternativt tidlig telefonkonsultasjon, med påfølgende hjemmebesøk innen en uke
- Ammeveiledning av ammekyndig personale
- Forsikring om at barnet følger vekst og utvikling som forventet
- Fokus på mors helse, særlig vekt på depresjon
- Samspill mellom foreldre og barn.
- Etterkontroll av mor 6-8 uker. Postpartum med fokus på samliv og prevensjon, psykisk og somatisk helse
- Individuell oppfølgingsplan for den enkelte når risiko er identifisert hos mor eller barn. Det skal vurderes lengre opphold i barselavdelinger i slike situasjoner

4. Risikogrupper

4.1 Identifisere risikogrupper

Ett av de foreslåtte tiltakene i denne planen er at det skal gjennomføres risikovurderinger gjennom hele svangerskapet, under fødselen og i barselsperioden. Dette innebærer at det bør

utarbeides felles seleksjonskriterier for å identifisere gravide som er utsatt for risiko utover det normale.

Seleksjon av gravide, som bør henvises videre, baseres på ”Nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen” IS-1179, s 44-45. (Referanse 2)

Hensikten med tidlig identifisering av risiko er å

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

4.2 Somatiske risikofaktorer er blant annet

- Keisersnitt tidligere – trenger nødvendigvis ikke ha over 8 kontroller.
- Kjønnsllestelse
- Tvillinger
- Forventer sykt barn
- Sykelig overvekt/undervekt
- Kroniske sykdommer, tidligere komplikasjoner
- Funksjonshemmede
- Røyking

Når det gjelder forhold av psykologisk og/eller sosial art har vi per i dag ikke gode nok systemer for å identifisere og fange opp gravide med denne type problemstillinger. Det må også utvikles mer kunnskap om hvilke tiltak som virker.

4.3 Psykososiale risikofaktorer er blant annet

- Asylsøkere/flyktninger
- Tenåringsgravide
- Forbruk/misbruk av illegale rusmidler og alkohol
- Gravide i legemiddelassistert rehabilitering
- Overgrep/vold
- Fødselsangst
- Psykiske lidelser

For tiden pågår utprøving av et kartleggingskjema for rusbruk hos gravide. Kartleggingskjemaet skal etter planen innføres for å identifisere gravide med rusrelatert problematikk.

4.4 Oppfølging barn

Alle barn, og spesielt premature, kartlegges i forhold til funksjonsnivå og samspill. EPDS-screening skal utføres to ganger. EPDS-screening kartlegger mors tristhet og depresjon. Hensikten med kartleggingen er tidlig identifisering av problemer og intervensjon. Helsesøstertjenesten er sentral i dette arbeidet.

4.5 Eksempel på andre samarbeidstiltak

- **Familieambulatoriet**

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

Per dags dato er Familieambulatoriet etablert som et prosjekt i spesialisthelsetjenesten i nært samarbeid mellom BUP, NAV, Barnevernet, fødeavdeling, barneavdeling og tolketjenester.

- **Barnevern**

- **Helsesøstertjenesten**

Del 2 – Beredskaps- og følgetjeneste

5. Beredskaps- og følgetjeneste

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.

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 for etablering av slik tjeneste (Referanse 5)

Departementet forutsatte at jordmorberedskap og følgetjeneste ble videreført/opprettholdt omtrent på samme nivå inntil helhetlig plan og nye avtaler kom på plass. Avtalene som skal inngås mellom RHFet/HFene og berørte kommuner tar utgangspunkt i reiseavstander utover 1,5 time.

Noen kommuner hadde før overtakelsen etablert beredskap og følgetjeneste, andre hadde det ikke. Noen kommuner med lang avstand til sykehus har ikke hatt beredskap og følgetjeneste. Det er kommuner med under 1 time reisevei som har etablert følgetjenester. Ordningen i noen kommuner har bestått i at kommunejordmor har hatt vaktperiode ca 6 dager før termin og til fødsel har funnet sted. Noen kommuner har etablert en samarbeidsordning mellom to/flere kommuner, hvor jordmødre har vaktturnus. Departementet forutsetter at jordmorberedskap og følgetjeneste ble videreført omtrent på samme nivå som tidligere inntil det foreligger nye avtaler.

Å etablere følgetjenester i henhold til kravene i dette dokumentet vil kompensere for ulemper som følge av at noen har lang avstand til nærmeste sykehus.

5.1 Mål for følgetjenesten

- Transport og fødesituasjonen skal oppleves som trygg og forutsigbar
- Det skal være beredskap og følgetjeneste der reisetid til fødeavdeling overstiger 1,5 time
- Det skal sikres tilgang til fødselskompetanse ved behov for vurdering og bistand ved transport til sykehus.
- Redusere antall fødsler i ambulansebil

- Unngå unødige ambulanse- og drosjetransporter til sykehus
- Unngå unødige/for tidlige innleggelser

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

5.2 Faglig krav

- Behovet for følgetjeneste skal vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle (jfr st.mld 12, Referanse 5)
- 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

5.3 Kriterier for å utløse følgetjeneste:

- Vannavgang, avvikende leie
- Mistanke om placentalsøsning
- Truende prematur fødsel
- Multipara i fødsel
- Vannavgang og etablerte rier
- Fødselsangst
- Tidligere dødfødsel
- Tidligere traumatisk fødsel
- Antatt fødsel før ankomst til fødested

Transportform og valg av fødested for selekterte ”røde” gravide vurderes i hvert enkelt tilfelle. Det er situasjoner som per i dag løses tilfredsstillende. De utløser stort sett ikke behov for følgetjeneste, da det legges opp til planlagt reise og innleggelse for denne gruppen.

Noen fødende har reisetid over 3 timer. De bør få tilbud om innleggelse ved sykehotell eller hotell ved sykehuset 2 uker før termin.

Ved spontan fødselsstart hjemme, der reisetid er over 3 timer, bør helikoptertransport fortrinnsvis brukes.

5.4 Reisetid

Reisetid beregnes ut i fra NAF veiboka (www.google-maps.no)

Beregnes fra kommunesenter til nærmeste primærsykehus (dvs. det sykehus man ville blitt innlagt ved ordinær akuttinnleggelse)

Ved behov for følgetjeneste legges ikke ”fritt sykehusvalg” til grunn

Det skal ikke korrigeres for ambulansestasjonens plassering

Inklusive ferjetid for de steder som er avhengig av det.

Regner ikke tillegg for vurderingstid for jordmor eller responstid for ambulanse

5.5 Det kan etableres følgetjenester til tross for at reisetiden er kortere enn 1,5 time når det er

- Vanskelige båt/fergeforbindelser
- Spesielle forhold som gjør kjøretiden svært uforutsigbar
- Særlig vanskelige forhold vinterstid for eksempel vinterstengte veier

Det er helseforetakenes ansvar å bli enige med sine kommuner om det skal etableres følgetjenester dersom særlige situasjoner taler for det.

5.6 Organisering

Det legges til grunn tre alternative måter å organisere vakt for beredskaps- og følgetjeneste der reisetiden er over 1,5 time.

1) **Ordning med kontinuerlig interkommunalt vaksamarbeid for kommuner som ligger geografisk samlet, og som har et visst fødselsvolum**

Det er erfaringer for at ordningen fungerer tilfredsstillende f.eks. i Ytre Namdal med fire kommuner og ca 130 fødsler årlig. Her vil vakthavende jordmor rykke ut til den fødende for vurdering av situasjon og eventuelt følgetjeneste etter oppkalling fra legevakt. Det bør være minst 3 jordmødre som inngår i en slik beredskapsordning. Legevaktene har et krav om 4, men jordmødre har erfaringmessig lavere etterspørsel, så der kan det være tilstrekkelig med 3 stillinger som deler ansvaret. Vaktperiodene bør ikke være mer enn 4 døgn i sammenheng.

2) **Kontinuerlig beredskapsordning knyttet til primærsykehuset**

Det kan være aktuelt der kommunene har lave fødselstall og geografisk ligger langt fra hverandre og over 1,5 time fra sykehuset. I denne ordningen vil vakthavende jordmor rykke ut for å møte den fødende for følge inn til sykehuset. Det gravide/fødende ringer også her AMK for vurdering av situasjonen. AMK kontakter jordmor i vakt og/eller legevakt. Det rykkes ut for vurdering/følgetjeneste hvis det er behov for det. En ordning med beredskapsordning på sykehuset kan også brukes ved behov for jordmorhjelp under transport uavhengig av avstand fra sykehuset.

1) **Behovsuttøst beredskapsordning for enkeltstående kommuner med lavt fødselstall**

Noen kommuner har per i dag en ordning med at jordmor går inn i vaktperiode fra 6 dager før termin og inntil fødsel. Da har de vakt hele døgnet kontinuerlig i denne perioden. I kommuner med få fødsler kan dette være realistisk ordning så fremt det er en jordmor som aksepterer slike arbeidsbetingelser. Det anbefales ikke som en ordning i kommuner med over 10 fødsler pr år. Det gir uforutsigbare arbeidsforhold for jordmor, og er en utilfredsstillende og uklar løsning når det gjelder situasjoner som kan oppstå uavhengig av oppgitt termin. Her må det beskrives nøye hvilken ordning og rutiner som gjelder når stedlige jordmor ikke har eller kan ha vakt.

5.7 Samhandling – kommunikasjon

5.7.1 Samhandling og kommunikasjon mellom den gravide og helsetjenesten

Der reisetid er lik eller overstiger 1,5 time:

- Den gravide tar selv kontakt med fødeavdelingen og avklarer om/når hun bør dra til fødeavdelingen
- Hvis den gravide er usikker på situasjonen og har behov for vurdering eller følge til sykehuset, bør all kommunikasjon gå via legevaktsentral eller AMK. Hvis det er behov for

det, kontakter legevaktsentral/AMK vakthavende jordmor. Jordmor/legevakt beslutter følgetjenesten på bakgrunn av vurdering av den fødende.

- En reiseavstand på mer enn 1,5 time utløser ikke følgetjeneste, men gir rett til vurdering og eventuelt følge til sykehus

Der reisetiden er under 1,5 time bør den gravide i første omgang konsultere fødeavdelingen hvis fødselen er i gang. Ved behov kontaktes legevakt eller ambulanse.

Akutte situasjoner hos den gravide:

Hvis ikke annet er avtalt, skal gravide hvor det oppstår uventede/plutselig akutsituasjoner forholde seg til legevakt som de ville gjort i enhver annen akutsituasjon. Gynekolog/jordmor vil tilkalles/konsulteres der er relevant.

5.8 Rutiner for samhandling – kommunikasjon mellom aktørene i helsetjenesten

Ved tilkalling til legevaktsentral/AMK:

- AMK/legevaktsentral benytter norsk indeks for medisinsk nødhjelp, for øvrig bør tilkallingsrutinene være som følger:
- Rekkefølge ved tilkalling fra legevaktsentral eller AMK:
 - 1 Jordmor i vakt
 - 2 Annen jordmor i beredskap v/nærmeste sykehus/kommune
 - 3 Fødeavdeling
 - 4 Legevakt hvis jordmor ikke tilgjengelig
 - 5 Dersom annet personell ikke er tilgjengelig/samtidighetskonflikter kan det i unntakstilfeller benyttes ”private” jordmødre (som per i dag refunderes fra Helfo)

5.9 Finansiering av beredskaps- og følgetjeneste

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.

Departementet finner det rimelig at finansieringsansvaret for følgetjenesten på sikt forankres i RHF-systemet. Det vil bli utredet nærmere, og det er antydnet en overgangsperiode på ett til to år. Det innebærer at dagens ordning med takstbasert finansiering for følgetjenesten over folketrygden videreføres inntil videre. Beredskapstjenesten har kommunene finansiert der det er etablert. Som tidligere nevnt er ansvaret nå lagt til helseforetakene.

Å etablere følgetjenester for gravide som har lengre reisetid enn 1 ½ times reisevei vil medføre økte utgifter sammenlignet med dagens løsninger, fordi kommunene i varierende grad har etablert følgetjenester og beredskap for denne, også i kommuner med lang reiseavstand til nærmeste sykehus. Vi har ikke beregnet eksakt helseforetakenes utgifter fordi kostnadene til følgetjenester vil være avhengige av valg av organisering av tjenesten og resultatet av de avtalene som helseforetakene inngår med kommunene.

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

Eksempel på kostnader ved kontinuerlig beredskapsordning:

Et stykk beredskapsordning = 1,3 stilling gir årlig kostnad 780 000,-

Beregningsgrunnlag:

Beredskap 365 dager x 24 timer/4 (timefaktor 1:4) = 2.190 timer

Jordmor i 100 % stilling = 37,5 t/uke x 47 uker = 1.762 timer.

Kostnad per stilling/årsverk: 600.000,-

Antall årsverk i beredskapsordningen: 2.190 t / 1.762 timer = 1,25 stillinger. Avrunder opp til 1,3 stilling inklusive utrykninger/følgetjeneste

Det er vanskelig å beregne flere kostnader med framtidige følgetjenester fordi dette avhenger av hvilken organisering som legges til grunn. I tillegg er det vanskelig å få oversikt over kommunenes utgifter til følgetjenester. Vi vil likevel gi noen eksempler:

- Helse Nordmøre og Romsdal har 4 kommuner med lengre reiseavstand enn 1,5 time. Med utgangspunkt i beregningen over vil helseforetaket få økte utgifter tilsvarende 3 millioner kroner per år dersom det i den aktuelle kommunen er kontinuerlig beredskap.
- St. Olavs Hospital har i dag minimale utgifter til beredskap for følgetjenester. I helseforetakets opptaksområde er det 9 kommuner hvor innbyggerne har lengre enn 1,5 times reiseavstand til nærmeste sykehus. Dersom en er i stand til å etablere interkommunalt samarbeid kan en etablere 4 vaktordninger som dekker tilbudet til de 9 kommunene. Dette innebærer økte utgifter tilsvarende vel 3 millioner kroner per år. Det er grunn til å tro at det er mulig å finne fram til løsninger som har like god kvalitet til en billigere pris sammen med kommunene.

Som tidligere nevnt dekkes utgiftene som den følgende jordmor har via HELFO. HELFO kan ikke refundere til helseforetakene. De kan kun refundere til kommunene jf. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Ifølge brev sendt den 27.4.2010 fra Helse- og omsorgsdepartementet kan ikke helseforetak fremsette krav om stønad til jordmorhjelp overfor HELFO.

Når det gjelder skyssutgifter til retur for jordmor, forstås det slik dersom jordmor ledsager i ambulanse, er det helseforetaket som er ansvarlig for å dekke skyssutgiftene hjem igjen.

5.10 Avtaler mellom kommuner og helseforetak om følgetjenester og beredskap for denne

Avtalene skal inneholde:

- Innholdet i beredskaps- og følgetjenesten
 - Hva forventes
 - Kvalitetskrav
- 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
- Ansvar for en til enhver tid oppdaterte vaktlister/tlf legevakt og AMK

Del 3 - Samarbeid i regionen

6. Kompetanse- og bemanningsplan

6.1 Rekruttering av legespesialister i regionen

Rekruttering av spesialister er en prioritert oppgave. I denne sammenheng må det være fokus på systematisere utdanningsløpene til leger i spesialisering, slik at de ikke forsinkes i utdanningsløpet, eller at regionen ikke utnytter utdanningskapasiteten optimalt. Det skal til enhver tid være reelle utdanningskandidater i utdanningsstillingene. Det er et mål at regionen skal utdanne tilstrekkelig med spesialister til å etterkomme egne behov.

Tiltak som bør iverksettes

- 1) Når utdanningskandidatene går inn i et spesialiseringsløp bør de få tilbud om et fastsatt utdanningsprogram hvor kravene til spesialisering kan innfris innen en gitt tidsperiode. Det kan medføre at ingen assistentleger kan gjennomføre hele spesialiseringsløpet ved St Olav, men at alle/de fleste assistentlegene må ta deler av spesialiseringen ved et annet sykehus. Det er en praksis som ellers gjelder alle leger i spesialisering ved sykehus som ikke tilbyr gruppe 1 tjeneste.
- 2) Utdanningsstillingene skal ikke tilbys til leger som er ferdige med kravene i henhold til spesialisering. Leger som ikke ønsker/kan fullføre en spesialisering skal ikke ha anledning å oppta en utdanningsstilling.

Små og perifere fødeavdelinger må ha særskilt fokus på rekruttering.

Begge tiltakene vil øke kapasiteten og tilgang til gruppe 1 tjeneste, og dermed øke antallet spesialister. RHFet har ansvar for at disse tiltakene iverksettes fra 2011.

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

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

6.2 Kompetansehevende tiltak

6.2.1 Kurs

Innføring av regional helhetlig plan krever systematisk kursing for å sikre

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

Det bør legges opp til å arrangere kurs årlig i de nærmeste 2 - 3 år. Deretter vurderes behovet for videre felles kurs.

Helseforetaket kan ta et koordinerende ansvar for å utarbeide innhold i kursene sammen med kommuner og relevante fagforeninger.

Innføring av nye ordninger for beredskaps- og følgetjeneste involverer mange parter. Alle må ha grundig kjennskap til ansvar og myndighet, funksjon og rutiner. Det medfører at det må tilbys kurs/informasjon til legevaktssentraler, AMK, ledere, jordmødre og leger i kommunene og sykehusene.

De må ha kunnskap om beredskapsordninger i fylket, hvem som omfattes av beredskapen, rutiner for tilkalling, faglige og administrative rutiner. Spesielt oppmerksomhet må rettes mot aktuell informasjon til den gravide og hva som vil være den gravides neste steg når de ringer.

6.3 Rotasjon/hospitering

Det stilles klare krav til hospiteringsordninger i ”Et trygt fødetilbud”. I den forbindelse kan rotasjonsløsning være like lærerikt som hospitering, og en atskillig rimeligere ordning. Det bør derfor vurderes en ordning for rotasjon og hospitering for leger og jordmødre. Ordningen bør omfatte både sykehus og kommuner.

St. Olavs hospital bør få et tydelig regionsansvar for etablering av slik ordning. Et forslag er å til enhver tid benytte en overlegehjemmel som grunnlag for rotasjonsordning. Det kan legges opp til gjensidig rotasjonsordning, og at andre helseforetak kan komme inn ved fagpermisjoner etc. Dette krever svært god planlegging. Avtaler bør inngås minst ett år i forkant.

6.4 Bemanningskrav

Rapporten ”Et trygt fødetilbud” (Referanse 1) stiller krav til bemanning ved fødeinstitusjonen. Kravet om robuste og stabile legemiljø ved fødeinstitusjonene krever minst 4-delt, helst 6-delt vaktordning. Å rekruttere og beholde legespesialister kan lykkes i langt større grad dersom man utdanner sine spesialister innen regionen og rekrutterer blant leger som har lokal tilhørighet. En utfordring er mangelen på utdanningsstillinger, og mangelfull utnyttelse av utdanningsstillingene.

Det blir den enkelte arbeidsgivers oppgave å sørge for tilfredsstillende bemanning ut fra de faglige og administrative krav som stilles.

Kommuner oppfordres til å inngå avtaler med sykehusene om kjøp av jordmortjenester. Det kan spesielt være aktuelt der det er små stillingsdeler og/eller vanskelig å rekruttere jordmødre. Jordmødre i kommunene kan med fordel benyttes til andre oppgaver enn svangerskapsomsorg, særlig barselomsorg og forebyggende helsearbeid bør være aktuelle områder. En styrket jordmortjeneste i kommunene kan bidra til en mer hensiktsmessig oppgavedeling mellom sykehus og kommune, og muliggjøre redusert liggetid på barsel og mindre svangerskapskontroller i spesialisthelsetjenesten.

De kliniske samarbeidsutvalgene er ansvarlig for at det arrangeres årlige kurs for alt personell. De øvrige kravene til ansattes kompetanse og bemanning er den tilsattes arbeidsgiver ansvarlig for.

Det kan også være aktuelt å vurdere kombinasjonsstillinger for legespesialister.

7. Faglig samarbeid

I forbindelse med helhetlig plan er det et mål å få likeverdige tjenester i regionen. Det fordrer samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og institusjoner. Det bør etableres kliniske samarbeidsutvalg i hvert HF-område/fylke. I det faglige samarbeidet trekkes perinataalkomiteene og regionale fagnettverk frem. Ordningen med praksiskonsulent kan styrke det faglige samarbeidet, og bør innføres som et ledd i denne planen.

7.1 Perinataalkomite

Perinataalkomiteenes oppgave er å evaluere, forbedre og lære av feil innen det obstetriske fagområdet. Nyten av perinataalkomite er godt dokumentert. I rapporten et ”Et trygt fødetilbud” tillegges perinataalkomiteene å ha en viktig funksjon i forhold til kvalitetssikring av fødetilbudet. (Referanse 1) De lokale perinataalkomiteene skal videreføres/revitaliseres i helseregionen, både lokalt og regionalt.

Det er i Helse Midt-Norge besluttet at Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF skal ha felles perinataalkomite. Det samme gjelder Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF. I tillegg skal det være en regional perinataalkomite. Det har i disse komitéene vært aktiviteter i varierende grad. Innen utgangen av 2010 skal perinataalkomiteene være i aktiv virksomhet. Det regionale helseforetaket har ansvar for at dette skjer og at komitéene har eget budsjett og sekretariat.

Det bør vurderes og beskrives hvilken rolle den regionale og lokale perinataalkomiteen bør ha i realiseringen av ”helhetlig plan for svangerskap, fødsel og barselomsorg”. Komiteen kan for eksempel ha en sentral rolle i utformingen og praktiseringen av seleksjonskriterier for svangerskap og fødsel i regionen.

7.2 Kliniske samarbeidsutvalg

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

Det bør oppnevnes kliniske samarbeidsutvalg som underutvalg for administrative samarbeidsutvalg i hvert helseforetaksområde. De kliniske samarbeidsutvalgene får sine mandat fra en regional styringsgruppe som koordinerer implementeringsarbeidet frem til 2012. Dette for å sikre felles utforming og konkretisering i regionen.

Prioriterte oppgaver:

- Standardisere innhold i førstegangskontrollen
- Retningslinjer for informasjon internt i kommunen og mellom kommune og sykehus
- Seleksjonskriterier, differensiering av psykososiale risikofaktorer
- Metoder for kartlegging av psykososiale problemstillinger
- Standardisere henvisning til fødested på RULskjema, svarbrev, pasientinformasjons fra sykehusene
- Gjøre prosedyrer kjent

7.3 Praksiskonsulent

I realiseringen av helhetlig plan bør ordningen med praksiskonsulent vurderes. Det er et relevant tiltak med hensyn til å forbedre forståelse, kompetanse og samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Praksiskonsulenten tilsettes i helseforetaket i delstilling. Ordningen er vanligst for leger, men kan også gjelde jordmødre.

8. Administrativt samarbeid i regionen

8.1 Administrativt samarbeid i regionen

I forbindelse med helhetlig plan er det et mål å få likeverdige tjenester innad i regionen. Det fordrer samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og institusjoner. Samarbeidet må rette seg mot både faglige og ledelsesmessige utfordringer. Tidligere i denne planen er det foreslått å opprette administrative og kliniske samarbeidsorgan.

For å samordne oppdrag til ulike aktører for å realisere helhetlig plan, foreslås det etablering av en regional koordineringsgruppe på tvers av helseforetak og kommuner.

8.1.1 Informasjonsutveksling

Det etterlyses revidering av helsekortet, og muligheten for en elektronisk løsning for helsekortet. Alle nivå bør ha tilgang til helsekortet. Det bør legges til rette for at alle meldinger må bli elektroniske via Norsk Helsenett. Inntil nasjonale ordninger er på plass bør samhandlingsrutiner beskrives i de lokale avtalene mellom hvert helseforetak og tilhørende kommuner. Helse Midt-Norge RHF har ansvar for at arbeidet med å utvikle elektroniske meldinger mellom helseforetak og kommuner tas opp nasjonalt.

8.2 Økonomisk ramme / finansiering

Kommuner og sykehus har i all hovedsak god svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg. Det faglige ansvaret for virksomheten er godt avklart mellom sykehus og kommuner, likeså det økonomiske ansvaret. Et bredt faglig samarbeid på systemnivå, med standardisering og kvalitet som stikkord er viktig for å kvalitetssikre tjenestene og redusere avvik og ulikheter i tjenestetilbudet.

8.2.1 Om fordeling og effektivisering av ressursene

- Tilby friske gravide kontroller i samsvar med nasjonale anbefalinger.
- Frigjøre ressurser til de områder som skal styrkes.
- Kombinasjonsstillinger gir god faglig og organisatorisk innsikt.
- Unngå unødvendige henvisninger ("for sikkerhetsskyld henvisninger").
- Utvikle nettbasert kommunikasjon.

8.2.2 Krav om økte ressurser

- Styrke tilbudet til gravide med særlige behov

- Videreføre perinataalkomit er
- Opprette administrative og kliniske samarbeidsorgan.
- Program for kompetanseheving
- Styrke veiledningen mellom sykehusene og kommunene
- Oppfølging av kvalitetskrav som beskrevet i ”Et trygt fødetilbud” og andre nasjonale føringer
- Etablering av følgetjenester og beredskap for alle som har lengre reiseavstand enn 1,5 time til nærmeste fødested
- Praksiskonsulenter

Del 4 – Hvordan realisere og evaluere planen?

9. Implementering av plan

Mange av tiltakene som foreslås i helhetlig plan berører både kommuner og helseforetak.

Fordi planen inneholder mål og tiltak som skal gjennomføres både i helseforetak og kommuner, ser vi det som nødvendig at det utarbeides en felles regional implementeringsplan. Det regionale helseforetaket har ansvar for at dette skjer.

- Felles sak til administrativt samarbeidsorgan i alle helseforetak
- Implementeringsplan for å realisere tiltakene.
- Beredskaps- og følgetjeneste skal være på plass innen 1. juni 2011,
- Alle helseforetak skal ha perinatalkomité innen 1. januar 2011.
- Kommunikasjonsplan utarbeides..

9.1 Tiltak som bør være lik i hele regionen

- Entydig beskrivelse av tilbudet om beredskaps- og følgetjeneste i regionen
- Rekruttering/utdanning av spesialister – tilby utdanningsstillinger med fastsatt innhold i forhold til tjenestested, -periode og kurs
- Entydige seleksjonskriterier
 - a. gravide
 - b. fødende
 - c. barsel/nyfødte
- Mandat for praksiskonsulenter

9.2 Lokale tiltak

- Utprøving av kombinasjonsstillinger
- Utarbeiding av skriftlig informasjonsmaterieil
- Lokal ordning for beredskapsvakt og følgetjeneste

10. Kvalitetsindikatorer og evaluering

Aktuelle kvalitetsindikatorer

10.1 Følgetjenesten

- Andel fødende som har fått vurdering av jordmor eller lege før reise til fødested

- Andel transportfødslar med og uten kvalifisert assistanse (jordmor eller lege)
- Bruk av ambulansar
- Avvikende hendelser
- Antall utrykningar under 1,5 time reisetid
- Antall/andel turer til fødested med umiddelbar retur eller innleggelse for å avvente fødsel

10.2 Svangerskapsomsorgen

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

10.3 Fødsel

- Andel grønne og røde fødsler ved de ulike fødeinstitusjonene

10.4 Barsei

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

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

11. Arbeidet med forslag til helhetlig plan

Helse Nord-Trøndelag og KS i Nord-Trøndelag etablerte følgende arbeidsgrupper som utarbeidet planforslaget:

Arbeidsgruppen i Nord-Trøndelag har bestått av:

Prosjektleder Wenche P. Dehli, Helse Nord-Trøndelag
 Trude Viem Dahl, enhetsleder helsestasjon i Steinkjer kommune
 Bodil Dyrstad, kommuneoverlege i Stjørdal kommune
 Tina Eilertsen, avdelingsleder og overlege i Helse Nord-Trøndelag
 Anne Judith Skarland, jordmor i Høylandet kommune
 Liv Hanne Gansmo, jordmor i Helse Nord-Trøndelag og Levanger kommune
 Heidi Klingen Lauten, jordmor i Nærøy kommune
 Rune Modell, Klinikleder prehospitai klinikk Helse Nord-Trøndelag
 Torgeir Schmidt- Melbye, kommuneoverlege i Leksvik kommune
 Bodil Klev Urstad, jordmor i Snåsa kommune

Aini Storvik, prosjektsekretær hos Helse Midt- Norge RHF.

Lene Fundtaunet, brukerrepresentant "Liv laga" fra Stjørdal fikk ikke mulighet til å delta.

Etter at planforslaget var utarbeidet ble det avholdt høringsmøter i Stjørdal for alle kommuner og helseforetak i Trøndelagsfylkene, og i Ålesund for kommuner og helseforetak i Møre og Romsdal. Innspillene som kom fram i høringsmøtene er innarbeidet i dette planforslaget.

12. Referanseliste

Publikasjoner og Rapporter:

1. **Helsedirektoratet** (2010) *"Et trygt fødetilbud – Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner"* IS-1803. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00287/Et_trygt_f_detilbud_287039a.pdf
2. **Helsedirektoratet** (2005) *"Retningslinjer for svangerskapsomsorgen"* IS-1179 http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/retningslinjer_for_svangerskapsomsorgen_19103
3. **Helsedirektoratet** (2006) *"Retningslinjer for svangerskapsomsorgen"* IS-1339 http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/retningslinjer_for_svangerskapsomsorgen_kortversjon_41680
4. **Helsedirektoratet** (2010) *"Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten"* IS-1798 http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00290/Utviklingsstrategi_290679a.PDF punkt 4.4.1 nyfødte og deres foreldre. side 29.
5. **Helsedirektoratet** (2010) *"Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet"* IS-1815 http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00290/Utviklingsstrategi_290259a.PDF
6. **Helse- og omsorgsdepartementet** (2009) *"Stortingsmelding nr 12. En gledelig begivenhet"* <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-12-2008-2009-.html?id=545600>
7. **Helse Nord-Trøndelag** (2010) *"Helbetlige helsetjenester – Felles ansvar"*

Internettkilder:

7. Helse- og omsorgsdepartementet (2009) "En mer helbetlig helsetjeneste for gravide og fødende"
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/2009/en-mer-helhetlig-helsetjeneste-for-gravi.html?id=545924>
Pressemelding 13.02.2009

13. Vedlegg

Vedlegg 1: Tidsskrift for jordmødre

Tidsskrift for jordmødre (2010) "*Takster for jordmorhjelp*"
<http://www.jordmorforeningen.no/tj/Hjem/Loenn-og-tariff/Takster-for-jordmorhjelp> Takster fra 1. juli 2010

Vedlegg 2: Familieambulatoriet

Helse Midt-Norge "*Familieambulatoriet: Bedre tilbud for de som ønsker en ny start.*" http://www.helse-midt.no/templates/StandardMaster_93452.aspx

Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Levanger "*Velkommen til Familieambulatoriet – en god start*"
http://namdal-sykehus.no/NordTrondelag/Avdelinger/BFK/010110_Familieambulatoriet%20brosjyre%20Levanger%203.pdf