

Innkalling og sakliste til Strategisk samarbeidsutvalg 27.05.2026

Sted:

Teams, kl. 10:00-13:00

Sakliste:

16/26	<i>Godkjenning av innkalling og sakliste</i>
17/26	<i>Klyngen helsepersonell i nord</i>
18/26	<i>Presentasjon av prosjektleder Rekruttering og samhandlingstilskudd</i>
19/26	<i>Evaluering av dialog- og partnerskapsmøtet 2026</i>
20/26	<i>Arbeidsgruppe til dialog & partnerskapsmøtet 2027</i>
21/26	<i>FSU for svangerskap, fødsel og barseomsorg</i>
22/26	<i>Desentralisert medisinerutdanning</i>
23/26	<i>Orientering fra møtet i Tildelingsutvalget</i>
24/26	<i>Orientering fra sekretariatet</i>
25/26	<i>Eventuelt</i>

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
16-2026	Beslutningssak	Strategisk samarbeidsutvalg	27.05.2026

Sak 16-2026: Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
17-2026	Beslutningssak	Strategisk samarbeidsutvalg	27.05.2026

Sak 17-2026: Invitasjon til forpliktende deltakelse i klyngen Helsepersonell i Nord.

Innstilling

1. Strategisk samarbeidsutvalg støtter vurderingen fra FSU i saken vedr. invitasjon til forpliktende deltakelse i klyngen Helsepersonell i Nord.
2. SSU ber om at foreslåtte svarbrev sendes Nord universitet.

Saksopplysninger:

Klyngen Helsepersonell i Nord – videreføring av Sykepleier i Nord

Nord universitet har invitert Helsefelleskap Helgeland til forpliktende deltakelse i klyngen Helsepersonell i Nord. Det innebærer å signere en partnerskapsavtale. Endelig utkast til partnerskapsavtale foreligger ikke, men det er tilsendt Helsefelleskap Helgeland et notat om klyngen (vedlegg 1).

«Formålet til Klyngen Helsepersonell i Nord er å etablere en innovasjonsarena for nye løsninger for utdanning, praksis og rekruttering av helsepersonell i Nordland og nordre Trøndelag, som bidrar til å beholde helsepersonell i helsetjenesten. Klyngen skal særlig jobbe med problemstillinger som bidrar til gode overganger fra å være under utdanning og praksis – til å være nyutdannet helsepersonell.

Hensikten er å jobbe med den felles utfordringen; skaffe nok helsepersonell. Det skal jobbes for alle helseprofesjoner, ikke bare sykepleiere som Sykepleier i Nord hadde fokus på».

Saken er sendt til FSU utdanning, rekruttering og stabilisering for vurdering før behandling i SSU. Saken er gjennomgått i FSU- møtet 09.04.2026.

FSU fremmer basert på dialog og innspill i møtet en samlet innstilling til SSU. Både Nord, VID og UiT [deltar](#) i FSU. Følgende spørsmål ble drøftet i FSU:

- Hvordan vurderes behovet/motivasjonen for å delta og gevinster med å delta i klyngen *Helsepersonell i Nord* sett fra FSU?
- Hvordan vurderes kapasiteten til å delta opp mot ressursbruk og gevinster? Dette også sett opp imot Helsefelleskapets prioritering av Helgelandssykepleier som et vedtatt og finansiert

prosjekt som favner om begge sykepleieutdanningene på Helgeland, over en prosjektperiode på fem år. Mye av det klyngen peker

- Klyngen heter Helsepersonell i Nord, men avgrenser seg til Nord Universitet sitt nedslagsfelt (Nordland og nordre del av Trøndelag). Klyngen inkluderer tilsynelatende ikke UiT som utdanner flest helsepersonell og profesjoner i Nord-Norge, og heller ikke VID som utdanner sykepleiere på Helgeland.
 - Er dette en hensiktsmessig innramming på et klyngesamarbeid med de ambisjonene som fremgår i beskrivelsen fra Nord universitet?
 - Hvordan påvirker avgrensningen mot UiT og at klyngen bare har en av utdanningsinstitusjonene med, muligheten for gevinst og resultater ved deltakelse slik FSU ser det?
- Hvis UiT og VID oppretter liknende klynger skal helsefelleskapet delta i alle slike klynger? Har vi ressurser til det? Eller bør vi spille inn muligheten til å samle kreftene i nord?

Vurdering:

Formålet slik det er beskrevet – å etablere en innovasjonsarena for nye løsninger knyttet til utdanning, praksis og rekruttering av helsepersonell i Nordland og nordre Trøndelag, med mål om å bidra til å beholde helsepersonell i helsetjenesten – er både relevant og viktig. Den tydelige vektleggingen av gode overganger fra utdanning og praksis til nyutdannet helsepersonell treffer kjente utfordringer i regionen.

FSU merker oss også at klyngen skal favne alle helseprofesjoner, og ikke bare sykepleiere, slik tidligere initiativ som Sykepleier i Nord hadde hovedfokus på. Her stilles det spørsmål ved at UiT ikke er skissert som del av klyngen, på tross for at de utdanner med størst bredde innen høyere helse- og sosialfaglig utdanning i Nord-Norge.

FSU ser at en klynge innen tematikken Helsepersonell i Nord kan utvikle seg til å bli en viktig arena for samarbeid fremover, og viser til de ambisjoner som er skissert i notatet fra Nord universitet. Samtidig vil vi peke på at en klynge som skal realisere mulighetene og gevinstene som er beskrevet, etter vår vurdering bør være forankret og løftet på et tilstrekkelig høyt nivå, og inkludere aktørene som er sentrale for oppdraget.

For å lykkes mener vi det er avgjørende at klyngen inkluderer sentrale aktører som KS, Helse Nord RHF, statsforvalteren og alle universiteter og høyskoler i regionen, samt alle helsefelleskapene. Det bør også avklares om en slik klynge skal ha fokus på hele kjeden av helsefaglig utdanning, inkludert yrkesfaglig utdanning og høyere yrkesfaglig utdanning (fagskoleutdanning). Det er vår anbefaling at man inkluderer perspektivet, hele kjeden innen helsefaglig utdanning. I så fall må det gjenspeiles i sammensetningen. En klynge som favner hele landsdelen Nord-Norge, evt. inkludert nordlige Trøndelag som del av Nord sitt nedslagsfelt, og som kobler utdanning, forvaltning og tjenesteutvikling tettere sammen, vil kunne bli en viktig arena for samarbeid, erfaringsdeling og innovasjon. Dette knyttet til den felles utfordringen med å sikre tilstrekkelig og bærekraftig tilgang på helsepersonell. Dette krever at klyngen er sammensatt i et regionalt perspektiv som beskrevet, med representasjon fra relevante aktører og ikke minst med representasjon på riktig nivå.

Det anbefales at disse innspillene gis til Nord universitet (vedlegg 2, utkast til brev).

Vedlegg 1: Notat om klyngen Helsepersonell i Nord fra Nord universitet.

Vedlegg 2: Utkast til svarbrev til Nord universitet angående klyngen Helsepersonell i Nord.

Klyngen Helsepersonell i Nord

Høsten 2024 ble det holdt en avsluttende samling i Sykepleier i Nord-prosjektet (SIN) og det ble gitt klare signaler på at det var et ønske å videreføre SIN som et nettverk. Flere av aktører i SIN har fremhevet at de har hatt stor nytteverdi av å være en del av prosjektet SIN og nettverket som har vokst frem gjennom Sykepleier i Nord. Med dette som bakgrunn ønsker vi å etablere et klyngenettverk som en forlengelse av Sykepleier i Nord. I det følgende blir prosjektet Sykepleier i nord kort redegjort for, deretter blir Klyngen for Helsepersonell presentert slik vi per nå ser for oss at dette viktige samarbeidet kan organiseres. Dokumentet er utarbeidet med bakgrunn i styringsgruppemøte som ble avholdt i oktober 2025.

Kort om Prosjektet Sykepleie i nord (SIN)

Prosjektet Sykepleier i nord (SIN) har pågått i 5 år og ble avsluttet 31.12.2024. SIN ble etablert høsten 2019 for å fremme rekrutteringen til sykepleieryrket og beholde utdannede sykepleierne i Nord universitet sitt nedslagsfelt. Allerede i 2019 pekte framskrivningen på et stort behov for flere sykepleiere i årene fremover. Dette var en nasjonal utfordring, hvor både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hadde et behov for flere sykepleiere. SIN ble derfor etablert for å identifisere tiltak og stimulere til felles innsats på tvers av organisasjoner og tjenester.

SIN var delt inn i 5 delprosjekter. Hvor hvert delprosjekt inneholder flere tiltak. Overordnet mål i prosjektet SIN var å øke attraktiviteten og omdømmet til sykepleierutdanningen ved Nord universitet og sykepleieryrket i Nordland og nordre del av Trøndelag. Dette er langsiktig arbeid for å få frem det som er positivt med å ta en sykepleierutdanning, samt øke respekten for yrket. Det har vært jobbet med mange tiltak fordelt på alle delprosjektene, men for å belyse noe av det SIN har jobbet med trekker vi frem to prosjekter som har hatt stor nytteverdi og lever fortsatt.

Regional sykepleierutdanning ble utviklet i SIN. Utdanningen ble organisert slik at studentene som ble tatt opp tilhørte ett kull med 90 studieplasser, og fordelt på 5 campus; Vesterålen, Bodø, Mo i Rana, Namsos og Levanger. Studentene fikk hele utdanningen sin i den regionen de ble tatt opp, både fysisk undervisning og praksis. Annen teoretisk undervisning ble gitt digitalt. For å være kvalifisert til opptak til studiet måtte studentene ha bostedsadresse i den regionen de søkte til, i tillegg til de ordinære opptakskravene. På denne måten kunne vi sikre lokal rekruttering med mål om at de ferdig utdannede sykepleierne ble værende i regionen. Dette ble gjort da vi så en tendens til at lokale søkere ble utkonkurrert av andre nasjonale søkere.

Det har også vært fokus på å utvikle samarbeidet med praksisfeltet med sikte på å øke og utvikle antall praksisplasser, øke formell veiledningskompetanse og ta i bruk digitale flater for å øke samarbeidet med praksisfeltet knyttet til sykepleierstudenter i praksis. Det ble prøvd ut to praksismodeller; «Kommunen som helhetlig praksisarena» hvor

praksisplasskapasiteten ble økt med 75 %, og «Studentaktiv tospann-modell for hjemmetjenestepraksis» hvor praksiskapasiteten ble doblet. I tillegg opplevde vi at studenten ga svært gode tilbakemeldinger på, spesielt to-spanns-modellen hvor de opplevde økt læring og kunnskap, men opplevde også å bli mer selvstendige studenter. Et annet viktig tiltak i NySap har vært å sikre god informasjon til praksisfeltet før studenten starter i praksisstudiene. Det ble derfor utviklet et nettbasert praksisforberedende konsept som har blitt en god måte å nå ut til alle kommuner i vår langstrakte region.

Gjennom prosjektperioden har det utviklet seg en god samhandlingskultur mellom partene som har vært med i prosjektet. Det at prosjektet har jobbet på tvers av institusjoner, kommuner og fylkeskommuner har vært veldig givende og har vært mye av fundamentet for det gode samarbeidet som har vokst frem i prosjektet.

Klyngen Helsepersonell i nord

Videreføring av nettverket i Sykepleier i Nord til ett klyngenettverk har til hensikt å skape en felles samhandlingsarena på tvers av utdanningsinstitusjoner og helsetjenester både i sykehus og kommuner. En slik klynge kan ha til hensikt å stimulere til:

- Innovasjon: å utvikle og iverksette nye teknologisk løsning og arbeidsmetoder som kan lette arbeidsbelastninger og øke effektiviteten i helsetjenestene i samarbeid med studenter i praksis.
- Kompetanseutvikling: å tilby kontinuering faglig utvikling og spesialisering for helsetjenesten, noe som kan øke jobbtilfredshet og redusere turnover.
- Rekrutteringsstrategier: å utarbeide målrettede rekrutteringskampanjer og incentivordninger for å tiltrekke nye studenter, arbeidstakere og beholde arbeidstakere som er i yrket.

Klyngen kan bidra til å sikre en stabil rekruttering til utdanning gjennom lokal og regional støtte og sikre kompetent arbeidskraft i helsetjenester, noe som er avgjørende for å opprettholde kvalitet i helsetjenestene. Klyngen skal ha et framtidsrettet blick og arbeide sammen om den felles utfordringen med mangel på helsepersonell. Den skal være løsningsorientert og bidra til en moderne og innovativ helsetjeneste, der nye løsninger utvikles på tvers av sektorene. I det følgende utdypes kort de tre nevnte hovedhensiktsområdene:

Innovasjon

Det er behov for å finne løsninger på bemanningsutfordringene Nordland og nordre del av Trøndelag står overfor. Vi mangler mye helsepersonell, og framskrivningen viser at det vil vi gjøre i flere år fremover. Det blir viktig å få en felles forståelse av oppgavedeling knyttet

til kompetansen i tjenesten. Dette må settes sammen med den kompetansen som finnes for å kunne utnytte kompetansen på best mulig måte.

En slik klynge av aktører som har helseutfordringen som felles plattform kan brukes til å diskutere utfordringer, dele erfaringer og i fellesskap komme frem til nye, innovative retninger eller nye løsninger som handler om å styrke utdanning, rekruttering og kompetanseutvikling i tjenesten.

Ledere i helsetjenesten har en viktig rolle når det gjelder kompetanseutvikling på en arbeidsplass. Føringer fra ledere i helsetjenesten kan påvirke og legger til rette for kompetanseutvikling.

Kompetanseutvikling

Det er viktig å ha fokus på alle helsefaglige utdanninger, ikke bare sykepleie som Sykepleier i Nord har hatt fokus på. De forskjellige profesjonene utfyller hverandre og legger til rette for hverandres mulighet til å utføre oppdrag med pasienter. Det er behov for en diskusjon rundt hvor grensene går til oppgaveoverføring som kan utføres av andre enn personer med helsefaglig utdanning. Det blir også viktig å snakke om hva som blir fremtidens kompetansebehov. Er studentene forberedt på jobben som venter dem når de er ferdig utdannet? Det er viktig å ha respekt for tverrfaglighet. Bør vi tenke nytt og større rundt simuleringssentrene slik at vi kan utnytte de mulighetene som ligger i simulering for å øke handlingskompetansen?

Nord universitet har desentraliserte utdanninger som skiller seg fra andre utdanninger i landet og bør kanskje dyrke og videreutvikle disse. Det vil være behov for å se på hva som legges i det «Å ta utdanning der du bor»? Hva er ungdommene opptatt av? Ungdommen går nye veier. Det vil derfor være behov for å diskutere fremtidens student og deres behov og se om vi klarer å lage modeller som er tilpasset studentene.

Fremover blir det også viktig å dele på kompetansen mellom institusjoner. Det er store, kompetansetunge oppgaver som ligger både hos kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Det vil være behov for mye av den samme kompetansen i begge sektorene. Det vil også være viktig med gode overganger mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og sikre at kompetansen som trengs er til stede. Universitetet som utdanningsleverandør bør være koblet på og kan dra vekslar fra begge sektorene opp mot utdanning og forskning. Universitetet har relevant kompetanse og har også behov for ny og økt kompetanse og vil ha stort utbytte av å være koblet på denne utviklingen.

Mange av universitetene tilbyr mange av de samme studiene, men noen studier tilbys ved enkelte universiteter. Bør vi samarbeide mer mellom universitetene med hensyn på hvilke utdanninger som tilbys hvor og når? Bør universitetene rendyrke mer fagkompetanse i sine fagseksjoner slik at man kan få en tydeligere faglig profil på utdanning og studieløp. Dette vil også kunne være med på å styre studentmassene noe

slik at universitetene ikke, i samme grad, konkurranser om studenter, men har avklarte fagfelt hvor de tilbyr utdanning.

Rekrutteringsstrategier

Mange av studentene i vår region må oftere reise bort tidlig for å studere noe som gjerne medfører at de må ta opp lån tidlig for å studere. Dette kan potensielt føre til at det er større kostnader knyttet til det å være student i vår region enn det er for studenter andre steder i landet. Økonomi kan være et hinder for muligheten til å studere. Desentraliserte modeller blir derfor viktig for distriktene og vil kunne bidra til å redusere kostnader for studenter. I denne sammenheng vil mulighetene for å kunne gjennomføre eksamen i distriktene også ha stor betydning med hensyn på kostnader for studenter som eventuelt må reise både med fly eller båt og gjerne ha hotell for å gjennomføre en eksamen. Det er også behov for god informasjon om opptakskrav til potensielle studenter slik at de har mulighet til å sette seg i stand til å være kvalifisert for opptak.

Det er større sannsynlighet at studenter som tar utdanning i vår region blir værende i vår region. Det er derfor viktig å legge til rette for at utdanning kan tas i vår region.

Formål med Klyngen Helsepersonell i Nord

Formålet til Klyngen Helsepersonell i Nord er å etablere en innovasjonsarena for nye løsninger for utdanning, praksis og rekruttering av helsepersonell i Nordland og nordre Trøndelag, som bidrar til å beholde helsepersonell i helsetjenesten.

Klyngen skal særlig jobbe med problemstillinger som bidrar til gode overganger fra å være under utdanning og praksis – til å være nyutdannet helsepersonell.

Partnerskap og ansvar

Hensikten er å jobbe med den felles utfordringen; skaffe nok helsepersonell. Det skal jobbes for alle helseprofesjoner, ikke bare sykepleiere som Sykepleier i Nord hadde fokus på.

Organisering av Klyngen Helsepersonell i Nord

Alle aktørene er likeverdige parter i klyngen. I forkant av møtene vil deltakerne bli oppfordret til å melde inn tema/prosjekter som det er ønskelig å diskutere eller ønskelig å få presentert. Det forventes at alle aktørene er aktive bidragsytere og bringer inn saker til samlingene.

Styringsgruppe

Klyngen består av en styringsgruppe med aktører som i hovedsak var med i Sykepleier i nord og som ønsker å være med videre. Det planlegges to fysiske møter i styringsgruppen i året. Et på våren og et på høsten. Det skal søkes midler til en klyngeleder som frikjøpes for å jobbe med og administrerer Klyngen, og sørger for at det er fremdrift i arbeid. Klyngeleder jobber sammen med et arbeidsutvalg. I arbeidsutvalget sitter Klyngeleder sammen med to representanter fra de øvrige partnerne i Klyngen. De to øvrige partnerne fra klyngen velges for henholdsvis et og to år. Dette for å holde kontinuitet i arbeidet. Arbeidsutvalget er på denne måten med på å sikre at Klyngen opprettholder partenes felles ansvar og ønsker i arbeidet. Arbeidsutvalget skal tilrettelegge for møteplasser og samarbeid, kommunisere relevant informasjon til partneren og koordinere felles initiativer.

Fagforum

Det skal også etableres fagforum hvor det skal jobbes med prosjekter som styringsgruppen ønsker å jobbe med. I fagforum sitter representanter fra institusjoner fra styringsgruppen som har interesse av temaet som fagforumet skal jobbe med, men også andre aktører kan kobles på fagforumene der det er aktuelt og ønskelig.

Klyngeleder skal følge fagforum sammen med aktørene i fagforumet og blir bindeleddet mellom styringsgruppen og fagforumene.

Aktiviteten i fagforum kan bestå av kompetanseutvikling, deling av kunnskap, utvikle felles prosjekter og søke midler til felles prosjekter. På styringsgruppemøtet som ble holdt i oktober 2025 var det tydelige signaler på at det var ønskelig å opprette et fagforum innen praksis. Temaer som ble løftet høyt var gode praksisplasser, simulering, veilederteam, beholde kompetanse i feltet, optimal bruk av kompetanse. På bakgrunn av dette er det første fagforumet som er ønskelig å etablere «Fagforum praksis».

Videre har det vært diskutert at et fagforum for delingskultur kan være aktuelt. Det finnes mange gode prosjekter, men vanskelig å holde oversikt over dem og vite om dem. Det er derfor diskutert å etablere en arena, et forum, for deling av kunnskap og erfaringer fra prosjekter. Dette vil være nyttig for veldig mange aktører. De gode løsningene kan deles og spres til andre, eller nye versjoner og videreføring eller videreutvikling av prosjekter vil kunne finne sted.

Partnerskapsavtale

Det skal signeres partnerskapsavtaler med alle aktørene som skal være med i styringsgruppen til Klyngen Helsepersonell i Nord. Denne avtalen signeres mellom Nord universitet og hver enkelt aktør da Klyngen Helsepersonell i Nord ikke har eget organisasjonsnummer og kan dermed ikke stå som egen organisasjon. Nord universitet

kan da stå som søker på eventuelle søknader om midler på vegne av Klyngen Helsepersonell i Nord.

Det er ingen økonomiske forpliktelser med å være en av partene i Klyngen Helsepersonell i Nord, utenom at hver enkelt aktør betaler reise og opphold til møtevirkomheten. Møtene holdes per nå på aktørens lokaler slik at det ikke påløper kostnader med å leie lokaler til å gjennomføre møtene. Det skal imidlertid søkes eksterne midler til å lønne klyngeleder som fasiliterer møter, både i klyngen og i fagforum. Det er videre planlagt at det skal søkes midler i en slik skala at det kan dekke reise og opphold for møtedeltakerne også.

De prosjektene som vokser frem i fagforumene må finansieres gjennom søknader på eksterne midler (prosjektmidler).

Isabell Kibsgaard, Nord universitet

Arbeidsutvalget Helsepersonell i Nord

30.01.2026

Svar på invitasjon – Klyngen Helsepersonell i Nord

Til Nord universitet

Helsefelleskap Helgeland takker for invitasjonen til å delta i Klyngen Helsepersonell i Nord, og for tilsendt notat som beskriver formål, ambisjoner og videre innretning av klyngen.

Formålet slik det er beskrevet – å etablere en innovasjonsarena for nye løsninger knyttet til utdanning, praksis og rekruttering av helsepersonell i Nordland og nordre Trøndelag, med mål om å bidra til å beholde helsepersonell i helsetjenesten – er både relevant og viktig. Den tydelige vektleggingen av gode overganger fra utdanning og praksis til nyutdannet helsepersonell treffer kjente og krevende utfordringer i regionen. Vi merker oss også at klyngen skal favne alle helseprofesjoner, og ikke bare sykepleiere, slik tidligere initiativ som Sykepleier i Nord hadde hovedfokus på.

Helsefelleskap Helgeland ser at en klynge innen tematikken Helsepersonell i Nord kan utvikle seg til å bli en viktig arena for samarbeid fremover, og viser til de ambisjoner som er skissert i notatet fra Nord universitet. Samtidig vil vi peke på at en klynge som skal realisere mulighetene og gevinstene som er beskrevet, etter vår vurdering bør være forankret og løftet på et tilstrekkelig høyt nivå og inkludere alle aktører som trengs.

For å lykkes mener vi det er avgjørende at klyngen inkluderer sentrale aktører som KS, Helse Nord RHF, statsforvalteren og alle universiteter og høyskoler i regionen, samt alle helsefelleskapene. Det bør også avklares om en slik klynge skal ha fokus på hele kjeden av helsefaglig utdanning, inkludert yrkesfaglig utdanning og høyere yrkesfaglig utdanning (fagskoleutdanning). Det er vår anbefaling at man inkluderer hele kjeden innen helsefaglig utdanning. I så fall må det gjenspeiles i sammensetningen. En klynge som favner hele landsdelen Nord-Norge, evt. inkludert nordlige Trøndelag som del av Nord sitt nedslagsfelt, og som kobler utdanning, forvaltning og tjenesteyting tettere sammen, vil kunne bli en viktig arena for samarbeid, erfaringsdeling og innovasjon knyttet til den felles utfordringen med å sikre tilstrekkelig og bærekraftig tilgang på helsepersonell. Dette krever at klyngen er sammensatt i et regionalt perspektiv, med representasjon fra relevante aktører og med representasjon på riktig nivå.

Vi ser frem til respons på vårt innspill og deltar gjerne i dialog om hvordan hvordan klyngen kan innrettes for å sikre bred forankring og størst mulig effekt. Ved et oppdatert forslag til klyngeorganisering vil Helsefelleskap Helgeland raskt kunne ta stilling til representasjon og deltakelse.

Med vennlig hilsen

UTKAST TIL SSU

For Helsefellesskap Helgeland / FSU

[navn]

[tittel]

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
18-2026	Orienteringssak	Strategisk samarbeidsutvalg	27.05.2026

Sak 18-2026: Presentasjon av prosjektleder rekrutterings- og samhandlingstilskudd

Innstilling

1. Strategisk samarbeidsutvalg tar presentasjonen til orientering
2. Strategisk samarbeidsutvalg skal ha jevnlig oppdateringer om fremdrift og status for de prosjektene som mottar rekrutterings- og samhandlingstilskudd på Helgeland.

Saksopplysninger:

Helsefelleskapet på Helgeland har over tid hatt fokus på rekruttering og bedre samhandling mellom kommunene og Helgelandssykehuset. Som en del av dette arbeidet er det gitt rekrutterings- og samhandlingstilskudd til flere prosjekter i regionen. Helgeland er den regionen som til nå har fått størst tildeling fra den regionale potten av tilskudd, pr innbygger.

For å få bedre oversikt, fremdrift og sammenheng i disse prosjektene, ble det i løpet av 2025 besluttet å opprette en egen prosjektlederstilling knyttet til arbeidet. Stillingen skal bidra til at prosjektene følges opp på en mer koordinert måte, og at vi får mer ut av midlene som er tildelt. Stillingen finansieres av den lokale potten med rekrutterings- og samhandlingstilskudd, og har en varighet på to år.

Torstein Heimstad ble ansatt i stillingen fra 01.april 2026. Han har erfaring fra arbeid i kommunal helse- og omsorgstjeneste og fra Helgelandssykehuset, og med samhandling på tvers av nivåer. Torstein kjenner godt til utfordringsbildet på Helgeland, særlig knyttet til rekruttering og utvikling av bærekraftige tjenester.

Formålet med stillingen er blant annet å:

- følge opp prosjekter som mottar tilskudd
- bidra til framdrift og måloppnåelse
- legge til rette for samhandling og erfaringsdeling
- synliggjøre resultater og erfaringer underveis

Torstein Heimstad vil gi en kort presentasjon av arbeidet, inkludert status i prosjektene og hva som er viktige prioriteringer fremover.

Vurdering:

Det er nyttig at Strategisk samarbeidsutvalg får jevnlige oppdateringer om arbeidet som finansieres gjennom tilskuddsordningen. Dette gir bedre innsikt i hvordan midlene brukes, og hvilke resultater som oppnås.

Etableringen av prosjektlederstillingen vurderes som et viktig grep for å styrke gjennomføringen av prosjektene og bidra til mer helhetlig samhandling på Helgeland.

Sak 19-2026: Evaluering Dialog- og Partnerskapsmøtet 2026

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
19/2026	Drøftingssak	Strategisk samarbeidsutvalg	27.05.2026

Innstilling:

Strategisk samarbeidsutvalg gjennomfører evaluering av dialog- og partnerskapsmøtet 2026 i møtet, med utgangspunkt i fremlagt evalueringskjema.

Saksopplysninger:

Dialog- og partnerskapsmøtet 2026 ble gjennomført 23. april i Mo i Rana, i tilknytning til Helgelandskonferansen.

Det er ikke gjennomført en skriftlig evaluering i etterkant. Det legges derfor opp til at Strategisk samarbeidsutvalg gjennomfører en felles evaluering i møtet, for å sikre læring og videreutvikling av møteformen.

Planlegging og organisering i forkant

Møtet ble planlagt av en egen arrangementskomité oppnevnt av SSU. Komiteen var sammensatt av kommunal- og sykehusledelse sammen med sekretariat i Helsefelleskapet og Regionrådssekretariat. I planleggingen ble det lagt vekt på:

- samordning med Helgelandskonferansen
- tilrettelegging for bred deltakelse fra kommuner og sykehus
- utarbeidelse av program og sakliste for de ulike delene av møtene
- Det ble også lagt opp til en sosial ramme rundt møtet, med mål om å styrke relasjoner og samarbeid.

Gjennomføring av møtet

Dialog- og partnerskapsmøtet ble gjennomført som et todelt arrangement:

1. Middag i forkant

- Uformell middag kvelden før møtet, med deltakelse fra sentrale aktører
- Formål: relasjonsbygging og uformell dialog

2. Dialogmøte (Dialog del for politisk nivå og styret i Helgelandssykehuset)

- Gjennomført som eget møte på dagtid
- Fokus på faglige tema og dialog mellom kommunene og Helgelandssykehuset
- Oppsatt program med innlegg og diskusjon

3. Partnerskapsmøte (formell del for administrativ toppledelse i kommunene og sykehuset)

- Gjennomført som et eget møte med egen sakliste
- Behandling av saker knyttet til samarbeidet i Helsefelleskapet
- Innkalling og sakspapirer sendt ut i forkant

Møtet var organisatorisk delt i to tydelige deler (dialogmøte og partnerskapsmøte), med ulike formål og møteformer.

Vurdering

Det legges opp til at Strategisk samarbeidsutvalg gjennomfører evalueringen i møtet, med utgangspunkt i vedlagt evalueringsskjema.

Skjemaet legger opp til vurdering av blant annet:

- organisering og planlegging
- faglig innhold i dialogmøtet
- gjennomføring av partnerskapsmøtet
- rammene rundt møtet, inkludert middag i forkant
- forbedringspunkter for videre utvikling

Evaluering av dialog og partnerskapsmøtet 2026 på Helgeland

Møtet ble avholdt 23.april i Mo i Rana sammen med Helgelandskonferanse 2026 (23.-24.april)

Møtet ble delt i to deler.

Middag 22.april:	
Det ble arrangert middag kvelden før D&P møtet, er dette noe vi ønsker å videreføre? <ul style="list-style-type: none">• Hva var bra• Hva kan bli bedre	

Dialogmøtet 08:30-11:30 Organisering	
<ul style="list-style-type: none">• Planlegging i forkant• Påmelding• Informasjon• Lokalteter/fasiliteter• Tidsplan• Ordstyrere• Servering• Teknisk• Annet?	
Innhold <ul style="list-style-type: none">• Tema/faglig innhold	
Forbedringspunkter til neste år:	

Annet	

Partnerskapsmøtet 17:00-18:00	
<ul style="list-style-type: none">• Innkalling• Sakspapirer• Tidsramme	
Annet	
Forbedringspunkter til neste år:	

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
20/2026	Beslutningssak	Strategisk samarbeidsutvalg	27.05.2026

Sak 20-2026: Arbeidsgruppe til Dialog- og partnerskapsmøte 2027

Innstilling:

1. Det opprettes en arbeidsgruppe/programkomité med 4 deltakere fra kommunene og 4 deltakere fra Helgelandssykehuset HF.

Forslag til medlemmer fra kommunene:

- Ordfører
- Kommunedirektør
- Samhandlingssekretariat
- Regionrådsrepresentant
- Bruker kommuneoverlegeforum som høringsgruppe

Forslag til medlemmer fra Helgelandssykehuset HF:

- Administrerende direktør/medisinsk direktør
- Klinikksjef
- Samhandlingssekretariatet
- Brukerrepresentant/Ungdomsrepresentant

2. SSU gir programkomiteen i mandat å utarbeide forslag til program, og gjennomføring av dialog- og partnerskapsmøtet i 2027
3. Dialog og partnerskapsmøtet 2027 samkjøres med Helgelandskonferansen 2027. Dato er ikke satt, men bør avklares så snart som mulig.

Bakgrunn:

Dialog- og partnerskapsmøtet er helsefelleskapets øverste organ, og avvikles en gang i året. Her møtes politisk og administrativ ledelse i kommunene og sykehuset for å forankre de overordnede retningslinjer for samarbeidet. Helsefelleskapet skal utvikle

Samhandlingen i tråd med føringer gitt i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 samt vår Helgelandserklæring 2025-2027 med felles planlegging av utvikling av tjenester.

Dialog – og partnerskapsmøtet 2026 ble gjennomført 23. april i Mo i Rana i tilknytning til Helgelandskonferansen. Oppmøtet var svært godt og det er ønskelig med gjentakelse.

Saksopplysninger:

Det foreslås at Dialog og partnerskapsmøtet 2027 samkjøres med Helgelandskonferansen 2027 som skal avholdes i Sandnessjøen.

Jamfør vedtektene skal det utarbeides et årlig program for Dialog- og Partnerskapsmøtet, som skal avholdes samme dag.

Det foreslås å opprette en arbeidsgruppe/programkomitè for planlegging og gjennomføring av neste års møte. Dette på bakgrunn av mengde arbeid for samhandlingssekretariatet samt ønske om innspill fra flere deltakere i Dialog – og partnerskapsmøtet. Det er ønskelig at representanter fra regionrådssekretariat bidrar i arbeidsgruppe/programkomitè. Møtet planlegges jamfør vedtekter og Helgelandserklæringen 2025-2027

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
21-2026	Beslutningssak	Strategisk samarbeidsutvalg	27.05.2026

Sak 21-2026: Faglig samarbeidsutvalg for Svangerskap, fødsels og barselomsorgen

Innstilling

1. SSU beslutter etablering av et faglig samarbeidsutvalg (FSU) for svangerskaps, fødsels og barselomsorgen. Dette er tidsavgrenset frem til 31.05.2027.
2. SSU beslutter representasjon og organisering i FSU.
3. SSU vedtar mandatet

Saksopplysninger:

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er et helhetlig og tverrfaglig tjenesteområde som involverer både kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt flere profesjoner og fagmiljøer. For å sikre god kvalitet, sammenhengende pasientforløp og faglig utvikling er det behov for strukturert og forpliktende samarbeid på tvers av nivåer og tjenester. Det ses et behov, både fra Helgelandssykehuset og kommunenes side, for å styrke samarbeidet.

Dette etterspørres også av Helse nord som gjennom tiltaksplan for fødselsomsorgen 2025-26 gir helseforetakene i oppdrag å systematisere samarbeidet med kommunene.

Dette har vært et felles arbeid der representant fra Helgelandssykehuset og kommunene fra februar 2026 jobbet med å lage utkast til saksfremlegg og mandat for FSU. Vi har jobbet med involvering fra både foretak og kommuner, både gjennom møter og høring vist i liste under:

- 11.11.2025: Oppstartsmøte i Helgelandssykehuset
- 13.02.2026: Dialog rundt kvalitetsarbeid fødselsomsorg
- 13.03.2026: Arbeidsmøte mandat og saksfremlegg
- 16.04.2026: Gjennomgang mandat og saksfremlegg med representanter fra HSYK og kommuner
- 30.04.2026: Mandat og saksfremlegg sendt ut på høring

Det er gjennomført et arbeidsmøte med representanter for både Helgelandssykehuset og kommunehelsetjenesten for gjennomgang og forankring av mandat og saksfremlegg.

Disse er i etterkant sendt ut på høring til Helgelandssykehuset og kommunene.

Utfra arbeid og høringsinnspill foreslås det å etablere et tidsavgrenset Faglig samarbeidsutvalg for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen frem til utgangen av mai 2027. SSU beslutter eventuell utvidelse av FSU hvis det viser seg behov for dette.

Utvalget skal i tidsavgrenset periode jobbe med å analysere tjenesteområdet med tanke på forbedringsmuligheter og komme med forslag til innsats/fokusområder. Utvalget rapporterer tilbake til SSU på møte i anslagsvis mai 2027 med konkrete forslag til tiltak som SSU beslutter.

Representasjon og organisering

Arbeidsgruppe: Forslag til sammensetning og representasjon

Utvalget foreslås å ha størrelse på rundt 8-10 personer og består av representanter fra både kommuner og sykehus:

- Kommunale jordmødre- 2 representanter fra ulike kommuner/regioner som representerer både kommuner nært sykehus og kommuner lengre unna sykehus.
- Representanter fra føde/barselavdelingene ved Helgelandssykehuset
 - Både ledere og fagpersoner bør være representert
- Sekretariat fra Helgelandssykehuset/ Representant fra helsefelleskapets sekretariat
- Gynekolog
- Barnelege
- Helsesykepleiere. 2 representanter, både nært sykehus og lengre unna sykehus
- Eventuelt andre relevante fagpersoner som barnepleiere og fagutviklingsjordmor.

Vedlegg:

1. Tiltaksplan fødselsomsorgen Helse Nord 2025-2026
2. Nasjonal faglig retningslinje fødselsomsorgen
3. Rapport workshop
4. Mandat for FSU fødselsomsorg
5. Høringsinnspill

Mandat for Faglig samarbeidsutvalg (FSU) for svangerskaps, fødsels og barselomsorg

1. Bakgrunn og formål

Faglig samarbeidsutvalg (FSU) for svangerskaps, fødsel, og barselomsorg er etablert under helsefellesskapet mellom Helgelandssykehuset og kommunene i Helsefellesskapet.

Det er behov for bedre koordinering av tjenester og ressursbruk mellom kommuner og sykehus.

Formålet med utvalget er å sikre sammenhengende og trygge pasientforløp fra svangerskap til barsel.

Utvalget skal forbedre samhandlingen mellom kommuner og sykehus i svangerskaps, fødsel, og barselomsorgen.

2. Mål for utvalget

FSU for fødselsomsorg skal:

1. Systematisere samarbeidet mellom kommunene og helseforetaket om jordmor- og fødselsomsorgstjenester.
2. Benytte helsefellesskapet aktivt som arena for dialog, planlegging og beslutninger.
3. Bidra til bedre og mer koordinerte pasientforløp for gravide, fødende og barselkvinner.
4. Sikre god ressursutnyttelse av begrensede personellressurser på tvers av nivåene.
5. Styrke kvalitet, pasientsikkerhet og kompetanse i fødselsomsorgen

3. Oppgaver

FSU skal arbeide med:

- **Følgetjenesten:** Samarbeid om organisering, kvalitet, kompetanse og beredskap.
- **Sambruk av jordmortjenester:** Vurdere og utvikle modeller for felles bruk av personell.
- **Stillingsutlysninger og rekruttering:** Samarbeide om planlegging og utlysninger for å sikre rekruttering og stabilitet.
- **Felles utdanningsstillinger:** Fremme ordninger for utdanning og videreutdanning av jordmødre.
- **Kombinerte stillinger:** Utvikle og følge opp ordninger der jordmødre har delt arbeid mellom kommuner og sykehus.

- **Faglig utvikling og kvalitetsforbedring:** Dele erfaringer, resultater og data for å utvikle felles retningslinjer, gode rutiner og god praksis. Jobbe for å sikre at forløp følger gjeldende retningslinjer
- **Tjenesteutvikling:** Bidra til helhetlige, sømløse, likeverdige og tilgjengelige fødsels- og barseltjenester i hele regionen.
- **Samarbeid:** Jobbe for å finne løsninger som sikrer god informasjonsflyt mellom kommuner og sykehus.

4. Sammensetning

Utvalget skal ha størrelse på rundt 8-10 personer og består av representanter fra både kommuner og sykehus:

- Kommunale jordmødre- 2 representanter fra ulike kommuner/regioner som representerer både kommuner nært sykehus og kommuner lengre unna sykehus.
- Representanter fra føde/barselavdelingene ved Helgelandssykehuset
 - Både ledere og fagpersoner bør være representert
- Sekretariat fra Helgelandssykehuset/ Representant fra helsefelleskapets sekretariat
- Gynekolog
- Barnelege
- Helsepsykiatere. 2 representanter, både nært sykehus og lengre unna sykehus
- Eventuelt andre relevante fagpersoner som barnepleiere og fagutviklingsjordmor.

Ved behov i konkrete saker kan fagpersoner, brukerrepresentant og fagforening(er) utenfor utvalget trekkes inn.

For at FSU`et skal være beslutningsdyktig må minst 50% av utvalgets medlemmer være deltagende og både kommuner og sykehus være representert.

Leder og nestleder velges for to år – én fra helseforetaket og én fra kommunene. Ledelse rulleres mellom foretak og kommuner.

5. Organisering og rapportering

- FSU for fødselsomsorg er et underutvalg av Strategisk Samarbeidsutvalg (SSU).
- Utvalget rapporterer årlig, eller ved spesielle saker til helsefelleskapets styringsgruppe om måloppnåelse, resultater og forslag til tiltak.
- Sekretariatsfunksjonen ivaretas av Helgelandssykehuset eller Helsefelleskapet.

6. Arbeidsform

- Utvalget møtes minimum **fire ganger i året**, eller ved behov.
- Leder av utvalget har ansvar for innkalling til møter og sette opp saksliste/agenda.
- Det utarbeides **årsplan** og **handlingsplan** med prioriterte målsetninger og tiltak.
- Møtereferat føres og godkjennes av utvalget, og deles med relevante samarbeidsparter.

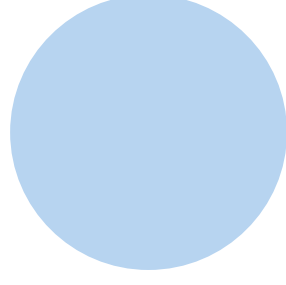
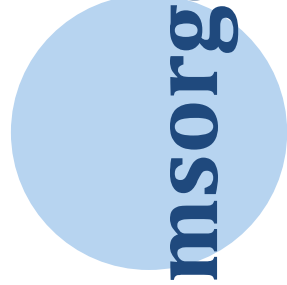
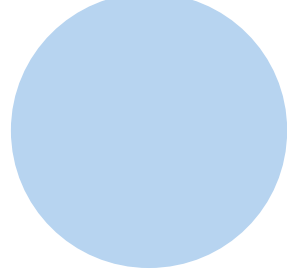
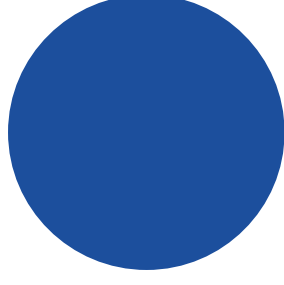
- FSU kan nedsette **arbeidsgrupper** for konkrete prosjekter eller fagområder (f.eks. følgetjeneste, kompetanse og digital samhandling).
-

7. Evaluering

Mandatet og utvalgets sammensetning skal evalueres hvert annet år, og justeres ved behov i samråd med helsefellesskapets styringsgruppe.

8. Ikrafttredelse

Dette mandatet trer i kraft fra [dato], og gjelder inntil det revideres av helsefellesskapet.



Tiltaksplan fødselsomsorgen

2025-2026

Nr.	Område	Tiltak	Ønsket effekt	Ansvar
1	Samhandling	<p>Systematisere samarbeidet med kommunene om jordmortjenester, og benytte helsefelleskapet aktivt som samarbeidsarena. Følgende samarbeidsområder skal inngå:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Følgetjenesten, inkludert forbedring og vedlikehold av kompetanse - Sambruk av jordmortjenester. - Samarbeide om stillingsutlysninger. - Felles utdanningsstillinger for jordmødre. <p>1) Opprette flere kombinerte stillinger i samarbeid med kommunene.</p>	<p>1) Bedre samhandling om jordmortjenester.</p> <p>2) Bedre bruk av begrensede personellressurser på tvers av nivåene.</p>	HF
2	Styringssystem	<p>1) Gjennomgå og forbedre styringssystemet for fødselsomsorgen i tråd med de nye nasjonale retningslinjene for området.</p> <p>2) Bruke kvalitetsregistre og HN LIS til kontinuerlig forbedring av tjenesten.</p>	<p>1) Et styringssystem som bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.</p>	HF
3	Kompetanseplaner	<p>1) Utrede behov for og innhold i felles regionale kompetanseplaner for jordmødre, barnepleiere og eventuelt overleger.</p> <p>2) Iverksette tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning og ivaretagelse av kompetanse.</p>	<p>1) Riktig kompetanse i tråd med tjenestenes og pasientenes behov.</p> <p>2) Systematisk utvikling, vedlikehold og dokumentasjon av kompetanse.</p>	RHF
4	Følgetjenesten	<p>1) Revidere de regionale anbefalingene for organisering av følgetjenesten.</p> <p>2) Gjennomgå dagens særfinansiering av følgetjenesten. Finansiering av tjenesten skal harmoniseres med HF-enes faktiske utgifter.</p>	<p>1) En følgetjeneste som er tilpasset behovene og riktig finansiert.</p>	RHF

Fødselsomsorgen

Nasjonal faglig retningslinje

Først publisert: 04. mars 2024

Siste faglige endring: 16. september 2025



Innhold

1. <u>Differensiering og seleksjon</u>	3
2. <u>Rutiner for bemanning av jordmødre i fødeinstitusjoner</u>	11
3. <u>Følgetjeneste og døgkontinuerlig beredskap</u>	15
4. <u>Hjemmefødsel</u>	19
5. <u>Fødestue</u>	30
6. <u>Fødeavdeling</u>	39
7. <u>Kvinneklinikk</u>	48
8. <u>Svangerskap passert termin</u>	56
9. <u>Rutiner for informasjon og pasientmedvirkning når det haster med forløsning</u>	60
10. <u>Bakgrunn, metode og prosess</u>	64

Differensiering og seleksjon

Anbefaling

Regionale helseforetak bør organisere fødetilbudet slik at de kan gi et differensiert tilbud til gravide og fødende

Et differensiert fødetilbud ivaretas av fødeinstitusjoner med ulik grad av spesialisert fødselshjelp som omfatter

- kvinneklinikk – med samlokalisert nyfødtavdeling og relevante spesialiteter
- fødeavdeling – med nært samarbeid med kvinneklinikk
- fødestue – organiseres som en jordmorledet enhet i linje til ledelsen i helseforetaket

Et differensiert fødetilbud ivaretas også ved differensiering innad i fødeinstitusjoner tilpasset grad av risiko og individuelle behov.

Fødselsomsorgen bør tilpasses individuelt og inngår i et helhetlig forløp av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Praktisk informasjon

Fødselsomsorgen er en del av et helhetlig forløp. Det er viktig at organiseringen fokuserer på kontinuitet og samhandling mellom aktørene i helsetjenesten samt individuell tilpassing.

Et differensiert fødetilbud vektlegges også innad i fødeinstitusjonene. Differensiering innad i fødeinstitusjonen bidrar til et fødetilbud tilpasset den enkelte kvinnes behov for omsorg og oppfølging i forbindelse med fødselen uavhengig av hvilket fødeinstitusjonsnivå hun føder på (Bernitz et al., 2011; Sosialkomiteen, 2001).

Lavrisikofødsler kan med fordel organiseres adskilt fra risikofødsler for å redusere risikoen for unødige intervensjoner (Sandall et. al. 2016).

Kontinuitetsmodeller kan opprettes for helhetlig forløp gjennom svangerskap, fødsel og barseltid.

Kvinneklinikker

Kvinneklinikker har tilstedevakt av spesialist(er) i fødselshjelp og kvinnesykdommer og lege(r) i spesialisering hele døgnet.

De har kompetanse til å ivareta både kvinner med normale svangerskap / forventet normal fødsel og gravide med risiko for komplikasjoner, dvs. fødsler der den fødende har kjente risikofaktorer eller utvikler risikofaktorer i forløpet.

Kvinneklinikkene er lokalisert i sykehus med enheter innen nyfødtmedisin og andre relevante spesialiteter som gir tilgang til bred faglig kompetanse hele døgnet.

Se også anbefalingene i [kapittelet Kvinneklinikk](#).

Fødeavdelinger

Fødeavdelinger er fødeinstitusjoner av svært ulik størrelse. Vaktstående spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og lege(r) i spesialisering ved fødeavdelinger har tilkallingsvakt deler av døgnet.

Fødeavdelinger tar hånd om kvinner med forventet normal fødsel og fødende med risiko for komplikasjoner under fødsel tilpasset avdelingens og sykehusets kompetanse og ressurser. Et nært samarbeid med kvinneklinikk, herunder drøfting av tvilstilfeller i forhold til seleksjon, er en grunnleggende forutsetning for å ta imot risikofødende.

Seleksjonen til fødeavdelinger avhenger blant annet av om det er nyfødtavdeling eller ikke ved sykehuset (se også anbefalingene i [kapittelet Fødeavdeling](#)).

Fødeavdelinger har ikke samme krav til samlokalisert tverrfaglig kompetanse som kvinneklinikker.

Fødestuer

Fødestuer kan være lokalisert i eller utenfor sykehus. Helseforetaket har det overordnede medisinskfaglige ansvaret for fødselshjelpen og ansvaret for internkontroll, rutiner, opplæring mv., se [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) (Helsedirektoratet, 2018). Helseforetaket har ansvaret også når fødestuen er lokalisert utenfor sykehus. Ved inngåelse av avtaler med kommunen om drift av fødestuen har helseforetaket ansvar for å sikre tydeliggjøring av ansvarslinjer og oppgavefordeling i avtalen.

Fødestuer har jordmorkompetanse, men ikke beredskap med tilgang på fødsels- eller barnelege. Fødetilbudet er til friske kvinner med et normalt svangerskap og forventet normal fødsel og som ønsker å føde der. Jordmødrene kan tilby svangerskapsomsorg.

Det gjøres en fortløpende vurdering og seleksjon i samarbeid med kvinnens fastlege/jordmor og spesialisthelsetjenesten ved behov. I distriktet representerer fødestuene en jordmorfaglig beredskap og kompetanse for alle gravide, fødende og barselkvinner, også for dem som ikke føder på fødestua.

Se også anbefalingene i [kapittelet Fødestue](#).

Begrunnelse

Denne anbefalingen er videreført fra tidligere veileder, «Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødeinstitusjoner» (Helsedirektoratet, 2010) som ble utarbeidet på bakgrunn av rettslige rammer, politiske føringer, erfaringer, samt innspill og råd fra bruker- og interesseorganisasjoner og fagpersoner.

Til grunn for anbefalingen ligger en rekke kunnskapsbaserte prinsipper og føringer:

- «Målet er at gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg som en gledelig begivenhet» jf. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).
- Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen har tradisjonelt lave terskler for at brukere av tjenesten kan ta kontakt i forbindelse med svangerskapet, fødselen og barseltiden jf. [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen](#); [Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen](#) (Helsedirektoratet, 2014, 2023).
- Differensiert fødselsomsorg innebærer et fødetilbud med kontinuitet, med jordmor hos den fødende, en individuell tilnærming og seleksjon (Backe et al., 2005; Sosialkomiteen, 2001).

Verdens helseorganisasjon har utarbeidet prinsipper for perinatal omsorg (Chalmers et al., 2001; WHO Regional Office for Europe, 1998; World Health Organization, 2018):

- Omsorgen for normale svangerskap og fødsler bør være med minst mulig bruk av legemidler.
- Omsorgen bør være
 - basert på hensiktsmessig og nødvendig teknologi
 - desentralisert
 - kunnskapsbasert
 - tverrfaglig
 - helhetlig
 - familiesentrert
 - kulturtilpasset.
- Omsorgen bør
 - involvere kvinnene i beslutningsprosesser
 - respektere privatliv, verdighet og konfidensialitet.

WHO anbefaler modeller for jordmorfaglig kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid (World Health Organization, 2018). Med kontinuitetsmodeller menes at én eller flere jordmødre (et team) følger kvinner gjennom hele forløpet fra svangerskap, gjennom fødsel og i barseltiden. Lignende tilbud er etablert i Sverige og Danmark kjent som «caseload», «kendt jordemoder» og «min barnmorska» (Karolinska universitetssjukhuset, 2023; Kjeldset, 2019; Sundhedsstyrelsen, 2021; Aarhus Universitetshospital, 2023). Tilbudene i Sverige og Danmark er innført både for hjemmefødsler og fødsler i sykehus. Enkelte helseforetak i Norge er også i oppstarten av lignende tilbud.

Forskning viser at differensiering av fødselsomsorgen ved at lavrisikofødende organiseres adskilt fra risikofødende øker sannsynligheten for en spontan vaginal forløsning, gir en mer positiv fødselsopplevelse og er samtidig kostnadseffektivt (Sandall et al., 2016).

Ansvar for fødselsomsorgen er lagt til spesialisthelsetjenesten. I følge [helseforetaksloven § 2a \(lovdata.no\)](#) har de regionale helseforetak et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionene. Fødeinstitusjonene skal organiseres slik at de har tilstrekkelig bemanning og personell med kompetanse til å yte forsvarlig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. [helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#).

Referanser

Aarhus Universitetshospital (2023). *Kendt Jordemoderordning*. [nettdokument]. Aarhus: Aarhus Universitetshospital. Hentet 15. september 2023 fra <https://www.auh.dk/afdelinger/kvindesygdomme-og-fodsler/kendt-jordemoderordning/>

Backe, B., Øian, P., Eide, B., Nilsen, S. T., Pedersen, S. P., Schmidt, N., Schou, E., & Taraldsen, S. (2005). Desentralisert og differensiert fødselshjelp – et paradigmeskifte. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 125(5), 606-7.

Bernitz, S., Rolland, R., Blix, E., Jacobsen, M., Sjøborg, K., & Øian, P. (2011). Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(11), 1357-64.

Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*, 28(3), 202-7.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *En gledelig begivenhet: om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* (St.meld. nr. 12 (2008–2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-1id545600/>

Helsedirektoratet (06. juni 2023). *Svangerskapsomsorgen: Nasjonal faglig retningslinje*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 15. september 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>

Helsedirektoratet (29. oktober 2018). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten: Veileder til lov og forskrift*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 15. september 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet (2010). *Et trygt fødetilbud: kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (IS-1877). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien: nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen* (IS-2057). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>

Karolinska universitetssjukhuset (31. august 2023). *Min Barnmorska - sammanhållen graviditetsvård med ett barnmorsketeam*. [nettdokument]. Stockholm: Karolinska universitetssjukhuset. Hentet 15. september 2023 fra <https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/projektet-min-barnmorska/>

Kjeldset, A. (2019). *Ny hjemmefødselsordning: Nu med privat jordemodertaske*. [nettdokument]. København: Jordemoderforeningen. Hentet 15. september 2023 fra <https://jordemoderforeningen.dk/tidsskriftsartikel/ny-hjemmefodselsordning-nu-med-privat-jordemodertaske>

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD004667.

Sosialkomiteen (2001). *Innst. S. nr. 300 (2000-2001)* Hentet fra <https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/publikasjoner/Innstillingar/Stortinget/2000-2001/inns>

Sundhedsstyrelsen (2021). *Anbefalinger for svangreomsorgen* København: Sundhedsstyrelsen. Hentet fra <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Anbefalinger-svangreomsorgen/Svangreomsorg-2022-ny.as>

WHO Regional Office for Europe (1998). *Workshop on perinatal care: report on a WHO expert meeting, Venice, Italy 16-18 April 1998* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108098>

World Health Organization (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* Geneva: WHO. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Anbefaling

Jordmødre og leger bør selektere gravide til fødeinstitusjonsnivå etter seleksjonsprinsippene

Seleksjonsprinsippene ligger til grunn for seleksjonskriteriene for gravide til ulike fødeinstitusjonsnivå. De gjenspeiler forventet kompetanse ved de tre fødeinstitusjonsnivåene i den offentlige helsetjenesten.

For å ivareta pasientsikkerhet og forsvarlighet bør gravide selekteres til det fødetilbudet som er best tilpasset kvinnens og fosterets tilstand og behov. Individuelle forhold kan medføre at det er nødvendig å vektlegge forhold hos den gravide som ikke er konkretisert i seleksjonskriteriene.

Praktisk informasjon

Seleksjonsprinsippene er overordnede føringer for seleksjonskriteriene til fødeinstitusjonsnivåene. De overordnede seleksjonsprinsippene er basert på forsvarlighetsprinsippet for helsetjenesten når en fødsel planlegges.

Helseforetakene kan tilpasse de anbefalte seleksjonskriteriene for hvert enkelt fødeinstitusjonsnivå med bakgrunn i fødeinstitusjonens kompetanse og bemanning, i tråd med anbefalingene i retningslinjen.

Overordnede seleksjonsprinsipper

Fødestue	Fødeavdeling	Kvinneklinikk
Fødende lav risiko	Fødende moderat risiko Fødende lav risiko	Fødende høy risiko Fødende moderat risiko Fødende lav risiko

Seleksjon til fødeinstitusjonsnivå gjøres i svangerskapet, men kan bli revurdert ved fødselens start og eventuelt under fødselsforløpet dersom det oppstår komplikasjoner. Seleksjonen gjøres av jordmor eller lege, og pasientens rett til å medvirke ivaretas jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 \(lovdata.no\)](#). Vurderingene dokumenteres i pasientjournalen. Seleksjonen baserer seg på en vurdering av den gravide og foster, og om det foreligger eller tilkommer risikofaktorer som gir behov for høyere omsorgsnivå.

Se også [anbefalingen om differensiering](#).

Individuelle forhold i tillegg til seleksjonskriteriene

Seleksjonskriteriene ivaretar en seleksjon basert på definerte risikofaktorer som beskrives nærmere under hvert fødeinstitusjonsnivå. I en helhetsvurdering av hvor den enkelte gravide får best fødselshjelp, kan det inngå flere faktorer enn de som kommer frem under de definerte seleksjonskriteriene, som for eksempel gravide som ikke har fulgt basisprogrammet for svangerskapsomsorg, sen første kontakt med helsevesenet i svangerskapet, fødselsangst, traumer, botid i Norge og språklige barrierer.

For personer i sårbare livssituasjoner kan det kreve tid å opparbeide tilliten som trengs for å uttrykke sine behov. Kontinuitet av helsepersonell gjennom svangerskap, fødsel og barseltid kan styrke tilliten og muligheten for personlig tilpasset omsorg.

Under omtales gravide/fødende med psykiske helseplager og gravide som er født utenfor Norge.

Gravide med psykiske helseplager

Når psykiske behov og/eller plager avdekkes i svangerskapet, tilstrebes kontinuitet i oppfølgingen av den gravide og et individuelt tilrettelagt fødetilbud. Dersom dette medfører at fødselen vil foregå på et annet fødeinstitusjonsnivå enn hva de definerte seleksjonskriteriene tilsier, forutsettes det at fødeinstitusjonsnivået har nødvendig kompetanse til å gi et medisinsk forsvarlig tilbud.

«National Health Services» (NHS) og WHO (2022) beskriver tiltak for å fremme god perinatal mental helse, og WHO omtaler positiv fødselsopplevelse som en beskyttende faktor for mental uhelse. For utsatte kvinner kan det være ekstra viktig å tilstrebe beskyttende faktorer for mental uhelse (National Health Service, 2023; World Health Organization, 2022).

Mange gravide kan være urolige eller bekymret i forbindelse med svangerskapet. Uro og bekymring kan reduseres ved god støtte og informasjon. Det er viktig for helsepersonell å skille mellom alminnelige spørsmål gravide har og spørsmål og tegn på at kvinnen har behov for ytterligere hjelp og oppfølging. For avdekking og oppfølging av gravide med psykiske plager og tilstander i svangerskapet, se [Graviditet og psykisk helse](#) i nasjonal retningslinje for svangerskapsomsorgen og [Mental helse i svangerskapet. metodebok i fødselshjelp \(metodebok.no\)](#).

Noen gravide med psykiske helseplager kan ha behov for lengre opphold i fødeinstitusjonen etter fødsel, både for vurdering og observasjon av mors psykiske tilstand og for å fremme en trygg tilknytning til barnet. Videre kan det være nødvendig å ta andre hensyn til individuelle behov. Slike kan være relatert til romfasiliteter, en støtteperson til stede under fødsel eller under opphold på sykehuset, et begrenset antall jordmødre/leger å forholde seg til, og/eller psykologisk støtte og behandling.

Gravide født utenfor Norge

Andelen av gravide kvinner som er født utenfor Norge har økt de siste ti-årene. Fødende fra enkelte land har større risiko for komplikasjoner i forbindelse med fødsel (Helsedirektoratet, 2020; Jatta et al., 2021). Gravide født utenfor Norge kan derfor ha særskilt behov for tilpasset oppfølging under svangerskap, fødsel og barsel.

Det er sentralt at helsepersonell avsetter tilstrekkelig tid med kvalifisert tolk for gravide/fødende med begrensede kunnskaper i norsk språk, jf. [tolkeloven \(lovdata.no\)](#). Videre er det av betydning at helsepersonell er oppmerksomme på variasjoner i innvandrerbefolkningens helsekompetanse; det vil si å finne, forstå, kritisk vurdere og benytte seg av helseinformasjon. Digitale ferdigheter kan også være varierende.

Nettsiden Zanzu har informasjon om svangerskap, fødsel og barsel på mange språk: [Familieplanlegging og graviditet \(zanzu.no\)](#)

Gravide som bruker rusmidler

For nærmere omtale av gravide som bruker alkohol og andre rusmidler, se [nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorg](#).

For oppfølging av kvinner og barn der mor er i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), se [Nasjonal faglig retningslinjer for gravide i LAR](#).

Begrunnelse

I 2001 ga sosialkomiteen en innstilling til Stortinget om at det er nødvendig å differensiere fødselsomsorgen med hensyn til hvor og hvilke kvinner som bør henvises til fødeavdelinger med bredere kompetanse, og at det skal foregå en seleksjon av fødende (Sosialkomiteen, 2001).

Helsepersonells seleksjon av gravide til rett fødeinstitusjonsnivå skal gjøres slik at kvinnens rett til å medvirke ivaretas, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 \(lovdata.no\)](#). Retten til å medvirke vil ikke fritta helsepersonellet fra å treffe avgjørelser som sikrer forsvarlig behandling av pasienten. Helsepersonellet kan ikke la pasienten eller brukeren velge et alternativ som ikke er forsvarlig faglig

sett, jf. [helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](#). Se mer om [rett til medvirkning i rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven](#) og i [kapittelet om informasjon og pasientmedvirkning](#).

Individuelle forhold i tillegg til seleksjonskriteriene

Helsepersonell må vise faglig skjønn i vurderingen av hver enkelt pasient og ta hensyn til individuelle behov, jf. helsepersonelloven § 4. En slik helhetsvurdering kan innebære at det er behov som kommer i tillegg til seleksjonskriteriene, og som kan medføre justering av fødeinstitusjonsnivå for den enkelte gravide. Fødetilbud på et annet fødeinstitusjonsnivå enn de anbefalte seleksjonskriterier må være medisinsk forsvarlig. Retningslinjen skal være et hjelpemiddel ved avveiningene tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlig og god kvalitet i tjenesten. Dersom helsepersonell eller institusjoner velger å fravike retningslinjen, skal dette dokumenteres og begrunnes, jf. [pasientjournalforskriften § 6 bokstav g \(lovdata.no\)](#).

Gravide med psykiske helseplager

Gravide med psykiske eller psykososiale problemstillinger samt kvinner født utenfor Norge tilhører grupper med økt risiko for komplikasjoner hos mor og/eller barn under fødsel og er særskilte sårbare grupper som løftes frem i retningslinjen:

Psykiske eller psykososiale problemstillinger i svangerskapet, under fødsel og etter fødsel, kan ha innvirkning på både mors og barnets helse, inkludert svekke mor-barn relasjonen, og ha negative effekter på barns utvikling (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; World Health Organization, 2022).

Folkehelseinstituttet viser til forskning som finner at forekomsten av fødselsdepresjon er mellom 7 % og 13 % av fødende kvinner, noe som vil tilsvare 4–8000 kvinner hvert år i Norge. Mellom 60–120 norske kvinner per år opplever en psykose i løpet av barnets spedbarnsperiode (MacSali et al., 2023). Haga et al. påpekte allerede i 2012 at det foreligger depressive symptomer i svangerskapet hos de fleste som diagnostiseres med depresjon i barseltiden (Haga et al., 2012a; Haga et al., 2012b).

Angst er like vanlig hos gravide som i befolkningen ellers. Angst kan føre til stresstilstand og kan ha negative effekter på svangerskapsutfall og barnets helse og utvikling (Steen et al., 2020).

WHO har utarbeidet en veileder for integrering av perinatal psykisk helse i mødre- og barnehelsetjenesten (World Health Organization, 2022).

Gravide født utenfor Norge

Mange av innvandrerkvinnene som føder er relativt nye i Norge og en del av dem har kommet som flyktninger fra krig- og konfliktområder. Gravide født utenfor Norge kan ha større risiko for komplikasjoner i forbindelse med fødsel enn kvinner født i Norge. Eksempler er risikoen for lav fødselsvekt, for tidlig fødsel, perinatal dødelighet, akutt keisersnitt og blødningskomplikasjoner i forbindelse med fødsel (Bains et al., 2021; Helsedirektoratet, 2020; Vik, 2020). For å sikre hensiktsmessig omsorg ved påfølgende svangerskap og fødsler i Norge, er det derfor spesielt viktig med obstetrisk anamnese hos disse kvinnene ved bruk av tolk. Språkbarriere, mangel på god kommunikasjon og informasjon, ulike forståelser og kulturelle praksiser knyttet til svangerskap og fødsel, manglende helsekompetanse og kjennskap til norsk helsevesen, traumer og psykiske plager, dårlig egenomsorg eller lite nettverk og sosial støtte kan være faktorer som kan føre til økt risiko for komplikasjoner (Spilker et al., 2022).

Referanser

- Bains, S., Mæland, K. S., & Vik, E. S. (2021). Helse i svangerskapet blant innvandrerkvinner i Norge – en utforskende litteraturoversikt. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 141(2)
- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 458-66.
- Haga, S. M., Ulleberg, P., Slinning, K., Kraft, P., Steen, T. B., & Staff, A. (2012). A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Archives of women's mental health*, 15(3), 175-84.
- Helsedirektoratet (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene* (IS-1924). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-orr>
- Helsedirektoratet (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem: rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020* (IS-2895). Oslo: Helsedirektoratet.
- Jatta, F., Sundby, J., Vangen, S., Lindskog, B. V., Sørbye, I. K., & Owe, K. M. (2021). Association between Maternal Origin, Pre-Pregnancy Body Mass Index and Caesarean Section: A Nation-Wide Registry Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11)
- MacSali, F., Stangenes, K. M., Trogstad, L. I. S., Lund, I. O., Meltzer, H. M., Villanger, G. D., Frøen, J. F., Klungsøyr, K. (01. februar 2023). *Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtp perioden. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/svangerskap/>
- National Health Service (2023). *Perinatal mental health*. [nettdokument]. Redditch: NHS. Hentet 13. september 2023 fra <https://www.england.nhs.uk/mental-health/perinatal/>
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance* (Clinical guideline [CG192]). Manchester og London: NICE. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Sosialkomiteen (2001). *Innst. S. nr. 300 (2000-2001)* Hentet fra <https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2000-2001/inns>
- Spilker, R. S., Kumar, B. N., Diaz, E., Kjøllesdal, M., Straiton, M. L., Ali, W., Syse, A., Olsen, A. O., Bruun, T. (26. august 2022). *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/>
- Steen, B. T., Eberhard-Gran, M., Nordeng, H., Nerum, H., Lyng, S. (17. februar 2020). . [nettdokument]. Fredrikstad, Hammerfest, Bergen og Oslo: Norsk gynekologisk forening. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fo>
- Vik, E. S.. (2020). *Adverse neonatal outcomes in migrant women in Norway* (doktoravhandling.). University of Bergen, Bergen. Hentet fra <https://hdl.handle.net/1956/23919>
- World Health Organization (2022). *WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services* Geneva: WHO. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

Rutiner for bemanning av jordmødre i fødeinstitusjoner

Anbefaling

Fødeinstitusjonene bør ha rutiner for jordmorbemanning

Rutinene for jordmorbemanning baseres på fødeinstitusjonens definerte ansvarsområder, lovpålagte oppgaver, pasientpopulasjon, antall pasienter og krav til beredskap.

Jordmorbemanningen beregnes på bakgrunn av:

- forventet fødselsantall
- kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor i aktiv fødsel
- risikoprofilen i fødepopulasjonen til fødeinstitusjonen inkludert andel innbyggere som skårer lavt på levekårsindeks og/eller som har innvandrerbakgrunn
- poliklinisk aktivitet dag/kveld og natt
- gjennomsnittlig sykefravær
- ressurser til beredskap
- lovpålagte oppgaver som blant annet internundervisning og akutt-trening, arbeid med kvalitetsforbedring, faglig oppdatering/etterutdanning
- ressurser til veiledning av studenter

Rutinene bør også inneholde hvilke tiltak som iverksettes ved svingninger i fødselstall som gir behov for økt for bemanning ved fødeinstitusjonen på kort sikt.

Rutinene bør gjennomgås årlig og eventuelt justeres i forhold til om det er samsvar mellom aktivitet og tilgjengelige ressurser. Rutinene bør da også sees i sammenheng med eventuelle pasient- og HMS-avvik.

Punktlisten er ikke uttømmende, og flere faktorer kan ligge til grunn for beregning av jordmorbemanning.

Praktisk informasjon

Virksomheten har plikt til å planlegge bemanning ut fra aktivitetsnivå og ha rutiner for å rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#).

For å beregne bemanning av jordmødre er det viktig at fødeinstitusjonene har rutiner og systemer for å følge med på, og planlegge, avdelingenes aktivitet på kort og lang sikt. Dette gjelder hvor mange pasienter som blir innlagt, hvilke typer pasienter som kommer, og hvordan disse fordeler seg på dag/kveld/natt/helg/helligdag og sesongvariasjon. Jordmorbemanningen planlegges med jordmorressurser til pasientgrupper med ukompliserte forløp, samt pasientgrupper med økt behov for behandling og overvåking.

Eksempler på gravide og fødende med kompliserte forløp kan være induksjoner, pasienter/kvinner med comorbiditet (for eksempel diabetes, preeklampsi, psykisk sykdom, økt risiko for infeksjon eller trombose). Gravide som induseres er en heterogen gruppe, da det er ulike grunner til at fødsel igangsettes og ulike igangsettingsmetoder.

Gravide/fødende som krever et særdeles høyt overvåkings- og behandlingsnivå kan være gravide med alvorlig preeklampsi, antenatalt magnesiumsulfat for «nevroproteksjon» ved truende preterm fødsel, gravide med alvorlige infeksjoner i forløpet eller annen alvorlig sykdom. Det er relativt få gravide/fødende som krever et særdeles høyt overvåkingsnivå. De kan kreve en bemanning som er vanlig/gjeldende praksis for en intensivpasient.

Ved utarbeidelse av rutiner for jordmor bemanning gir følgende rapporter relevant informasjon:

- [Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem](#) (Helsedirektoratet 2020)
- [Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene \(riksrevisjonen.no\)](#) (Riksrevisjonen, 2019)
- [Tilgang og behov for jordmødre](#) (Helsedirektoratet, 2021)

Fødeinstitusjoner kan bemannes av flere helsepersonellgrupper for å ivareta den helhetlige helsehjelpen og arbeidsoppgavene.

Begrunnelse

En tilstrekkelig bemanning av jordmødre er en forutsetning for å kunne gi forsvarlig fødselshjelp med lav forekomst av uønskede hendelser og samtidigetskonflikter. Denne anbefalingen er i stor grad basert på prinsippene i NICE guidelines hvor de har utarbeidet anbefalinger som har til hensikt å sikre en trygg jordmorbemanning (National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

Anbefaling om kontinuerlig tilstedeværelse i aktiv fødsel er en videreføring av kvalitetskravet i «Et trygt fødetilbud» og vurderes som et viktig grunnprinsipp for god obstetrisk helsehjelp. Kontinuerlig tilstedeværelse i aktiv fødsel er anbefalt av WHO (World Health Organization, 2018), og en Cochrane-oversikt støtter at det gir positive effekter for mor og barn som økt sannsynlighet for spontan vaginal forløsning, kortere fødselsforløp og færre nyfødte med lav APGAR-skår (Bohren et al., 2017). NICE guidelines anbefaler 1:1 i aktiv fødsel (National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

Kunnskapsgrunnlag for bemanning av jordmødre i fødeinstitusjoner mangler, men en publisert studie i Lancet (McHugh et al., 2021; Morland, 2021), som har undersøkt betydningen av å styrke bemanningen av sykepleiere ved kirurgiske avdelinger til at 1 sykepleier har ansvar for maksimalt 4 pasienter, medførte sparte pasient-liv, forebygget reinnleggelser, forkortet sykehusoppholdet og i tillegg reduserte utgifter. Det bør vurderes om resultatene har overføringsverdi til fødeinstitusjoner for gravide og fødende med økt behov for behandling og overvåking.

Underbemanning av jordmødre i fødeinstitusjoner kan få alvorlige følger for pasientene og føre til redusert pasientsikkerhet. For de ansatte kan underbemanning føre til dårligere arbeidsmiljø og gi rekrutteringssvikt (Brubakk et al., 2019). En systematisk oversiktsartikkel har vist at en tilstrekkelig jordmorbemanning kan virke positivt på bruk av epidural, perineale rifter, blødning etter fødsel, reinnleggelser, behov for gjenoppliving av nyfødte og behov for riestimulerende medikamenter (Turner et al., 2021).

Riksrevisjonen publiserte i 2019 en undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene (Riksrevisjonen, 2019). Noen av funnene i undersøkelsen var at helseforetakene har store utfordringer

med å rekruttere og beholde jordmødre, at flertallet jobber deltid og at de mangler gode strategier for rekruttering. Riksrevisjonen påpeker at mange helseforetak mangler oversikt over bemanningsbehov og planer for å løse bemanningsutfordringene sine. De anbefaler tiltak som at helseforetakene utvikler planer og strategier for hvordan bemanningsbehovet skal dekkes og at de sørger for å beholde ansatte ved å skape gode fagmiljøer. Tilstrekkelig antall praksisplasser med god kvalitet løftes også frem som et anbefalt tiltak.

Helsetjenestetilbudet skal være faglig forsvarlig uavhengig av hvor i landet fødeinstitusjonen er lokalisert. Til dette trengs det et visst antall jordmødre, uansett om fødeinstitusjonen er en fødestue, fødeavdeling eller kvinneklinikk.

Fødselsomsorgen i offentlig sektor er en spesialisthelsetjeneste. Det fremgår av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) at «Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.» Foretaket kan ha inngått samarbeidsavtaler med kommunen om helsehjelpen som ytes av bemanningen i fødestuer. Det er også en plikt til forsvarlig helsehjelp i helse- og omsorgstjenesteloven.

Det fremgår av [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 \(lovdata.no\)](#) at plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer å ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Det er også krav om at virksomheten sørger for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.

Pasientsikkerhet og kvalitet krever at jordmødre gis tid og mulighet til å opprettholde kompetanse (f.eks. gjennom trening på tolking av elektronisk fosterovervåking og simulering og ferdighetstrening på akutte hendelser), holde seg faglig oppdatert, samt har avsatt tid til utvikling av fagområdet. Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Virksomheten skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. [helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#). For å kunne oppfylle forpliktelsen til å gi helsepersonell rammebetingelser som gjør det mulig å opptre i samsvar med helsepersonellovens krav, må øverste leder ha oversikt over helsepersonellens kompetanse og behov for opplæring. Det forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning. Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Referanser

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD003766.

Brubakk, K., Svendsen, M. V., Hofoss, D., Hansen, T. M., Barach, P., & Tjomsland, O. (2019). Associations between work satisfaction, engagement and 7-day patient mortality: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 9(12), e031704.

McHugh, M. D., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Windsor, C., Douglas, C., & Yates, P. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet*, 397(10288), 1905-1913.

Morland, E. (13. mai 2021). *Bedre sykepleier-bemanning sparte liv og reduserte kostnader* [nettdokument]. Oslo: Sykepleien. Hentet 15. september 2023 fra <https://static.sykepleien.no/2021/05/bedre-sykepleierbemanning-sparte-liv-og-reduuerte-kostnader>

National Institute for Health and Care Excellence (2015). *Recommendations. 1: Safe midwifery staffing for maternity settings* (NICE guideline [NG4]). Manchester og London: NICE. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng4/chapter/Recommendations>

Riksrevisjonen (2019). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene* (Del av Dokument 3:2 2019–2020)). Oslo: Riksrevisjonen. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetak>

Turner, L., Griffiths, P., & Kitson-Reynolds, E. (2021). Midwifery and nurse staffing of inpatient maternity services - A systematic scoping review of associations with outcomes and quality of care. *Midwifery, 103*, 103118.

World Health Organization (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* Geneva: WHO. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Følgetjeneste og døgnkontinuerlig beredskap

Anbefaling

Helseforetakene skal sørge for at det organiseres en døgnkontinuerlig vaktberedskap og en følgetjeneste for gravide og fødende med mer enn 1,5 timers reisevei fra hjemmet til fødeinstitusjon, med mindre alternative løsninger er etablert

Organisering av en døgnkontinuerlig vaktberedskap innebærer at det foreligger samhandlingsavtaler om jordmortjenester og akuttmedisinske tjenester, herunder vaktberedskap og følgetjeneste, mellom helseforetak og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Alternative løsninger til følgetjeneste og beredskap skal også tydeliggjøres i avtalene.

Innhold i samarbeidsavtalen:

- tilpasning til lokale forhold når det gjelder:
 - demografi, geografiske og klimatiske forhold
 - infrastruktur og transportmuligheter
 - lokal og regional organisering av svangerskaps- og fødselsomsorgen
- krav til kompetanse til helsepersonell i tjenesten:
 - grunnleggende kompetanse/kunnskap i fødselshjelp (fortrinnsvis jordmor eller lege)
 - plan for regelmessig ferdighetstrening
 - plan for vedlikehold av akuttmedisinsk kompetanse
- adressere akutt helsehjelp – ved behov for akutt helsehjelp benyttes nærmeste fødeinstitusjon/lokalsykehus etter medisinsk vurdering

Tjenestene skal bidra til trygghet, forutsigbarhet og ivareta individuelle behov hos gravide og fødende.

Praktisk informasjon

Hensikten med samarbeidsavtaler er å bidra til at tjenesten gir trygghet, forutsigbarhet og ivaretar individuelle behov hos gravide og fødende.

Hva er følgetjeneste?

Følgetjenesten tilbyr både en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følge til fødeinstitusjon. Det utføres en kvalifisert faglig vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for følge.

For innhold i samhandlingsavtalene mellom helseforetak og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, se [Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak](#).

Kunnskap og kompetanse i følgetjenesten

Organisert følgetjeneste består av jordmor eller lege med tilstrekkelig kompetanse innen fødselshjelp. De gjør opp status basert for eksempel på om det foreligger vannavgang, blødning, premature rier, har dialog med fødeinstitusjon og vurderer responstid og egnet ambulansetransport. De vurderer også om det er behov for følge av jordmor eller lege til fødestedet.

Risikofødende kan ha planlagt fødsel på en fødeinstitusjon som har lengre avstand enn til nærmeste fødeinstitusjon. Der det vurderes at helsehjelp er akutt, vurderer helsepersonell om den kan gis ved nærmeste fødeinstitusjon eller lokalsykehus.

Lokal tilgjengelighet av tjenesten kommuniseres med gravide slik at kvinnen vet hvem og hvor kontakten til følgetjenesten er til enhver tid.

Organisering

Helseforetaket kan samarbeide med en eller flere kommuner om døgnkontinuerlig følgetjeneste og vaktberedskap. Tjenesten kan i praksis koordineres og tilrettelegges på flere måter. Distrikter og områder med få gravide per år kan tilrettelegge for behovsuttøst døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste. For eksempel kan ordningen avtales personlig med den gravide det gjelder. Interkommunalt samarbeid kan også etableres. I tillegg kan helseforetak tilby gravide alternative løsninger som opphold på hotell eller lignende den siste tiden før termin.

Behov for ambulanse vurderes av vaktansvarlig i følgetjenesten i samarbeid med AMK-sentralen. Ofte vil det være indikasjon for en akutt-tur (hastegrad rød), noe som medfører at ambulansen umiddelbart rykker ut ([Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, kap 25](#)).

Samhandlingsavtale mellom helseforetak og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (helsefellesskap)

Forhold som vurderes lokalt i utarbeidelse av samhandlingsavtaler:

- Lokal og regional organisering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.
- Demografi, geografiske, klimatiske forhold og infrastruktur med mulighet for transport under ulike klimatiske forhold og hastegrad, vil påvirke organiseringen av døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste. I områder med periodevise utfordringer på grunn av klimatiske og geografiske forhold er det behov for lokal kunnskap om forholdene. Det er viktig med kjennskap til alternativer for transporttjeneste og organisering av den akuttmedisinske kjeden i sin helseregion og/eller samarbeidende region(er) for helsepersonellet som inngår i beredskapen.
- Jordmødre som deltar i en følgetjeneste, kan også tilby barselomsorg de første dagene etter hjemkomst. Organiseringen bidrar til kontinuitet. Vaktberedskapen kan også være et tilbud til barselkvinner som opplever sykdom etter fødsel ([Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen](#)).
- Praksiskonsulentordningen ved gynekologisk/obstetrisk avdeling har som målsetting å forbedre pasientforløp og bidra til godt samarbeid mellom de ulike tjenestenivåene. Denne ordningen kan være en nyttig ressurs og bidra til god kommunikasjon der den finnes.
- System for tverrfaglig kompetanseheving, ferdighetstrening i akuttprosedyrer og individuell hospitering med aktiv tjeneste eller rotasjonsordninger. Ferdighetstreningen kan med fordel foregå sammen med helsepersonell som er samarbeidspartnere.

Begrunnelse

[St.meld. nr. 12 \(2008-2009\) \(regjeringen.no\)](#) legger til grunn at helseforetakene skal ha beredskap for følgetjeneste, og at den veiledende grensen for følgetjeneste skal være på halvannen times reisevei til fødestedet. Grensen på 1,5 timers reisevei skal baseres på reell reisetid og er avhengig av reiseavstand, kommunikasjonsforhold, vær og føreforhold, hvor langt fødselen er kommet med mer.

Siden 2010 har det vært helseforetakenes ansvar å sikre jordmorberedskap og tilby følgetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009a, 2009b, 2009c). Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har plikt til å samarbeide med spesialisthelsetjenesten for å legge til rette for forsvarlige tjenester. Partene er etter [lov om helse- og omsorgstjenester § 6-1 \(lovdata.no\)](#) pålagt å inngå samarbeidsavtaler, blant annet om samarbeid om jordmortjenester, jf. § 6-2 nr. 8. Kompetanse i fødselsomsorg er av særlig betydning i områder med lang reisevei til fødeinstitusjon, og avtalene må inkludere beredskap for følgetjeneste, jf. [kap. 6.8 i St.meld. nr. 47 \(2008–2009\) \(regjeringen.no\)](#) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009c).

På oppdrag fra Helsedirektoratet ferdigstilte Folkehelseinstituttet (FHI) i 2022 en systematisk kunnskapsoppsummering om [betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende \(fhi.no\)](#) (Ames et al., 2021). Resultatene viser at en avstand over 60 minutter fra fødeinstitusjon sannsynligvis gir en stor økning i oddsen for ikke-planlagt fødsel utenfor fødeinstitusjon, kanskje en liten økning i risikoen for eklampsi/HELLP og kanskje en stor økning i risikoen for igangsetting av fødsel av logistiske grunner. Kunnskaps-oppsummeringen kan ikke si noe sikkert om betydningen av avstand på andre utfall for gravide/fødende og fostre eller nyfødte på grunnlag av de inkluderte studiene. Det er behov for mer forskning og da med mer standardiserte målemetoder. Det mangler også forskning om effekter av følgetjenester for fødende med lang reisevei til fødeinstitusjon, for alle relevante utfall.

I 2019 behandlet Stortinget et forslag om å gi helseforetakene en lovfestet plikt til å tilby følgetjeneste for fødende med mer enn 60 minutters reisevei til fødestedet. Forslaget om å lovfeste et krav på 60 minutter ble ikke vedtatt (Stortinget, 2019–2020).

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredet konsekvensene av en endring i grensen for følgetjenesten fra 90 til 60 minutter, med særlig fokus på økonomi og personellressurser, og kommet med forslag til forbedringer av tjenesten. Helsedirektoratet anbefaler i rapporten [Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei](#) at dagens grense på 90 minutter opprettholdes. Før det eventuelt innføres endringer i anbefalt reisetid for følgetjeneste, anbefaler Helsedirektoratet at det gjennomføres en evaluering av dagens følgetjeneste. En endring bør også baseres på eventuelle endringer i kunnskapsgrunnlaget inkludert en kost-nytteanalyse, jf. prioriteringsregelverket.

Referanser

Ames, H., Forsetlund, L., Larun, L., Hval, G., Muller, A. E. (2022). *Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende: Systematisk oversikt* (rev. utg.) Oslo:

Folkehelseinstituttet. Hentet fra

<https://www.fhi.no/publ/2022/betydningen-av-lang-reisevei-til-fodeinstitusjon-og-folgetjeneste-for-gravi/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Prop. 1 S (2009–2010) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2010* (kap. 732 og kap. 762). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-1-s-20092010/id580279/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *En gledelig begivenhet: om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* (St.meld. nr. 12 (2008–2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-ld545600/>

Stortinget (2019-2020). *Representantforslag om å gi helseforetakene en lovfestet plikt til å tilby følgetjeneste for fødende med mer enn 60 minutters reisevei til fødestedet* [saksgang]. Oslo: Stortinget. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=77325>

Hjemmefødsel

Anbefaling

Gravide som ønsker hjemmefødsel bør selekteres etter kriterier som definerer lavrisikofødende

Seleksjonskriterier for gravide som ønsker å føde hjemme:

- gravide med ett foster, normalt svangerskap og med forventet normal fødsel i hodeleie
- har fulgt basisprogrammet i svangerskapsomsorgen
- ingen kjente sykdommer eller tilstander hos mor eller foster/barn som gir økt risiko for komplikasjoner
- for fleregangsfødende: tidligere normale svangerskap og fødsler
- fødselen starter spontant mellom svangerskapsuke 37+0 og 41+6
- SF-mål innen normalområdet
- pregravid KMI mellom 18,5 og 30
- alder 20–37 år

Listen er ikke uttømmende, og ansvarlig jordmor må gjøre en helhetlig individuell vurdering ved planlegging av hjemmefødsel. En helhetsvurdering inkluderer også en vurdering av avstanden til nærmeste fødeavdeling eller kvinneklinikk og andre faktorer som tilsier at fødselen bør foregå i sykehus.

Jordmoren som bistår ved planlagt hjemmefødsel, har ansvar for at fødselsomsorgen jordmoren tilbyr utenfor sykehus er forsvarlig.

Praktisk informasjon

Hjemmefødsel kan være et tilbud til fødende som har lav risiko for komplikasjoner. Gravide som ønsker hjemmefødsel kan ta opp dette i løpet av svangerskapet med sin jordmor eller fastlege. Seleksjon til hjemmefødsel gjøres av jordmor og/eller fastlege og forutsetter fortløpende vurdering av mulig risiko i svangerskapet. Ved alle fødsler kan det oppstå uforutsette komplikasjoner. Det tas hensyn til avstanden til nærmeste fødeavdeling/kvinneklinikk ved eventuelt behov for overflytting under fødselsforløpet.

Jordmødre som tilbyr å bistå ved planlagt hjemmefødsel er i dag privatpraktiserende. Når det planlegges en hjemmefødsel, utarbeider privatpraktiserende jordmor en plan eller avtale sammen med kvinnen. Avtalen omfatter en konkret beskrivelse av tjenesten, som for eksempel vaktberedskap for fødsel og barseloppfølging, og informasjon om lovfestede rettigheter og plikter. Den gravide har krav på informasjon før fødsel om at hun kan bli overflyttet til sykehus dersom komplikasjoner oppstår før, under eller etter fødsel.

Jordmor gjør en helhetsvurdering av kvinnen, og vurderer om hun kan føde hjemme. I en helhetsvurdering, kan det være andre forhold enn de nevnte seleksjonskriteriene som gjør at jordmor anbefaler fødsel i sykehus. Kriteriet «ingen kjente sykdommer eller tilstander hos mor eller foster/barn»

inkluderer en vurdering av alle tilstander som kan ha betydning for utfallet for mor og barn, for eksempel levevaner, vektøkning i svangerskap og fosteraktivitet.

Ved vurdering av svangerskap passert termin henvises kvinnen til en fødeavdeling eller kvinneklinikk i tilhørende helseforetak.

Eksempel på hvor jordmor kan oppleve å stå i et dilemma i forbindelse med en hjemmefødsel

Helsetilsynet omtaler dilemmaer som kan oppstå ved hjemmefødsler i [Hjemmefødsel – kvinners medvirkning, krav til jordmors forsvarlighet og helseforetakenes ansvar for samarbeid \(helsetilsynet.no\)](#) (Helsetilsynet, 2021). Et dilemma kan for eksempel være at jordmødre vurderer å inngå avtale om hjemmefødsel i strid med nasjonale anbefalinger ut fra en tanke om at det er bedre å bistå den gravide enn at hun velger å føde hjemme uten bistand. Den gravide kan, av ulike grunner, være bestemt på å gjennomføre hjemmefødsel til tross for at det vil være uforsvarlig, og jordmor fraråder det. Selv om det oppleves vanskelig å si nei til å bistå, er det viktig at jordmor i slike situasjoner informerer og dokumenterer faglige vurderinger og hvorfor hun som jordmor ikke kan inngå avtale om hjemmefødsel.

Helsetilsynet har i flere enkeltsaker påpekt at det er uforsvarlig dersom jordmor inngår avtale med den gravide om å planlegge hjemmefødsel, i strid med nasjonale retningslinjer og uten en faglig begrunnelse for hvorfor det er forsvarlig. Dersom den gravide, mot jordmors anbefaling, likevel ønsker hjemmefødsel, er det jordmors plikt å:

- informere kvinnen om risiko som kan oppstå hos henne og/eller hos barnet
- informere den gravide om hvorfor avtale om hjemmefødsel ikke kan inngås og hvilke alternativer som finnes
- innhente bistand eller henvise kvinner videre der dette er nødvendig og mulig
- samarbeide med sykehus om å overføre kvinnen til en fødeinstitusjon. Sykehusets ansvar er da å gå i dialog med den gravide om hvordan de kan legge til rette for at hun kjenner seg ivaretatt ved å føde på sykehus.

Se også kapittelet [Rutiner for informasjon og pasientmedvirkning når det haster med forløsning](#).

Les seleksjonskriterier om hvem som bør føde på [fødeavdeling](#) eller [kvinneklinikk](#).

Begrunnelse

Forskning og erfaring har vist at hjemmefødsel kan være et godt alternativ for en del fødende forutsatt god seleksjon og trygge rammer (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Reitsma et al., 2020; Rossi et al., 2018). Dette forutsetter at jordmor er faglig oppdatert og har et godt samarbeid med nærmeste helseforetak og kommune.

Hensikten med seleksjonskriteriene er å ivareta normale forløp og sikre forsvarlig oppfølging ved hjemmefødsel. Seleksjonskriteriene for hjemmefødsler er utarbeidet på bakgrunn av forskning, klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets Nasjonal faglige retningslinje om hjemmefødsel (2012). Kriteriene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap og erfaringer. Helsetilsynet presiserer viktigheten av at jordmødre som bistår ved hjemmefødsler, praktiserer betryggende seleksjons- og overføringsrutiner, har etablert kontakt med lege og sykehus som kan gi nødvendig bistand i uventede og kritiske situasjoner, og har rutiner for overføring til sykehus (Johansen et. al. 2017).

Ved en hjemmefødsel kan jordmor bli stilt overfor en situasjon som ligger utenfor hennes kompetanseområde å håndtere. Helsepersonell skal etter [helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](#) innrette

seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Helsepersonellet skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Se mer om krav til forsvarlig helsehjelp i [Helsedirektoratets kommentarer til helsepersonelloven § 4](#). Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må ses i sammenheng med den plikt helse- og omsorgstjenesten har til forsvarlig virksomhet, se [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#).

Det er dokumentert at alder og KMI har innvirkning på risiko for komplikasjoner i svangerskap-, fødsel- og barseltid, og er bakgrunnen for endringene i seleksjonskriteriene.

Studier viser en økning for flere risikofaktorer for gruppen 35–40 år uten noen tydelig cut-off grense (American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Clinical Consensus-Obstetrics et al., 2022; Cavazos-Rehg et al., 2015; Herstad et al., 2015; Hvide et al., 2021; Londero et al., 2019; Sheen et al., 2018). En øvre grense på 37 år er basert på et gjennomsnitt inntil ny kunnskap er dokumentert. Tenåringsgravide har økt risiko i svangerskap-, fødsel- og barseltid, og derfor er nedre aldersgrense satt til 20 år for hjemmefødsler (Diguisto et al., 2022).

KMI-grensene er justert og sammenfaller med WHO's definisjon av normal vekt, overvekt og fedme grad I–III. Presiseringer i cut-off grenser begrunnes i funn fra publiserte studier (Pettersen-Dahl et al., 2018; Scott-Pillai et al., 2013). Den norske studien fant at KMI før svangerskapet ≥ 30 var en uavhengig risikofaktor for forløsning ved akutt keisersnitt for både førstegangsfødende og flergangsfødende (Pettersen-Dahl et al., 2018).

Referanser

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Clinical Consensus-Obstetrics, Gantt, A., Society for Maternal-Fetal Medicine, Metz, T. D., Kuller, J. A., Louis, J. M., ... Society for Maternal-Fetal Medicine (2022). *Pregnancy at Age 35 Years or Older* (Obstetric Care Consensus Number 11). Washington, DC: Committee on Clinical Consensus–Obstetrics og Society for Maternal-Fetal Medicine. Hentet fra <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2022/08/pregnancy-at-a>

Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Bommarito, K., Madden, T., Olsen, M. A., Subramaniam, H., Peipert, J. F., & Bierut, L. J. (2015). Maternal age and risk of labor and delivery complications. *Maternal and child health journal*, *19*(6), 1202-11.

Diguisto, C., Saucedo, M., Kallianidis, A., Bloemenkamp, K., Bødker, B., Buoncristiano, M., Donati, S., Gissler, M., ... Deneux-Tharoux, C. (2022). Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population based study. *BMJ*, *379*, e070621.

Helsedirektoratet (2012). *Retningslinje for hjemmefødsel – svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender*. (IS-2012). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsetilsynet (17. august 2021). *Hjemmefødsel – kvinners medvirkning, krav til jordmors forsvarlighet og helseforetakenes ansvar for samarbeid*. [nettdokument]. Oslo: Helsetilsynet. Hentet 15. september 2023 fra <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmeldingen/2021/hjemmefoedsel-kvinnens-medvirkning->

Herstad, L., Klungsøyr, K., Skjaerven, R., Tanbo, T., Forsén, L., Åbyholm, T., & Vangen, S. (2015). Maternal age and emergency operative deliveries at term: a population-based registry study among low-risk primiparous women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *122*(12), 1642-51.

Hvide, H. K., Johnsen, J., & Salvanes, K. G. (2021). Parental age and birth defects: a sibling study. *European Journal of Epidemiology*, *36*(8), 849-860.

Johansen, L. T., Iversen, J. B. H., & Broen, L. (2017). Planlagt hjemmefødsel og forsvarlig helsehjelp. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 137(12-13), 914-916.

Londero, A. P., Rossetti, E., Pittini, C., Cagnacci, A., & Driul, L. (2019). Maternal age and the risk of adverse pregnancy outcomes: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 261.

National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Recommendations. I: Intrapartum care for healthy women and babies* (Clinical guideline [CG190]). Manchester og London: NICE. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

Pettersen-Dahl, A., Murzakanova, G., Sandvik, L., & Laine, K. (2018). Maternal body mass index as a predictor for delivery method. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(2), 212-218.

Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., Kaufman, K., & Hutton, E. K. (2020). Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*, 21, 100319.

Rossi, A. C., & Prefumo, F. (2018). Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 222, 102-108.

Scott-Pillai, R., Spence, D., Cardwell, C. R., Hunter, A., & Holmes, V. A. (2013). The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: a retrospective study in a UK obstetric population, 2004-2011. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(8), 932-9.

Sheen, J. J., Wright, J. D., Goffman, D., Kern-Goldberger, A. R., Booker, W., Siddiq, Z., D'Alton, M. E., & Friedman, A. M. (2018). Maternal age and risk for adverse outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(4), 390.e1-390.e15.

Anbefaling

Jordmor som bistår ved hjemmefødsel bør følge fastsatte overflyttingskriterier for fødende og nyfødte

Indikasjoner for overflytting av den fødende fra hjemmet til fødeinstitusjon

Under eller i forbindelse med fødsel:

- langvarig vannavgang
- avvikende leie/presentasjon av foster
- langsom fremgang
- misfarget fostervann
- rikelig/unormal blødning
- akutt sykdom hos mor
- behov for fosterovervåkning med CTG
- behov for smertelindring med legemidler
- behov for å stimulere rier ved hjelp av legemidler

Etter fødsel:

- fastsittende placenta, med eller uten blødning
- sfinkterruptur grad III og IV, dype vaginal-/perinealrifter, cervixruptur
- unormal etterbyrdsblødning, atoni eller blødning fra rifter

Indikasjoner for overflytting av den nyfødte

- mistenkt sykdom hos nyfødt
- respirasjonsproblemer
- misdannelser, skade eller fraktur
- gulsott

Listene er ikke uttømmende, og ansvarlig jordmor må gjøre en helhetlig individuell vurdering av fødselsforløpet og den nyfødte. En helhetsvurdering inkluderer en vurdering også av avstanden til nærmeste fødeavdeling eller kvinneklinikk og andre faktorer som tilsier at gjennomføringen av fødselsforløpet bør foregå i sykehus sykehus eller en overflytting etter fødsel.

Jordmoren som bistår ved planlagt hjemmefødsel, har ansvar for å at fødselsomsorgen jordmoren tilbyr utenfor sykehus er forsvarlig.

Praktisk informasjon

Når det planlegges en hjemmefødsel, er fødselen vurdert som lavrisiko fra riene starter og frem til etter barnets fødsel.

Langvarig vannavgang gir økt risiko for infeksjon, og eventuelt tidspunkt for overflytting avtales med aktuelle fødeinstitusjon.

Fremgang i fødsel varierer og vurderes individuelt. Observasjonene av den fødende og foster inkluderer å følge med på fremgangen i fødsel og ha en plan for når eventuelle tiltak iverksettes (World Health Organization, 2020). Det er viktig at tiden det eventuelt tar for å overflytte den fødende til sykehus tas med i vurderingen når progresjon i fødsel vurderes.

Om det foreligger «Rikelig/unormal blødning» er en beslutning ansvarlig jordmor tar under fødselsforløpet. Det er vanskelig å fastsette en grense for blødningsmengde da det vil være avhengig av mange faktorer (årsak, kompetanse, avstand til sykehus, muligheter for kompetent bistand etc).

Det er viktig at jordmor som planlegger å bistå ved hjemmefødsel på forhånd har lagt en plan for hvordan en overflytting kan gjennomføres og hvordan samhandlingen med sykehus vil være. Planen inkluderer også hvilke ressurser som trengs og tilgjengeligheten av disse ressursene hvis situasjonen oppstår. Den fødende/paret informeres om planen før fødselen starter.

Hvis det oppstår avvikende fødselsforløp eller det er tvil om dette, sørger jordmor for overflytting til sykehus eller konfererer med fødselslege om overflytting er nødvendig.

Se også kapittel 9 om [Rutiner for informasjon og pasientmedvirkning når det haster med forløsning](#).

Les seleksjonskriterier om hvem som bør føde på [fødeavdeling](#) eller [kvinneklinikk](#).

Begrunnelse

I en internasjonal oversiktsartikkel varierte den totale andelen overflytting fra hjem til sykehus fra 9,9 % til 31,9 % på tvers av studiene. Den vanligste indikasjonen for overføring var langsom fremgang (Blix et al., 2014). En nordisk studie fant at en tredjedel av alle førstegangsfødende og 8,0 % av fleregangsfødende ble overført under fødselen eller innen 72 timer etter fødselen (Blix et al., 2016).

Hensikten med overflyttingskriteriene er å bidra til forsvarlig oppfølging ved hjemmefødsel. Overflyttingskriteriene for hjemmefødsler er utarbeidet på bakgrunn av klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets Nasjonal faglige retningslinje om hjemmefødsel (2012). Kriteriene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap og erfaring.

Helsetilsynet presiserer viktigheten av at jordmødre som bistår ved hjemmefødsler, praktiserer betryggende seleksjons- og overføringsrutiner, har etablert kontakt med lege og sykehus som kan gi nødvendig bistand i uventede og kritiske situasjoner, og har rutiner for overføring til sykehus (Johansen et al., 2017).

Tidspunkt for overflytting ved vannavgang uten rier til termin avtales med den aktuelle fødeinstitusjonen. Metodebok i fødselshjelp utarbeidet av det fagmedisinske miljøet i Norge, beskriver råd om oppfølging og behandling ved vannavgang ([Preterm vannavgang \(pPROM\) og primær vannavgang ved/nær termin \(PROM\) \(metodebok.no\)](#)).

Helsepersonell skal etter [helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](#) innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Helsepersonellet skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Se mer om krav til forsvarlig helsehjelp i [Helsedirektoratets kommentarer til helsepersonelloven § 4](#). Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må ses i sammenheng med den plikt helse- og omsorgstjenesten har til forsvarlig virksomhet, se [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#).

Ved en hjemmefødsel kan jordmor bli stilt overfor en situasjon som ligger utenfor jordmores kompetanseområde å håndtere. Uventede hendelser og tilstander kan alltid oppstå under og etter fødsel hos mor og/eller barn, selv om den gravide i utgangspunktet var frisk med et normalt svangerskap og med en forventet normal fødsel i hodeleie. Overflyttingskriteriene gjenspeiler medisinskfaglige forhold hos mor og/eller nyfødt som erfaringsmessig krever helsehjelp fra sykehus/fødeavdeling eller kvinneklinikk, og er basert på forsvarlighetsprinsippet for helsepersonell/helsetjenesten.

Referanser

Blix, E., Kumle, M., Kjærgaard, H., Øian, P., & Lindgren, H. E. (2014). Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 179.

Blix, E., Kumle, M. H., Ingversen, K., Huitfeldt, A. S., Hegaard, H. K., Ólafsdóttir, Ó., Øian, P., & Lindgren, H. (2016). Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries - a prospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(4), 420-8.

Helsedirektoratet (2012). *Retningslinje for hjemmefødsel – svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender*. (IS-2012). Oslo: Helsedirektoratet.

Johansen, L. T., Iversen, J. B. H., & Broen, L. (2017). Planlagt hjemmefødsel og forsvarlig helsehjelp. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 137(12-13), 914-916.

World Health Organization (2020). *WHO labour care guide: user's manual* Geneva: WHO. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>

Anbefaling

Jordmor som tilbyr hjemmefødsel, bør inngå samarbeid med nærmeste helseforetak

Jordmor som tilbyr hjemmefødsel, bør ta initiativ til å inngå samarbeidsavtale med aktuelle fødeinstitusjoner.

Fødeinstitusjonene bør legge til rette for et godt samarbeid med jordmødre som tilbyr bistand ved hjemmefødsel.

Praktisk informasjon

Det er viktig at både jordmødre som tilbyr hjemmefødsel, tilhørende fødeavdeling/kvinneklinikk og kommuner, legger til rette for et godt samarbeid og samhandling slik at mor og barn får et trygt og tilpasset tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltid.

Et godt samarbeid med helseforetakene kan innebære avtale om faglig oppdatering og trening/simulering sammen med ansatte. Det kan også innebære rutiner for å informere sykehuset og kommunen om når det er en hjemmefødsel i området.

Eksempler på områder som avklares i avtaler mellom partene:

- bistand ved behov for assistanse
- vedlikehold av faglig kompetanse og ferdigheter
- rutiner for overflytting og samarbeid med fødeavdeling/kvinneklinikk
- videre oppfølging av barnet og samarbeid med familien
- overføring av journalopplysninger om fødselen
- ansvarsforhold ved overflytting

Det er et generelt krav om elektronisk journal, som også gjelder for privatpraktiserende jordmødre som tilbyr bistand ved hjemmefødsel. Det er mulig å søke om unntak fra dette kravet, se [forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger](#).

Jordmødre som bistår ved hjemmefødsel, har også [meldeplikt ved fødsel](#).

Begrunnelse

Forskning og erfaring har vist at hjemmefødsel kan være et godt alternativ for en del fødende forutsatt god seleksjon og trygge rammer (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Rossi et al., 2018). Dette forutsetter at jordmor er faglig oppdatert og har et godt samarbeid med nærmeste helseforetak og kommune.

Helsetilsynet har pekt på viktigheten av at jordmor inngår en avtale med et nærliggende helseforetak. Dette skal bidra til å opprettholde jordmørens kompetanse, det skal bidra til at jordmor opprettholder kontakt med fagmiljøet, og gi jordmor mulighet til å delta i simulasjonsbasert akutt-trening. Dette kan redusere fremtidig pasientsikkerhetsrisiko ved bistand ved hjemmefødsler (Johansen et al., 2017).

I tilsynssaker har utilstrekkelig eller mangelfull kommunikasjon mellom sykehusene, jordmødre som tilbyr bistand til hjemmefødsel og den gravide/paret, vært et tema (Johansen et al., 2017).

Helsepersonell på sykehus har vist liten forståelse for kvinnens ønske om hjemmefødsel, noe som i sin tur har ført til at kvinnens motvilje mot å føde på sykehus har økt. Jordmor kan kvie seg for å ta kontakt med fødselslege på sykehus hvis hun opplever at de er kritiske til hjemmefødsler. Å etablere et godt samarbeid mellom helseforetakene og jordmødre som tilbyr hjemmefødsel, er viktig for å sikre god helsehjelp til beste for mor og barn (Helsetilsynet, 2021).

Helsepersonell skal etter [helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](#) innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Helsepersonellet skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Se mer om krav til forsvarlig helsehjelp i [Helsedirektoratets kommentarer til helsepersonelloven § 4](#). Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må ses i sammenheng med den plikt helse- og omsorgstjenesten har til forsvarlig virksomhet, se [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#).

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskriften gjelder virksomheter på ulike nivå i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenesten og private virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester, inkludert privatpraktiserende jordmor. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 c presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 c og f. Se mer i [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Krav til pasientjournalssystem og de generelle reglene for journalføring og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger gjelder for privatpraktiserende jordmødre som bistår med hjemmefødsel, jf. [pasientjournalloven § 7 \(lovdata.no\)](#). Innenfor rammen av taushetsplikten, skal den virksomheten som har pasientjournalen sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte helsehjelp til den enkelte, jf. pasientjournalloven § 19 og helsepersonelloven § 45. Opplysningene skal gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten, jf. pasientjournalloven § 19.

Se også denne retningslinjens kapittel om:

- [rutiner for informasjon og pasientmedvirkning](#)
- [seleksjon og differensiering](#)

Referanser

Helsetilsynet (17. august 2021). *Hjemmefødsel – kvinners medvirkning, krav til jordmors forsvarlighet og helseforetakenes ansvar for samarbeid*. [nettdokument]. Oslo: Helsetilsynet. Hentet 15. september 2023 fra

<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmeldingen/2021/hjemmefoedsel-kvinnens-medvirkning->

Johansen, L. T., Iversen, J. B. H., & Broen, L. (2017). Planlagt hjemmefødsel og forsvarlig helsehjelp. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 137(12-13), 914-916.

National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Recommendations. 1: Intrapartum care for healthy women and babies* (Clinical guideline [CG190]). Manchester og London: NICE. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

Rossi, A. C., & Prefumo, F. (2018). Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 222, 102-108.

Anbefaling

Helseforetak kan tilby planlagt hjemmefødsel

Helseforetakene kan opprette tilbud om hjemmefødsel når forholdene ligger til rette for det. Helseforetaket har da det overordnede ansvaret for å sørge for forsvarlig vaktordning, beredskap og nødvendig kompetanse.

Hjemmefødsel i offentlig regi kan organiseres ved at:

- jordmødre inngår i en hjemmefødselsordning og er ansatt i helseforetaket
- antall jordmødre i vaktberedskap tilpasses antall hjemmefødsler i regionen

Gravide kan ikke kreve et hjemmefødselstilbud fra helseforetakets fødeinstitusjoner.

Praktisk informasjon

Helseforetakene kan organisere jordmødre i team. Det innebærer at en gruppe jordmødre sammen har en gruppe gravide som de følger gjennom svangerskap, fødsel og barseltid.

Fødsel og barseltid kan skje på sykehus eller hjemme. Dersom kvinnen ønsker å føde hjemme organiseres dette ved at jordmødre fra spesialisthelsetjenesten har vaktordninger for å ivareta hjemmefødsler gitte dager i måneden mens de har de resterende vaktene ved en fødeinstitusjon. En slik ordning vil bidra til kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid – også for kvinner som ønsker å føde på sykehus.

Begrunnelse

Ansvaret for å legge til rette for differensiert fødselsomsorg er plassert hos de regionale helseforetakene. Planlagt hjemmefødsel med jordmor er ikke en del av det offentlige tilbudet. Tilbudet gis i dag av privatpraktiserende jordmødre uten avtale med helseforetakene eller kommunene. Dette kan gi utfordringer for planlagte hjemmefødsler og ha betydning for pasientsikkerhet og forsvarlig helsehjelp (Johansen et al., 2017).

Utfordringene kan oppsummeres som følger:

- Tilsynsmulighetene begrenses av at fødslene foregår i hjemmet, jf. menneskerettighetsloven, Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen artikkel 8, og prinsippet om privatlivets fred. Tilsyn skjer kun som hendelsesbasert tilsyn i etterkant av svikt. Det er plikt til å varsle til Statens

helsetilsyn ved alvorlige hendelser som har sammenheng med helsehjelpen. Varslingsplikten gjelder for spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, private tjenesteytere og alle andre virksomheter som yter helsehjelp.

- Jordmødres manglende rekvireringsrett til reseptbelagte legemidler medfører at tilbudet ved planlagte hjemmefødsler kan bli dårligere sammenlignet med et offentlig tilbud. Legemidlene det dreier seg om er for å forebygge og behandle unormal blødning.
- Tilbudene om hjemmefødsel (i privat regi) er ikke likeverdige ettersom valgfriheten er begrenset og kvinnen selv må betale en egenandel. Økonomisk skiller en planlagt hjemmefødsel seg fra fødselsomsorg i den offentlige helsetjenesten; foreldrene må selv betale for deler av jordmorhjelpen. Kompensasjon til jordmor blir delvis dekket av myndighetene gjennom en refusjonsordning som administreres av HELFO. Resten av betalingen må ytes av familien, herunder ytelser til jordmoren for å være i beredskap ved fødselsterminen, se [forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp \(lovdata.no\)](#). Forskriften gir anledning for jordmor til å heve takster for hjemmefødsel og svangerskapsomsorg. Jordmor kan kreve betaling for f.eks. reiseutgifter for å komme til og fra fødestedet. Kvinnen kan søke om en engangsstønad fra HELFO når hun har født hjemme.
- I henhold til [forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten §3 \(lovdata.no\)](#), skal helseopplysninger registreres elektronisk. Det betyr at opplysninger som blir skrevet i en papirjournal, skal overføres til en elektronisk journal så snart det lar seg gjøre. Manglende elektronisk samhandling kan medføre mangelfull samhandling og utfordre pasientsikkerheten.

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 c presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 c og f. Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

WHO anbefaler modeller for jordmorfaglig kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid (World Health Organization, 2018). Se mer under [begrunnelse i anbefaling om differensiering](#). Det er innført kontinuitetsmodeller i Sverige og Danmark både for hjemmefødsler og fødsler i sykehus (Karolinska universitetssjukhuset, 2023; Kjeldset, 2019; Sundhedsstyrelsen, 2021; Aarhus Universitetshospital, 2023). Enkelte helseforetak i Norge er også i oppstarten av lignende tilbud.

Referanser

Aarhus Universitetshospital (2023). *Kendt Jordmoderordning*. [nettdokument]. Aarhus: Aarhus Universitetshospital. Hentet 15. september 2023 fra <https://www.auh.dk/afdelinger/kvindesygdomme-og-fodsler/kendt-jordmoderordning/>

Johansen, L. T., Iversen, J. B. H., & Broen, L. (2017). Planlagt hjemmefødsel og forsvarlig helsehjelp. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 137(12-13), 914-916.

Karolinska universitetssjukhuset (31. august 2023). *Min Barnmorska - sammanhållen graviditetsvård med ett barnmorsketeam*. [nettdokument]. Stockholm: Karolinska universitetssjukhuset. Hentet 15. september 2023 fra <https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/projektet-min-barnmorska/>

Kjeldset, A. (2019). *Ny hjemmefødselsordning: Nu med privat jordemodertaske*. [nettdokument]. København: Jordemoderforeningen. Hentet 15. september 2023 fra <https://jordemoderforeningen.dk/tidsskriftsartikel/ny-hjemmefodselsordning-nu-med-privat-jordemodertaske>

Sundhedsstyrelsen (2021). *Anbefalinger for svangreomsorgen* København: Sundhedsstyrelsen. Hentet fra <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Anbefalinger-svangreomsorgen/Svangreomsorg-2022-ny.aspx>

World Health Organization (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* Geneva: WHO. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Fødestue

Anbefaling

Fødestue bør følge anbefalte seleksjonskriterier for lavrisiko fødende

Seleksjonskriterier for fødsel ved fødestue:

- friske gravide med normalt svangerskap og med forventet normal fødsel i hodeleie
- har fulgt basisprogrammet i svangerskapsomsorgen
- ingen kjente sykdommer eller tilstander hos mor eller foster/barn som gir økt risiko for komplikasjoner
- for fleregangsfødende: tidligere normale svangerskap og fødsler
- fødselen starter spontant med foster i hodeleie mellom fullgatte svangerskapsuker 37+0 og 41+6
- SF-mål innenfor normalområdet
- pregravid KMI 18,5–30 for førstegangsfødende, 18,5–35 for fleregangsfødende
- alder 20–37 år

Listen er ikke uttømmende, og jordmor/lege bør gjøre en helhetlig individuell vurdering av svangerskapet. Fødestue er et tilbud til fødende som oppfyller seleksjonskriteriene og ønsker å føde der.

Praktisk informasjon

Seleksjonskriteriene er nasjonale anbefalinger. Seleksjonskriteriene leses i sammenheng med kriteriene for de andre fødeinstitusjonsnivåene.

Seleksjon til fødsel ved en fødestue gjøres av jordmor og/eller fastlege og forutsetter fortløpende vurdering av mulig risiko i svangerskapet. Forhold som kan påvirke seleksjon av den fødende er nærmere beskrevet i [anbefaling om seleksjon](#).

Det gjøres en konkret helhetsvurdering av om kvinnen kan føde ved fødestue. Kriteriet «ingen kjente sykdommer eller tilstander hos mor eller foster/barn» inkluderer en vurdering av alle tilstander som kan ha betydning for utfallet for mor og barn, inkludert for eksempel levevaner, vektøkning i svangerskapet og fosteraktivitet. Den gravide har krav på informasjon før fødsel om at hun kan bli overflyttet til et høyere omsorgsnivå dersom komplikasjoner oppstår før, under eller etter fødsel.

Jordmor anbefaler fødsel ved en fødeavdeling eller kvinneklinikk ut fra en helhetsvurdering av den gravide, uavhengig av nevnte seleksjonskriterier.

Dersom en fødestue mener at de innehar kompetanse til å håndtere enkelte tilstander hos gravide som er definert å tilhøre et fødeavdelingsnivå, avklares dette med faglig ansvarlig i helseforetaket og dokumenteres. Aktuelle tilstander kan være:

- uspesifikke forhold som rus, psykiske eller psykososiale problemstillinger

- tidligere utskjæringstang eller vakuumpump uten antatt gjentagelsesrisiko
- kvinner født utenfor Norge som tilhører grupper med økt risiko for komplikasjoner (se [anbefaling om seleksjon](#))
- kvinner som er omskåret

Et nært samarbeid med fødeavdeling eller kvinneklinikk i helseforetaket om drøfting av tvilstilfeller er en viktig forutsetning for trygg fødselshjelp ved fødestuer. Se også [anbefaling om differensiering](#).

Seleksjonskriterier om hvem som bør føde ved fødeavdeling eller kvinneklinikk, se kapitlene:

- [fødeavdeling](#)
- [kvinneklinikk](#)

Begrunnelse

Forskning og erfaring viser at fødsel ved fødestue kan være et godt alternativ for lavrisikofødende (Grigg et al., 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Øian et al., 2018).

Fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk representerer ulike nivåer av fødeinstitusjoner, jf. [anbefaling om differensiering](#). Helseforetaket har det overordnede medisinskfaglige ansvaret for fødselshjelpen. Seleksjonsprinsipper til fødeinstitusjonsnivå er beskrevet i [anbefaling om seleksjon](#).

Seleksjonskriterier for fødestuer ble utarbeidet på bakgrunn av forskning, klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud (2010). Kriteriene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap, erfaringer og Helsedirektoratets rapport om [endringer i fødepopulasjonen](#) (2020). Seleksjonskriteriene for fødsel ved en fødestue er i hovedsak videreført fra tidligere retningslinje med noen justeringer og presiseringer. Endringer fra tidligere normering gjelder grenser for alder og KMI.

Det er dokumentert at alder har innvirkning på risiko for komplikasjoner i svangerskap-, fødsel- og barseltid, og er bakgrunnen for endringene i seleksjonskriteriene. Studier viser en økning for flere risikofaktorer for gruppen 35-40 år uten noen tydelig cut-off grense (American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Clinical Consensus-Obstetrics et al., 2022; Cavazos-Rehg et al., 2015; Herstad et al., 2015; Hvide et al., 2021; Londero et al., 2019; Sheen et al., 2018). En øvre grense på 37 år er basert på et gjennomsnitt inntil ny kunnskap er dokumentert. Tenåringsgravide har økt risiko i svangerskap-, fødsel- og barseltid, og derfor er nedre aldersgrense satt til 20 år ved fødestuer (Diguisto et al., 2022).

KMI-grensene er justert og sammenfaller med WHO's definisjon av normal vekt, overvekt og fedme grad I–III. Presiseringer i cut-off grenser begrunnes i funn fra publiserte studier (Pettersen-Dahl et al., 2018; Scott-Pillai et al., 2013). Den norske studien fant at KMI før svangerskapet ≥ 30 var en uavhengig risikofaktor for forløsning med akutt keisersnitt for både førstegangsfødende og fleregangsfødende (Pettersen-Dahl et al., 2018).

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige

krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 c presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 c og f. Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Referanser

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Clinical Consensus-Obstetrics, Gantt, A., Society for Maternal-Fetal Medicine, Metz, T. D., Kuller, J. A., Louis, J. M., ... Society for Maternal-Fetal Medicine (2022). *Pregnancy at Age 35 Years or Older* (Obstetric Care Consensus Number 11). Washington, DC: Committee on Clinical Consensus–Obstetrics og Society for Maternal-Fetal Medicine. Hentet fra <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2022/08/pregnancy-at-a>

Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Bommarito, K., Madden, T., Olsen, M. A., Subramaniam, H., Peipert, J. F., & Bierut, L. J. (2015). Maternal age and risk of labor and delivery complications. *Maternal and child health journal*, *19*(6), 1202-11.

Diguisto, C., Saucedo, M., Kallianidis, A., Bloemenkamp, K., Bødker, B., Buoncristiano, M., Donati, S., Gissler, M., ... Deneux-Tharoux, C. (2022). Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population based study. *BMJ*, *379*, e070621.

Grigg, C. P., Tracy, S. K., Tracy, M., Daellenbach, R., Kensington, M., Monk, A., & Schmied, V. (2017). Evaluating Maternity Units: a prospective cohort study of freestanding midwife-led primary maternity units in New Zealand-clinical outcomes. *BMJ Open*, *7*(8), e016288.

Helsedirektoratet (2010). *Et trygt fødetilbud: kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (IS-1877). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem: rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020* (IS-2895). Oslo: Helsedirektoratet.

Herstad, L., Klungsøyr, K., Skjaerven, R., Tanbo, T., Forsén, L., Åbyholm, T., & Vangen, S. (2015). Maternal age and emergency operative deliveries at term: a population-based registry study among low-risk primiparous women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *122*(12), 1642-51.

Hvide, H. K., Johnsen, J., & Salvanes, K. G. (2021). Parental age and birth defects: a sibling study. *European Journal of Epidemiology*, *36*(8), 849-860.

Londero, A. P., Rossetti, E., Pittini, C., Cagnacci, A., & Driul, L. (2019). Maternal age and the risk of adverse pregnancy outcomes: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *19*(1), 261.

National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Recommendations. 1: Intrapartum care for healthy women and babies* (Clinical guideline [CG190]). Manchester og London: NICE. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

Pettersen-Dahl, A., Murzakanova, G., Sandvik, L., & Laine, K. (2018). Maternal body mass index as a predictor for delivery method. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *97*(2), 212-218.

Scott-Pillai, R., Spence, D., Cardwell, C. R., Hunter, A., & Holmes, V. A. (2013). The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: a retrospective study in a UK obstetric population, 2004-2011. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(8), 932-9.

Sheen, J. J., Wright, J. D., Goffman, D., Kern-Goldberger, A. R., Booker, W., Siddiq, Z., D'Alton, M. E., & Friedman, A. M. (2018). Maternal age and risk for adverse outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(4), 390.e1-390.e15.

Øian, P., Askeland, O. M., Englund, I. E., Roland, B., & Ebbing, M. (2018). Fødestuefødsler i Norge 2008–10 – en populasjonsbasert studie. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 138(10)

Anbefaling

Fødestue bør følge fastsatte overflyttingskriterier til høyere omsorgsnivå for fødende og nyfødte

Indikasjoner for overflytting av den fødende

Under eller i forbindelse med fødsel:

- langvarig vannavgang
- avvikende leie/presentasjon av foster
- langsom fremgang
- misfarget fostervann
- rikelig/unormal blødning
- akutt sykdom hos mor
- behov for økt fosterovervåkning
- behov for stimulering av rier
- behov for smertelindring med legemidler utover det som er avtalt med medisinsk ansvarlig i foretaket

Etter fødsel:

- fastsittende placenta, med eller uten blødning
- sfinkterruptur grad III og IV, dype vaginal-/perinealrifter, cervixruptur
- unormal etterbyrdsblødning, atoni eller blødning fra rifter

Indikasjoner for overflytting av den nyfødte

- mistenkt sykdom hos nyfødt
- respirasjonsproblemer
- misdannelser, skade eller fraktur
- gulsott

Listene er ikke uttømmende, og ansvarlig jordmor bør gjøre en helhetlig individuell vurdering av fødselsforløpet og den nyfødte.

Praktisk informasjon

Overflyttingskriteriene er nasjonale anbefalinger. Fastsatte overflyttingskriterier avtales med den medisinske faglig ansvarlige i helseforetaket, nedfelles skriftlig og revideres ved behov. Når det planlegges en fødsel ved fødestue, er fødselen vurdert som lavrisiko fra riene starter og frem til etter barnets fødsel.

Langvarig vannavgang gir økt risiko for infeksjon, og eventuelt tidspunkt for overflytting avtales med aktuelle fødeinstitusjon.

Fremgang i fødsel varierer og vurderes individuelt. Partogram er et nyttig verktøy for å vurdere fremgangen. Det er viktig at tiden det eventuelt tar for å overflytte den fødende til et høyere omsorgsnivå tas med i vurderingen når progresjon i fødsel vurderes.

Om det foreligger «Rikelig/unormal blødning» er en beslutning ansvarlig jordmor tar under fødselsforløpet. Det er vanskelig å fastsette en grense for blødningsmengde da det vil være avhengig av mange faktorer (årsak, kompetanse, avstand til sykehus, muligheter for kompetent bistand etc).

Den gravide har krav på informasjon før fødsel om at hun kan bli overflyttet til et høyere omsorgsnivå dersom komplikasjoner oppstår før/under eller etter fødsel.

Begrunnelse

Fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk representerer ulike nivåer av fødeinstitusjoner, jf. [anbefaling om differensiering](#). Overflyttingskriterier for fødestuer ble utarbeidet på bakgrunn av forskning, klinisk erfaring og praksis, og første gang publisert i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud (2010). Kriteriene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap og erfaringer.

Resultater fra en nasjonal studie tyder på at fødestuene fungerer tilfredsstillende. Forekomst og karakteristika ved fødestuefødsler, årsaker til overflytting samt resultater for mor og barn er undersøkt. (Øian et al., 2018).

Tidspunkt for overflytting ved vannavgang uten rier til termin avtales med den aktuelle fødeinstitusjonen. Metodebok i fødselshjelp utarbeidet av det fagmedisinske miljøet i Norge, beskriver råd om oppfølging og behandling ved vannavgang: [Preterm vannavgang \(pPROM\) og primær vannavgang ved/nær termin \(PROM\) \(metodebok.no\)](#).

Uventede hendelser og tilstander kan oppstå under og etter fødsel hos mor og/eller barn. Overflyttingskriteriene gjenspeiler forhold hos mor og/eller nyfødt som erfaringsmessig krever helsehjelp fra sykehus/fødeavdeling eller kvinneklinikk, og er basert på forsvarlighetsprinsippet for helsetjenesten.

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 c presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet. Plikten til å planlegge

virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 c og f. Se mer i veileder til forskrift om [ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Referanser

Helsedirektoratet (2010). *Et trygt fødetilbud: kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (IS-1877). Oslo: Helsedirektoratet.

Øian, P., Askeland, O. M., Engelund, I. E., Roland, B., & Ebbing, M. (2018). Fødestuefødsler i Norge 2008–10 – en populasjonsbasert studie. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 138(10)

Anbefaling

Fødestuer bør bemannes med fast ansatte jordmødre som hoveddelen av bemanningen

Bemanningen bør planlegges for å ivareta:

- vedlikehold av kompetanse for fødestuens jordmødre
- regelmessig undervisning inkludert simulering og ferdighetstrening
- hospitering med aktiv tjenestegjøring ved fødeavdeling eller kvinneklinikk
- systematisk gjennomgang av avvik og forbedringstiltak
- mulighet for tilkalling av jordmor i bakvakt der jordmor er alene

Praktisk informasjon

Tiltak for å vedlikeholde og videreutvikle kompetansen hos jordmødre i fødestuer nedfelles skriftlig og gjennomføres i samarbeid med helseforetaket. Tiltakene kan også involvere legevaktslege og akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK). Hospitering og deltakelse i internundervisning ved fødeavdeling og kvinneklinikk er viktige tiltak for å vedlikeholde og videreutvikle kompetanse.

Regelmessig, og minst årlig, gjøres en gjennomgang av rutiner og prosedyrer i samarbeid med helseforetakets medisinskansvarlig spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og barnelege. Resultater for helsehjelpen som gis evalueres, og uklarheter vedrørende kompetanse, seleksjonskriterier, rutiner, og drift avklares.

Områder med behov for skriftlige prosedyrer og rutiner

- samarbeid, ansvarsforhold og kommunikasjonslinjer mellom fødestuen og helseforetakets fødeavdeling og kvinneklinikk
- samarbeid med lokal lege i vakt, for eksempel kommunal legevakt
- nyfødtundersøkelse – dette kan organiseres på flere måter, for eksempel ved fødestua, helsestasjon eller sykehus
- faglige prosedyrer for
 - behandling av komplikasjoner under fødsel som for eksempel vanskelig skulderforløsning, blødning, fosterstress, operative forløsninger, preeklampsi, eklampsi og langsom fremgang
 - gjenopplivning (resuscitering) av mor og nyfødt barn

- lysbehandling av nyfødte
 - håndtering av tilstander hos gravide som er definert tilhørende et høyere fødenivå
 - legemiddelhåndtering
- kontroll av medisinsk-teknisk utstyr

Utdyping av kompetanse på fosterovervåking og undervisning/praktisk trening

- kunne bruke intermitterende auskultasjon
- ha kompetanse på CTG
- mulighet for elektronisk lagring av kurvene
- obligatorisk regelmessig internundervisning innen tolkning og bruk av ulike metoder for fosterovervåking
- obligatorisk praktisk trening og teoretisk gjennomgang av akutte situasjoner (blødninger, vanskelig skulderforløsning, operative forløsninger, gjenopplivning osv.) minimum to ganger per år – oppmøte loggføres

Et viktig ledd i en god og trygg fødselsomsorg er et tverrfaglig samarbeid som involverer fødselshjelpere (jordmødre, obstetrikere, barnepleiere), barneleger og barne-/nyfødtsykepleiere og anestesipersonell.

Det er flere kilder som kan benyttes med formål om å følge med på egen praksis og utarbeide gode rutiner:

- det medisinske fødselsregisteret
- det interne avvikssystemet
- resultater og statistikk fra fødeinstitusjonen herunder de ulike «Robson ten»-gruppene
- læring av de gode eksemplene, for eksempel [#Råbra – en metode for positive tilbakemeldinger og bedre tjenester \(idebanken.org\)](#)
- resultater fra [nasjonale kvalitetsindikatorer om fødsel og abort](#)
- pasienterfaringer
- rapporter fra tilsynsmyndigheter og NPE

Nærmere informasjon om

- [pasientmedvirkning og informasjon når det haster](#)
- [differensiering og seleksjon](#)

Begrunnelse

Helseforetaket har det overordnede ansvaret for å sørge for forsvarlig bemanning, vaktordning og beredskap med nødvendig kompetanse. For å legge til rette for en trygg fødselsomsorg med helhetlige forløp anbefales det at jordmødrene som er ansatt ved fødestuer i hovedsak er fast ansatte.

Krav til bemanning og kompetanse for fødestuer ble utarbeidet på bakgrunn av klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud (2010). Kravene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap, erfaringer og Helsedirektoratets rapport om [endringer i fødepopulasjonen](#) (2020). Se også [anbefaling om jordmorbemanning](#).

For å kunne oppnå forbedring i fødselsomsorgen er det nødvendig å følge med på statistikk over mortalitet og morbiditet både for mor og nyfødte, og at fødeinstitusjonene registrerer uønskede hendelser og nesten hendelser. Analysearbeidet av disse data og opplysninger danner grunnlag for å identifisere risikoområder, forstå hva som gikk galt, finne barrierer som kunne ha forhindret utfallet og

hvilke tiltak fødeinstitusjonen skal iverksette for å redusere risiko for at liknende hendelse skjer igjen (World Health Organization, 2021).

WHO anbefaler at uheldige hendelser rapporteres og analyseres for læring, og forebygging av gjentakende uheldige hendelser (World alliance for patient safety, 2015; World Health Organization, 2021).

Pasientsikkerhet og kvalitet krever at jordmødre har mulighet til å opprettholde kompetanse, holde seg faglig oppdatert, samt har avsatt tid til utvikling av fagområdet. Se mer i veileder til forskrift om [ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Det er flere rapporter som avdekker at uønskede hendelser ikke i tilstrekkelig grad benyttes som kvalitetsforbedring:

- [Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser \(riksrevisjonen.no\)](#) fra 2016–2017 har avdekket at helseforetakene i liten grad utnytter informasjon fra avviksmeldinger for å identifisere risikoområder og forbedringsmuligheter (Riksrevisjonen, 2016).
- Helsetilsynet har avdekket manglende registrering og analyse av uønskede hendelser internt i fødeinstitusjonene. Kun 9% av de alvorlige hendelsene ble meldt og halvparten av disse fikk en relevant vurdering (Johansen et al., 2021). For hendelser med et svært alvorlig utfall, var kun 19% meldt i det interne avvikssystemet.

Omkring halvdelen av slike alvorlige uønskede hendelser kunne vært unngått hvis fødselen hadde blitt håndtert annerledes (Johansen et al., 2018; Johansen et al., 2022; Nyfløt et al., 2021).

Plikten til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er blant annet forankret i [spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a \(lovdata.no\)](#). Virksomhetene plikter å ha dokumentert oversikt over kompetanse og opplæring og hvordan de sikrer at jordmødre og leger har tilstrekkelig kompetanse i både CTG tolkning og legemiddelbruk.

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) angir at helseforetakene skal ha styringssystemer slik at tjenestene er forsvarlige. Forskriften tydeliggjør ledelsens ansvar for å ha oversikt over, rutiner for å avdekke, gjennomgå og korrigere avvik og uønskede hendelser. En avgjørende faktor for å lykkes med å forbedre helse- og omsorgstjenestene er at ledere og medarbeidere har kompetanse i forbedringsarbeid. Forbedringskunnskap er et eget fag som må læres. Derfor bør også dette kunnskapsområdet innarbeides i kompetansekartlegginger og planer. Se mer i [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 b presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. forskrift

om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 f. Organiseringen av virksomheten, herunder planlegging av oppgavefordeling og ressurser, må legge til rette for at medarbeiderne kan levere forsvarlige og gode tjenester. Se mer i [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Referanser

Helsedirektoratet (2010). *Et trygt fødetilbud: kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (IS-1877). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem: rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020* (IS-2895). Oslo: Helsedirektoratet.

Johansen, L. T., Braut, G. S., Acharya, G., Andresen, J. F., & Øian, P. (2021). Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice. *BMC Health Services Research*, 21(1), 931.

Johansen, L. T., Braut, G. S., Andresen, J. F., & Øian, P. (2018). An evaluation by the Norwegian Health Care Supervision Authorities of events involving death or injuries in maternity care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(10), 1206-1211.

Johansen, L. T., Braut, G. S., & Øian, P. (2022). Fødselsomsorgen kan bli bedre. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 142(8)

Nyfløt, L. T., Ellingsen, L., Vangen, S. (2021). *Hvorfor dør kvinner av graviditet i Norge i dag? Rapport materielle dødsfall i Norge 2012–2018* Oslo: Oslo universitetssykehus og Norsk gynekologisk forening. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-kvinnehelse/Documents/M:>

Riksrevisjonen (2016). *Sak 1: Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser* (Del av Dokument 3:2 2016–2017). Oslo: Riksrevisjonen. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/undersokelse-av-helseforetakenes-h>

World alliance for patient safety (2015). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: from information to action* (WHO/EIP/SPO/QPS/05.3). Geneva: World health organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3>

World Health Organization (2021). *Maternal and perinatal death and surveillance and response: materials to support implementation* Geneva: WHO. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036666>

Fødeavdeling

Anbefaling

Fødeavdelinger bør følge anbefalte seleksjonskriterier for gravide og fødende

Fødeavdelinger ivaretar både lavrisikofødende, og gravide og fødende med utvalgte risikofaktorer tilpasset avdelingens kompetanse og ressurser.

Seleksjonskriterier for gravide og fødende som bør føde på fødeavdeling eller et høyere nivå

- alder ≥ 38 år
- hypertensiv sykdom, ukomplisert preeklampsi
- pregravid kroppsmasseindeks (KMI):
 - fedme: førstegangsfødende KMI 30–39,9, fleregangsfødende KMI 35–39,9
 - undervekt KMI $< 18,5$
- estimert fostervekt ≥ 4500 g eller < 2500 g
- trombofilier med moderat risiko
- tidligere alvorlig komplikasjon under svangerskap eller fødsel f.eks. tidligere dødfødsel eller uheldige svangerskapsutfall
- induksjoner
- langvarig vannavgang
- gjentatte episoder der den gravide har kjent lite liv
- kostregulert diabetes
- legemiddelbehandlet diabetes kan etter vurdering/i samråd med kvinneklinikk føde på fødeavdeling med nyfødtavdeling
- preterm fødsel ned til uke 35+0 dager ved fødeavdeling uten nyfødtavdeling. Ved fødeavdeling med nyfødtavdeling er grensen lavere, avhengig av nyfødtavdelingens kompetanse.
- elektive keisersnitt av foster i seteleie

Følgende fødsler bør foregå i sykehus med nyfødtavdeling, men gravide kan etter individuell vurdering føde i sykehus uten nyfødtavdeling under forutsetning av nødvendig kompetanse i avdelingen:

- oligohydramnion med normal fylling av ventrikkel og urinblære
- polyhydramnion
- planlagt vaginal fødsel etter tidligere operasjon på livmoren.

Ved seleksjon av den gravide/fødende bør det tas hensyn til at fødeavdelingene er av ulik størrelse med varierende bemanning og kompetanse.

Praktisk informasjon

Seleksjonskriteriene er nasjonale anbefalinger. Kriteriene leses i sammenheng med kriteriene for de andre fødeinstitusjonsnivåene.

Dersom fødeavdelinger har kompetanse til å håndtere tilstander som er definert tilhørende kvinneklinikk, forankres seleksjonskriteriene i kvinneklinikken i helseforetaket ved medisinsk ansvarlig spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Dersom det ikke er kvinneklinikk i helseforetaket, forankrer fødeavdelingen og helseforetaket seleksjonskriteriene med den samarbeidende kvinneklinikken og det samarbeidende helseforetaket. Dette dokumenteres og fastsettes i lokale rutiner.

Pasientene som selekteres til kvinneklinikk er angitt i [anbefaling om seleksjonskriterier for kvinneklinikk](#).

Forhold som kan påvirke seleksjon av den fødende er nærmere beskrevet i [anbefaling om seleksjon](#).

Fødeavdelinger ivaretar fødende med lav risiko for komplikasjoner og fødende med kjente risikofaktorer. Lavrisikofødsler kan med fordel organiseres adskilt fra risikofødsler for å redusere risikoen for unødige intervensjoner.

For nærmere beskrivelse av hypertensiv sykdom, ukomplisert preeklampsi, se [metodebok i fødselshjelp \(metodebok.no\)](#).

Begrunnelse

Fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk representerer ulike nivåer av fødeinstitusjoner, jf. [anbefaling om differensiering](#). Seleksjonsprinsipper til fødeinstitusjonsnivå er beskrevet i [anbefaling om seleksjon](#).

Seleksjonskriterier for fødeavdelinger ble utarbeidet på bakgrunn av forskning, klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud (2010). Kriteriene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap, erfaringer og Helsedirektoratets rapport om [endringer i fødepopulasjonen](#) (2020).

Seleksjonskriteriene for fødsel i en fødeavdeling er i hovedsak videreført fra tidligere med noen justeringer og presiseringer. Endringer fra tidligere normering omhandler grenser for alder og KMI.

Det er dokumentert at alder har innvirkning på risiko for komplikasjoner i svangerskap-, fødsel- og barseltid, og er bakgrunnen for endringene i seleksjonskriteriene. Studier viser en økning for flere risikofaktorer for gruppen 35–40 år uten noen tydelig cut-off grense (American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Clinical Consensus-Obstetrics et al., 2022; Cavazos-Rehg et al., 2015; Herstad et al., 2015; Hvide et al., 2021; Londero et al., 2019; Sheen et al., 2018).

KMI-grensene er justert og sammenfaller med WHO's definisjon av normal vekt, overvekt og fedme grad I–III. Presiseringer i cut-off grenser begrunnes i funn fra publiserte studier (Pettersen-Dahl et al., 2018; Scott-Pillai et al., 2013).

Langvarig vannavgang gir økt risiko for infeksjon og bør derfor håndteres ved fødeavdeling eller høyere nivå. Metodebok i fødselshjelp utarbeidet av det fagmedisinske miljøet i Norge, beskriver råd om oppfølging og behandling ved vannavgang: [Preterm vannavgang \(pPROM\) og primær vannavgang ved/nær termin \(PROM\) \(metodebok.no\)](#).

En del kvinner med moderate trombofilier anbefales tromboseprofylakse, spesielt postpartum. Dette vurderes individuelt og avhenger av tilleggs-risikofaktorer (Bates et al., 2018; Jacobsen et al., 2010).

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten

tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 c presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 c og f. Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Referanser

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Clinical Consensus-Obstetrics, Gantt, A., Society for Maternal-Fetal Medicine, Metz, T. D., Kuller, J. A., Louis, J. M., ... Society for Maternal-Fetal Medicine (2022). *Pregnancy at Age 35 Years or Older* (Obstetric Care Consensus Number 11). Washington, DC: Committee on Clinical Consensus–Obstetrics og Society for Maternal-Fetal Medicine. Hentet fra <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2022/08/pregnancy-at-a>

Bates, S. M., Rajasekhar, A., Middeldorp, S., McLintock, C., Rodger, M. A., James, A. H., Vazquez, S. R., Greer, I. A., ... Rochweg, B. (2018). American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. *Blood advances*, 2(22), 3317-3359.

Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Bommarito, K., Madden, T., Olsen, M. A., Subramaniam, H., Peipert, J. F., & Bierut, L. J. (2015). Maternal age and risk of labor and delivery complications. *Maternal and child health journal*, 19(6), 1202-11.

Diguisto, C., Saucedo, M., Kallianidis, A., Bloemenkamp, K., Bødker, B., Buoncristiano, M., Donati, S., Gissler, M., ... Deneux-Tharoux, C. (2022). Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population based study. *BMJ*, 379, e070621.

Helsedirektoratet (2010). *Et trygt fødetilbud: kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (IS-1877). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem: rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020* (IS-2895). Oslo: Helsedirektoratet.

Herstad, L., Klungsøyr, K., Skjaerven, R., Tanbo, T., Forsén, L., Åbyholm, T., & Vangen, S. (2015). Maternal age and emergency operative deliveries at term: a population-based registry study among low-risk primiparous women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(12), 1642-51.

Hvide, H. K., Johnsen, J., & Salvanes, K. G. (2021). Parental age and birth defects: a sibling study. *European Journal of Epidemiology*, 36(8), 849-860.

Jacobsen, A. F., Dahm, A., Bergrem, A., Jacobsen, E. M., & Sandset, P. M. (2010). Risk of venous thrombosis in pregnancy among carriers of the factor V Leiden and the prothrombin gene G20210A polymorphisms. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 8(11), 2443-9.

Londero, A. P., Rossetti, E., Pittini, C., Cagnacci, A., & Driul, L. (2019). Maternal age and the risk of adverse pregnancy outcomes: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 261.

Pettersen-Dahl, A., Murzakanova, G., Sandvik, L., & Laine, K. (2018). Maternal body mass index as a predictor for delivery method. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(2), 212-218.

Scott-Pillai, R., Spence, D., Cardwell, C. R., Hunter, A., & Holmes, V. A. (2013). The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: a retrospective study in a UK obstetric population, 2004-2011. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(8), 932-9.

Sheen, J. J., Wright, J. D., Goffman, D., Kern-Goldberger, A. R., Booker, W., Siddiq, Z., D'Alton, M. E., & Friedman, A. M. (2018). Maternal age and risk for adverse outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(4), 390.e1-390.e15.

Anbefaling

I fødeavdelinger bør hoveddelen av både jordmødre og spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer være fast ansatte. Vaktordningen for spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer bør minimum være firedelt, og avdelingen bør ha tilgang til tverrfaglig kompetanse

Vaktordningen for spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer, og leger i spesialisering bør planlegges for:

- fødeavdelingens størrelse og omfang
- utrykningstid på inntil 30 minutter ved hvilende vakt
- vakthavende spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer til stede i avdelingen når det foreligger kjente risikofaktorer før og under fødsel
- akutt keisersnitt utføres innen 15 minutter

Tilgang til tverrfaglig kompetanse bør baseres på:

- anestesivdeling og kompetanse innen nyfødmedisin med vaktordninger for leger og sykepleiere som sikrer tjenester i samsvar med fødeavdelingens behov
- ansvarsfordeling og assistanse for gjenopplivning av nyfødte
- tilbud om regional smertelindring under fødsel
- døgkontinuerlig tilgang til tjenester fra klinisk kjemisk avdeling og blodbank

Bemanning og kompetanse bør baseres på:

- regelmessig undervisning for jordmødre og leger som inkluderer tolkning og bruk av ulike metoder for fosterovervåking
- tilstrekkelig opplæring og opplæringsprogram for nytilsatte, inkludert vikarer
- systematisk gjennomgang av avvik og forbedringstiltak

Praktisk informasjon

Bemanning og kompetanse planlegges i forhold til fødeavdelingens definerte ansvarsområde, pasientpopulasjon og antall pasienter.

Rutiner og prosedyrer

Regelmessig, og minst årlig, gjøres en gjennomgang av rutiner og prosedyrer i samarbeid med helseforetakets medisinske ansvarlige spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, og barnelege. Resultater for helsehjelpen som gis, evalueres og uklarheter vedrørende kompetanse, seleksjonskriterier, rutiner, og drift avklares.

Områder med behov for skriftlige prosedyrer og rutiner:

- ansvarsforhold mellom koordinerende jordmor og vakthavende lege i fødeenheten, samt kommunikasjonslinjene mellom disse. Det er viktig at rutinene også inkluderer ansvarsoppgaver som er tillagt koordinerende jordmor og vakthavende lege når det gjelder ansvar for prioritering av oppgaver, sikring av avdelingens drift og god pasientflyt.
- behandling av komplikasjoner under fødsel som for eksempel vanskelig skulderforløsning, blødning, fosterstress, operative forløsninger, preeklampsi/eklampsi og langsom fremgang
- prosedyre og rutine for når vakthavende lege skal varsles og/eller være til stede i avdelingen
- gjenopplivning av mor og nyfødt barn
- samhandling om overflytting/overføring av mor/barn
- hvordan vikarer, både leger og jordmødre, blir satt grundig inn i enhetens rutiner og prosedyrer

Utdyping av vaktordning og beredskap

Ha tilstedeværende vakthavende spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved kjente risikofaktorer før og under fødsel, f.eks. i situasjoner som krever elektronisk overvåking av fosteret og der mors tilstand krever skjerpet overvåking. Slike situasjoner forutsetter at operasjons- og anestesiteam er til stede slik at akutt keisersnitt kan utføres innen 15 minutter.

Hovedregel for gynekologspesialister er minimum 4-delt vaktordning. En planlagt vaktordning inkluderer å ta hensyn til behovet for regulert fravær i form av ferier, avspasering og tid til faglig oppdatering/fordypning, herunder avtalefestede permisjoner og kurs.

Utdyping av tverrfaglig samarbeid

Fødeavdelinger har ulik størrelse og organisering. Det medfører behov for ulike rutiner for tverrfaglig samarbeid. Det er spesielt viktig at alle fødeavdelinger har gode rutiner for samhandling med anestesipersonell, barnelege og serviceavdelinger som klinisk/kjemisk, blodbank og røntgen, samt tilgang til psykososial kompetanse som kan veilede foreldre som trenger oppfølging.

Presisering av ansvar ved behov for gjenopplivning av den nyfødte:

- Dersom sykehuset har tilknyttet egen nyfødtavdeling, er det vakthavende barnelege som tilkalles. Inntil barnelege er til stede hos den nyfødte, er ansvaret hos tilstedeværende jordmor og eventuell vakthavende gynekolog.
- Dersom sykehuset ikke har egen nyfødtavdeling tilkalles anestesilege. Inntil anestesilege er til stede hos den nyfødte, er ansvaret hos tilstedeværende jordmor og eventuell vakthavende gynekolog.

Utdypning av kompetanse på fosterovervåking og diagnostikk

- kunne bruke intermitterende auskultasjon
- ha kompetanse på CTG

- ha kompetanse på avansert fosterovervåking i form av enten ST-analyse, skalp-pH eller laktat, og analyse av kortidsvariabilitet.
- mulighet for elektronisk lagring av kurvene
- kunne utføre syre-base-undersøkelse på navlestrengsblod etter fødsel
- kunne utføre og tolke basale dopplerundersøkelser
- kunne identifisere utviklingsavvik og henvise disse til fostermedisinsk enhet.
- ha kompetanse på bruk av ultralyd under fødsel

Utdyping undervisning og praktisk trening

- obligatorisk regelmessig internundervisning for leger og jordmødre innen tolkning og bruk av ulike metoder for fosterovervåking
- obligatorisk praktisk trening og teoretisk gjennomgang av akutte situasjoner (blødninger, vanskelig skulderforløsning, operative forløsninger, gjenopplivning osv.) minimum to ganger per år – oppmøte loggføres
- vurdere hospiteringsordninger for ansatte ved fødeinstitusjoner med lavt fødselstall

Et viktig ledd i en god og trygg fødselsomsorg er et tverrfaglig samarbeid som involverer fødselshjelpere (jordmødre, leger, barnepleiere), barneleger og barne-/nyfødtsykepleiere og anestesipersonell.

Det er flere kilder som kan benyttes med formål om å følge med på egen praksis og utarbeide gode rutiner:

- det medisinske fødselsregisteret
- det interne avvikssystemet
- resultater og statistikk fra fødeinstitusjonen herunder de ulike «Robson ten»-gruppene
- læring av de gode eksemplene, for eksempel [#Råbra – en metode for positive tilbakemeldinger og bedre tjenester \(idebanken.org\)](#)
- resultater fra [nasjonale kvalitetsindikatorer](#)
- pasienterfaringer
- rapporter fra tilsynsmyndigheter og NPE

Nærmere informasjon om:

- [pasientmedvirkning og informasjon når det haster](#)
- [differensiering og seleksjon](#)

Begrunnelse

Helseforetaket har det overordnede ansvaret for å sørge for forsvarlig bemanning, vaktordning og beredskap med nødvendig kompetanse.

Krav til bemanning og kompetanse for fødeavdelinger ble utarbeidet på bakgrunn av klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud (2010). Kravene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap, erfaringer og Helsedirektoratets rapport om [endringer i fødepopulasjonen](#) (2020). Anbefalingen er i stor grad en videreføring av kvalitetskravene fra veilederen «Et trygt fødetilbud» (Helsedirektoratet, 2010).

Landsomfattende tilsyn har avdekket særlig behov for fokus på disse områdene for å forebygge uønskede hendelser (Helsetilsynet, 2004):

- tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon når en fødsel endres fra lav- til høyrisiko

- når elektronisk fosterovervåking av fødende bør benyttes
- kompetansekrav innen fosterovervåking
- samhandling for å forebygge forsinket fødsel/forløsning
- bruk av legemidler i forbindelse med fødsel:
 - ri-stimulerende midler
 - uteruskontraherende midler
- tilkalling av lege når det oppstår komplikasjoner under fødselen
- plan for regelmessig ferdighetstrening for alle fødselshjelpere

Det har skjedd forbedringer etter det landsomfattende tilsynet, men erfaringer fra tilsyn og saker fra Norsk pasientskadeerstatning viser at svikt i fødselshjelpen fortsatt finner sted. Det er særlig bekymringsfullt at samme type svikt ser ut til å gjenta seg over tid (Andreasen et al., 2012; Johansen et al., 2021b; Johansen et al., 2018; Johansen et al., 2022).

WHO anbefaler at uheldige hendelser rapporteres og analyseres for læring, og forebygging av gjentakende uheldige hendelser (World alliance for patient safety, 2015; World Health Organization, 2021).

For å kunne oppnå forbedring i fødselsomsorgen er det nødvendig å følge med på statistikk over mortalitet og morbiditet både for mor og nyfødte, og at fødeinstitusjonene registrerer uønskede hendelser og nesten hendelser. Analysearbeidet av disse data og opplysninger danner grunnlag for å identifisere risikoområder, forstå hva som gikk galt, finne barrierer som kan medvirke til uønskede utfall og hvilke tiltak fødeinstitusjonen bør iverksette for å redusere risiko for at liknende hendelse skjer igjen (World Health Organization, 2021). Erfaringer fra gjennomganger av mødredødsfall kan også bidra til en reduksjon i antall kvinner som får alvorlige komplikasjoner i forbindelse med graviditet og fødsel, komplikasjoner som ofte påvirker kvinners helse i betydelig grad, både på kort og lang sikt (Nyfløt et al., 2021).

Pasientsikkerhet og kvalitet krever at jordmødre og leger gis tid og mulighet til å opprettholde kompetanse (f.eks. gjennom trening på tolking av elektronisk fosterovervåking og simulering og ferdighetstrening på akutte hendelser), holde seg faglig oppdatert, samt har avsatt tid til utvikling av fagområdet. Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Det er flere rapporter som avdekker at uønskede hendelser ikke i tilstrekkelig grad benyttes som kvalitetsforbedring:

- [Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser \(riksrevisjonen.no\)](#) fra 2016–2017 har avdekket at helseforetakene i liten grad utnytter informasjon fra avviksmeldinger for å identifisere risikoområder og forbedringsmuligheter (Riksrevisjonen, 2016).
- Helsetilsynet har avdekket manglende registrering og analyse av uønskede hendelser internt i fødeinstitusjonene. Kun 9 % av de alvorlige hendelsene ble meldt og halvparten av disse fikk en relevant vurdering (Johansen et al., 2021a). For hendelser med et svært alvorlig utfall, var kun 19 % meldt i det interne avvikssystemet.

Plikten til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er blant annet forankret i [spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a \(lovdata.no\)](#). Virksomhetene plikter å ha dokumentert oversikt over kompetanse og opplæring og hvordan de sikrer at jordmødre og leger har tilstrekkelig kompetanse i både CTG tolkning og legemiddelbruk.

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) angir at helseforetakene skal ha styringssystemer slik at tjenestene er forsvarlige. Forskriften tydeliggjør

ledelsens ansvar for å ha oversikt over, rutiner for å avdekke, gjennomgå og korrigere avvik og uønskede hendelser. En avgjørende faktor for å lykkes med å forbedre helse- og omsorgstjenestene er at ledere og medarbeidere har kompetanse i forbedringsarbeid. Forbedringskunnskap er et eget fag som må læres. Derfor bør også dette kunnskapsområdet innarbeides i kompetansekartlegginger og planer.

Forskriftens krav er utdypet i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 b presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 f. Organiseringen av virksomheten, herunder planlegging av oppgavefordeling og ressurser, må legges til rette for at medarbeiderne kan levere forsvarlige og gode tjenester. Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Referanser

Andreasen, S., Backe, B., Jørstad, R. G., & Oian, P. (2012). A nationwide descriptive study of obstetric claims for compensation in Norway. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *91*(10), 1191-5.

Helsedirektoratet (2010). *Et trygt fødetilbud: kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (IS-1877). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem: rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020* (IS-2895). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsetilsynet (2004). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004* (Rapport fra Helsetilsynet 11/2004). Oslo: Helsetilsynet. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/rapport-fra-helsetilsynet/rapport-helsetilsynet-2004/oppsumm>

Johansen, L. T., Braut, G. S., Acharya, G., Andresen, J. F., & Øian, P. (2021). Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 931.

Johansen, L. T., Braut, G. S., Acharya, G., Andresen, J. F., & Øian, P. (2021). How common is substandard obstetric care in adverse events of birth asphyxia, shoulder dystocia and postpartum hemorrhage? Findings from an external inspection of Norwegian maternity units. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *100*(1), 139-146.

Johansen, L. T., Braut, G. S., Andresen, J. F., & Øian, P. (2018). An evaluation by the Norwegian Health Care Supervision Authorities of events involving death or injuries in maternity care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *97*(10), 1206-1211.

Johansen, L. T., Braut, G. S., & Øian, P. (2022). Fødselsomsorgen kan bli bedre. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 142(8)

Nyfløt, L. T., Ellingsen, L., Vangen, S. (2021). *Hvorfor dør kvinner av graviditet i Norge i dag? Rapport maternelle dødsfall i Norge 2012–2018* Oslo: Oslo universitetssykehus og Norsk gynekologisk forening. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-kvinnehelse/Documents/M:>

Riksrevisjonen (2016). *Sak 1: Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser* (Del av Dokument 3:2 2016–2017). Oslo: Riksrevisjonen. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/undersokelse-av-helseforetakenes-h>

World alliance for patient safety (2015). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: from information to action* (WHO/EIP/SPO/QPS/05.3). Geneva: World health organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3>

World Health Organization (2021). *Maternal and perinatal death and surveillance and response: materials to support implementation* Geneva: WHO. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036666>

Kvinneklinnikk

Anbefaling

Kvinneklinnikker bør gi tilbud til gravide og fødende i tråd med anbefalte seleksjonskriterier

Kvinneklinnikkene har spesialkompetanse innen fødselshjelp og er lokalisert på sykehus med bred tverrfaglig kompetanse inkludert nyfødtavdeling. Kvinneklinnikkene ivaretar både lavrisikofødende og gravide og fødende med risikofaktorer.

Seleksjonskriterier for gravide og fødende som bør føde på kvinneklinnikk:

- fedme grad III kroppsmasseindeks (KMI) ≥ 40 ved svangerskapets start
- diabetes mellitus eller svangerskapsdiabetes (insulinkrevende)
- alvorlig preeklampsi
- foster med påvist utviklingsavvik med sannsynlig behov for intervensjon kort tid etter fødsel
- intrauterin veksthemming (IUGR) – avtagende vekst ved seriemålinger
- flerlinger/vaginale tvillingfødsler
- vaginale setefødsler
- immunisering med betydning for barnet
- alvorlig hjerte/kar/lunge/nyre/revmatiske sykdommer eller bindevevssykdommer hos mor som ikke er selektert til kvinneklinnikk samlokalisert med nasjonal behandlingstjeneste for tilstanden
- tidligere født barn med alvorlig GBS-infeksjon
- rusmiddelbruk under svangerskap
- gravide under LAR-behandling
- gravide med hiv-infeksjon
- gravide med alvorlig trombofili

Ovenstående tilstander bør som hovedregel føde på kvinneklinnikk, men enkelte tilstander kan etter individuell vurdering føde i sykehus med nyfødtavdeling forutsatt nødvendig kompetanse:

- legemiddelbehandlet diabetes etter vurdering, se [anbefaling om fødeavdeling](#)
- intrauterin veksthemming
- tidligere født barn med alvorlig GBS-infeksjon
- gravide med hiv og lavt virustall, og normalt svangerskapsforløp forutsatt at det er lagt en plan for videre forløp av infeksjonsmedisiner og obstetrikere ved kvinneklinnikk

Følgende tilstander bør vurderes for fødsel på kvinneklinnikk med tilgang hele døgnet til intervensjonsradiolog og karkirurg:

- alvorlig trombofili med stor risiko for tromboser
- tilstander med økt risiko for alvorlige blødninger som blødersykdommer (hemofili), invasiv placenta og total placenta previa
- placenta previa med antenatale blødningsepisoder

- tidligere massiv postpartumblødning (>2,5 l eller transfundert med >4 poser SAG, eller tidligere hatt behov for intervensjonsradiologi)

Praktisk informasjon

Seleksjonskriteriene er nasjonale anbefalinger og leses i sammenheng med kriteriene for de andre fødeinstitusjonsnivåene.

For nærmere beskrivelse av fødeinstitusjonsnivåer, se [anbefaling om differensiering](#).

Dersom enkelte fødeavdelinger mener at de innehar kompetanse til å håndtere tilstander som er definert tilhørende kvinneklinikk, avklares dette med kvinneklinikkens medisinske ansvarlige spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Dette dokumenteres og fastsettes i prosedyrer.

Kvinneklinikker ivaretar alle fødende i sitt opptaksområde i tillegg til risikofødende fra andre opptaksområder i helseforetaket. Lav-risikofødsler i kvinneklinikker kan med fordel organiseres adskilt fra risikofødsler for å redusere risikoen for unødige intervensjoner (se begrunnelse i [anbefaling om differensiering](#)).

Begrunnelse

Fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk representerer ulike nivåer av fødeinstitusjoner, jf. [anbefaling om differensiering](#). Seleksjon til fødeinstitusjonsnivå er beskrevet i [anbefaling om seleksjon](#).

Kvinneklinikker er organisert og bemannet til å håndtere fødselshjelp til fødende både med normale og kompliserte tilstander og forløp.

Seleksjonskriterier for kvinneklinikker ble utarbeidet på bakgrunn av forskning, klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets veileder «Et trygt fødetilbud» (2010). Kriteriene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap, erfaring og Helsedirektoratets rapport om [endringer i fødepopulasjonen](#) (2020).

KMI-grensene er justert og sammenfaller med WHO's definisjon av normal vekt, overvekt og fedme grad I–III. Presiseringer i cut-off grenser for alder begrunnes i funn fra publiserte studier (Pettersen-Dahl et al., 2018; Scott-Pillai et al., 2013).

I hovedsak anbefales gravide med insulinkrevende diabetes å føde på kvinneklinikker pga. økt risiko for komplikasjoner for mor/og eller barn. Gravide med legemiddelbehandlet diabetes er en heterogen gruppe med ulik risiko for komplikasjoner og ulikt behov for beredskap av tverrfaglig kompetanse. Derfor kan det gjøres en individuell vurdering av hvilket nivå som er best egnet.

Noen kjente tilstander gir økt risiko for svært alvorlige komplikasjoner som store blødninger og trombose under fødselsforløpet (Al-Khan et al., 2014; Ford et al., 2007; Linde et al., 2022; Newsome et al., 2017; Nyfløt et al., 2017). Slike komplikasjoner er relativt sjeldne, men tilgang på kirurgisk intervensjonsbehandling kan være livreddende for enkelte pasienter (Shamshirsaz et al., 2018). Nærmere omtale i metodebok i fødselshjelp:

- [Postpartum blødning \(PPB\) \(metodebok.no\)](#)
- [Invasiv placenta, placenta previa og vasa previa \(metodebok.no\)](#)

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine

lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 c presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 c og f. Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Referanser

Al-Khan, A., Gupta, V., Illsley, N. P., Mannion, C., Koenig, C., Bogomol, A., Alvarez, M., & Zamudio, S. (2014). Maternal and fetal outcomes in placenta accreta after institution of team-managed care. *Reproductive Sciences*, 21(6), 761-71.

Ford, J. B., Roberts, C. L., Bell, J. C., Algert, C. S., & Morris, J. M. (2007). Postpartum haemorrhage occurrence and recurrence: a population-based study. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 391-3.

Helsedirektoratet (2010). *Et trygt fødetilbud: kvalitetskrav til fødselsomsorgen (IS-1877)*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem: rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020 (IS-2895)*. Oslo: Helsedirektoratet.

Linde, L. E., Ebbing, C., Moster, D., Kessler, J., Baghestan, E., Gissler, M., & Rasmussen, S. (2022). Recurrence of postpartum hemorrhage, maternal and paternal contribution, and the effect of offspring birthweight and sex: a population-based cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 306(5), 1807-1814.

Newsome, J., Martin, J. G., Bercu, Z., Shah, J., Shekhani, H., & Peters, G. (2017). Postpartum Hemorrhage. *Techniques in vascular and interventional radiology*, 20(4), 266-273.

Nyfløt, L. T., Sandven, I., Stray-Pedersen, B., Pettersen, S., Al-Zirqi, I., Rosenberg, M., Jacobsen, A. F., & Vangen, S. (2017). Risk factors for severe postpartum hemorrhage: a case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 17.

Pettersen-Dahl, A., Murzakanova, G., Sandvik, L., & Laine, K. (2018). Maternal body mass index as a predictor for delivery method. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(2), 212-218.

Scott-Pillai, R., Spence, D., Cardwell, C. R., Hunter, A., & Holmes, V. A. (2013). The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: a retrospective study in a UK obstetric population, 2004-2011. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(8), 932-9.

Shamshirsaz, A. A., Fox, K. A., Erfani, H., & Belfort, M. A. (2018). The Role of Centers of Excellence With Multidisciplinary Teams in the Management of Abnormal Invasive Placenta. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(4), 841-850.

Anbefaling

I kvinneklinikker bør hoveddelen av jordmødre og spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer være fast ansatte. Det bør være tilstedevakt for leger i spesialisering i forvakt og for spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer i bakvakt, samt tilgang til tverrfaglig kompetanse

Vaktordning (for spesialister og leger i spesialisering) og beredskap bør baseres på:

- mulighet for å utføre keisersnitt innen 15 minutter
- tilstedevakt for anestesilege, anestesisykepleier og barnelege
- tilgjengelig assistanse av anestesipersonell ved gjenopplivning av nyfødte og en tydelig ansvarsfordeling
- anesthesiavdeling og samlokalisert nyfødtavdeling med vaktordninger for leger og sykepleiere som sikrer tjenester i samsvar med kvinneklinikkens behov
- tilbud om regional smertelindring under fødsel
- døgnkontinuerlig tilgang til tjenester fra klinisk kjemisk avdeling og blodbank
- vaktberedskap på sykehuset innen urologi, gastrokirurgi, endokrinologi og nefrologi

Bemanning og kompetanse bør baseres på:

- regelmessig internundervisning for leger og jordmødre inkludert regelmessig trening/simulering i akutte obstetriske/medisinske situasjoner
- gjennomføre regelmessig undervisning for jordmødre og leger innen tolkning og bruk av ulike metoder for fosterovervåking og -diagnostikk (intermitterende auskultasjon og kontinuerlig overvåking)
- sikre ansatte tilstrekkelig opplæring og opplæringsprogram for nytilsatte, inkludert vikarer
- systematisk gjennomgang av avvik og utarbeide og være kjent med forbedringstiltak

Praktisk informasjon

Bemanning og kompetanse planlegges i forhold til fødeavdelingens definerte ansvarsområde, pasientpopulasjon og antall pasienter.

Kvinneklinikker har ansvar for fødende med og uten risiko for komplikasjoner som forutsetter:

- spesialkompetanse innen fødselshjelp, avansert fosterovervåking og diagnostikk
- tilgang til kompetanse i nyfødtmedisin og andre relevante spesialiteter i sykehuset
- tilgang til psykososial kompetanse som kan veilede foreldre som trenger oppfølging

I tillegg er det viktig at kvinneklinikkene har forskningskompetanse og driver aktiv forskning, og tilstreber å ha stipendiatstillinger for både jordmor og lege som ledd i kontinuerlig oppdatering av kunnskap innen fødselshjelp.

Rutiner og prosedyrer

Regelmessig, og minst årlig, gjøres en gjennomgang av rutiner og prosedyrer i samarbeid med helseforetakets medisinskfaglige gynekolog og barnelege. Resultater for helsehjelpen som gis evalueres og klarheter vedrørende kompetanse, seleksjonskriterier, rutiner, og drift avklares.

Områder med behov for skriftlige prosedyrer og rutiner:

- ansvarsforhold mellom koordinerende jordmor og vakthavende lege i fødeenheten, samt kommunikasjonslinjene mellom disse. Det er viktig at rutinene også inkluderer ansvarsoppgaver som er tillagt koordinerende jordmor og vakthavende lege når det gjelder ansvar for prioritering av oppgaver, sikring av avdelingens drift og god pasientflyt.
- behandling av komplikasjoner under fødsel som for eksempel vanskelig skulderforløsning, blødning, fosterstress, operative forløsninger, preeklampsi/eklampsi, og langsom fremgang i fødsel
- tilkalling av, og informasjon til, vakthavende lege ved kompliserte fødsler
- gjenopplivning av mor og nyfødt barn
- hvordan vikarer, både leger og jordmødre, blir satt grundig inn i enhetens rutiner og prosedyrer

Utdyping av kompetansekrav

Fosterovervåking og diagnostikk

- kunne bruke intermitterende auskultasjon
- ha kompetanse på CTG
- ha kompetanse på avansert fosterovervåking i form av enten ST-analyse, skalp-pH eller laktat, og analyse av kortidsvariabilitet
- mulighet for elektronisk lagring av kurvene
- kunne utføre syre-base-undersøkelse på navlestrengsblod etter fødsel
- kunne utføre og tolke avanserte dopplerundersøkelser
- ha kompetanse på bruk av ultralyd under fødsel
- kunne identifisere utviklingsavvik og henvise disse til fostermedisinsk enhet

Utdyping undervisning og praktisk trening

- obligatorisk regelmessig internundervisning for leger og jordmødre innen tolkning og bruk av ulike metoder for fosterovervåking
- obligatorisk praktisk trening og teoretisk gjennomgang av akutte situasjoner (blødninger, vanskelig skulderforløsning, operative forløsninger, gjenopplivning osv.) minimum to ganger per år – oppmøte loggføres

Et viktig ledd i en god og trygg fødselsomsorg er et tverrfaglig samarbeid som involverer fødselshjelpere (jordmødre, obstetrikere, barnepleiere), barneleger og barne-/nyfødtsykepleiere og anestesipersonell.

Det er flere kilder som kan benyttes med formål om å følge med på egen praksis og utarbeide gode rutiner:

- det medisinske fødselsregisteret
- det interne avvikssystemet
- resultater og statistikk fra fødeinstitusjonen herunder de ulike «Robson ten»-gruppene
- læring av de gode eksemplene, for eksempel [#Råbra – en metode for positive tilbakemeldinger og bedre tjenester \(idebanken.org\)](#)
- resultater fra [nasjonale kvalitetsindikatorer](#)
- pasienterfaringer
- rapporter fra tilsynsmyndigheter og NPE

Nærmere informasjon om:

- [pasientmedvirkning og informasjon når det haster](#)

- [differensiering og seleksjon](#)

Begrunnelse

Helseforetaket har det overordnede ansvaret for å sørge for forsvarlig bemanning, vaktordning og beredskap med nødvendig kompetanse.

Krav til bemanning og kompetanse for kvinneklinikker ble utarbeidet på bakgrunn av klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud (2010). Kravene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap, erfaring og Helsedirektoratets rapport om [endringer i fødepopulasjonen](#) (2020). Anbefalingen er i stor grad en videreføring av kvalitetskravene fra veilederen «Et trygt fødetilbud» (Helsedirektoratet, 2010).

Landsomfattende tilsyn har avdekket særlig behov for fokus på disse områdene for å forebygge uønskede hendelser (Helsetilsynet, 2004):

- tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon når en fødsel endres fra lav- til høyrisiko
- når elektronisk fosterovervåking av fødende bør benyttes
- kompetansekrav innen fosterovervåking
- samhandling for å forebygge forsinket fødsel/forløsning
- bruk av legemidler i forbindelse med fødsel:
 - ri-stimulerende midler
 - uteruskontraherende midler
- tilkalling av lege når det oppstår komplikasjoner under fødselen
- plan for regelmessig ferdighetstrening for alle fødselshjelpere

Det har skjedd forbedringer etter det landsomfattende tilsynet, men erfaringer fra tilsyn og saker fra Norsk pasientskadeerstatning viser at svikt i fødselshjelpen fortsatt finner sted. Det er særlig bekymringsfullt at samme type svikt ser ut til å gjenta seg over tid (Andreasen et al., 2012; Johansen et al., 2021b; Johansen et al., 2018; Johansen et al., 2022).

WHO anbefaler at uheldige hendelser rapporteres og analyseres for læring, og forebygging av gjentakende uheldige hendelser (World alliance for patient safety, 2015; World Health Organization, 2021).

For å kunne oppnå forbedring i fødselsomsorgen er det nødvendig å følge med på statistikk over mortalitet og morbiditet både for mor og nyfødte, og at fødeinstitusjonene registrerer uønskede hendelser og nesten hendelser. Analysearbeidet av disse data og opplysninger danner grunnlag for å identifisere risikoområder, forstå hva som gikk galt, finne barrierer som kunne ha forhindret utfallet og hvilke tiltak fødeinstitusjonen skal iverksette for å redusere risiko for at liknende hendelse skjer igjen (World Health Organization, 2021). Erfaringer fra gjennomgang av mødredødsfall kan også bidra til en reduksjon i antall kvinner som får alvorlige komplikasjoner i forbindelse med graviditet og fødsel, komplikasjoner som ofte påvirker kvinners helse i betydelig grad, både på kort og lang sikt (Nyfløt et al., 2021).

Pasientsikkerhet og kvalitet krever at jordmødre og leger gis tid og mulighet til å opprettholde kompetanse (f.eks. gjennom trening på tolking av elektronisk fosterovervåking og simulering og ferdighetstrening på akutte hendelser), holde seg faglig oppdatert, samt har avsatt tid til utvikling av fagområdet. Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Det er flere rapporter som avdekker at uønskede hendelser ikke i tilstrekkelig grad benyttes som kvalitetsforbedring:

- [Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser](#) (riksrevisjonen.no) fra 2016–2017 har avdekket at helseforetakene i liten grad utnytter informasjon fra avviksmeldinger for å identifisere risikoområder og forbedringsmuligheter (Riksrevisjonen, 2016).
- Helsetilsynet har avdekket manglende registrering og analyse av uønskede hendelser internt i fødeinstitusjonene. Kun 9% av de alvorlige hendelsene ble meldt og halvparten av disse fikk en relevant vurdering (Johansen et al., 2021a). For hendelser med et svært alvorlig utfall, var kun 19% meldt i det interne avvikssystemet.

Plikten til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er blant annet forankret i [spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a \(lovdata.no\)](#). Virksomhetene plikter å ha dokumentert oversikt over kompetanse og opplæring og hvordan de sikrer at jordmødre og leger har tilstrekkelig kompetanse i både CTG tolkning og legemiddelbruk.

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) angir at helseforetakene skal ha styringssystemer slik at tjenestene er forsvarlige. Forskriften tydeliggjør ledelsens ansvar for å ha oversikt over, rutiner for å avdekke, gjennomgå og korrigere avvik og uønskede hendelser. En avgjørende faktor for å lykkes med å forbedre helse- og omsorgstjenestene er at ledere og medarbeidere har kompetanse i forbedringsarbeid. Forbedringskunnskap er et eget fag som må læres. Derfor bør også dette kunnskapsområdet innarbeides i kompetansekartlegginger og planer.

Forskriftens krav er utdypet i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 b presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 f. Organiseringen av virksomheten, herunder planlegging av oppgavefordeling og ressurser, må legges til rette for at medarbeiderne kan levere forsvarlige og gode tjenester. Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Referanser

Andreasen, S., Backe, B., Jørstad, R. G., & Oian, P. (2012). A nationwide descriptive study of obstetric claims for compensation in Norway. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *91*(10), 1191-5.

Helsedirektoratet (2010). *Et trygt fødetilbud: kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (IS-1877). Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem: rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020* (IS-2895). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet (2004). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004* (Rapport fra Helsetilsynet 11/2004). Oslo: Helsetilsynet. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/rapport-fra-helsetilsynet/rapport-helsetilsynet-2004/oppsumm>
- Johansen, L. T., Braut, G. S., Acharya, G., Andresen, J. F., & Øian, P. (2021). Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 931.
- Johansen, L. T., Braut, G. S., Acharya, G., Andresen, J. F., & Øian, P. (2021). How common is substandard obstetric care in adverse events of birth asphyxia, shoulder dystocia and postpartum hemorrhage? Findings from an external inspection of Norwegian maternity units. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *100*(1), 139-146.
- Johansen, L. T., Braut, G. S., Andresen, J. F., & Øian, P. (2018). An evaluation by the Norwegian Health Care Supervision Authorities of events involving death or injuries in maternity care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *97*(10), 1206-1211.
- Johansen, L. T., Braut, G. S., & Øian, P. (2022). Fødselsomsorgen kan bli bedre. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, *142*(8)
- Nyfløt, L. T., Ellingsen, L., Vangen, S. (2021). *Hvorfor dør kvinner av graviditet i Norge i dag? Rapport materielle dødsfall i Norge 2012–2018* Oslo: Oslo universitetssykehus og Norsk gynekologisk forening. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-kvinnehelse/Documents/M:>
- Riksrevisjonen (2016). *Sak 1: Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser* (Del av Dokument 3:2 2016–2017). Oslo: Riksrevisjonen. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/undersokelse-av-helseforetakenes-h>
- World alliance for patient safety (2015). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: from information to action* (WHO/EIP/SPO/QPS/05.3). Geneva: World health organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3>
- World Health Organization (2021). *Maternal and perinatal death and surveillance and response: materials to support implementation* Geneva: WHO. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036666>

Svangerskap passert termin

Anbefaling

Gravide som har passert termin bør senest igangsettes for fødsel uke 42+0

Spesialisthelsetjenesten bør overta oppfølging av gravide som passerer termin ved å

- gjennomføre konsultasjon i uke 41+0 – 41+3
- igangsette fødsel senest uke 42+0

Det bør være skriftlige prosedyrer på undersøkelser og gjennomføring av konsultasjonene.

Praktisk informasjon

Den gravide som har passert termin henvises til spesialisthelsetjenesten for å få en konsultasjon 4–7 dager over termin ultralyd, altså i svangerskapsuke uke 41+0 – 41+3. Ved denne konsultasjonen legges det en plan for videre oppfølging.

Grunnlaget for termin ultralyd er en svangerskapslengde på 283 dager (40+3). Verdens helseorganisasjon definerer et svangerskap som overtidig fra og med dag 294 (≥ 42 uker + 0 dager) (Figo, 1986; World Health Organization, 1977).

Den gravide vurderes individuelt for hyppighet av videre kontroll og tidspunkt for igangsettelse. God informasjon til den gravide om fordeler og ulemper ved igangsettelse fremfor å vente på spontan fødsel er viktig. Dette inkluderer informasjon om hvordan en eventuell igangsettelse kan påvirke fødselsforløpet.

Generelt er risikoen for uheldige utfall for mor og barn i Norge lav for ukompliserte svangerskap som har passert termin. Dette kan henge sammen med en god oppfølging av gravide etter at de har passert termin. Denne informasjonen er også viktig å gi til den fødende som grunnlag for et informert valg mellom planlagt fødselsinduksjon eller avventende behandling. Kvinnens ønske vektlegges i helhetsvurderingen for igangsettelse.

Vedrørende innhold i konsultasjonene og oppfølging ved avventende behandling eller vurdering av tiltak for den gravide, se [veileder i fødselshjelp \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/veileder-i-fodselshjelp).

Begrunnelse

Fagmiljøenes vurdering er at norsk praksis for oppfølgingen av svangerskap som passerer termin, har bidratt til at risikoen for uheldige utfall for disse svangerskap er lav på tross av at praksisen har variert mellom fødeinstitusjonene. Svangerskap som passerer uke 41+0 er forbundet med økt risiko for uheldige utfall for mor og barn (Kornør et al., 2020) og bør derfor følges opp i spesialisthelsetjenesten.

Ulik praksis for oppfølging og igangsettelse av fødsel når gravide har passert termin gir ulikt helsetjenestetilbud og kan skape utrygghet hos fødepopulasjonen. Et trygt fødetilbud innebærer å legge til rette for en fødsel med lavest mulig risiko og at god praksis forankret i det nasjonale faglige miljøet etterleves.

Grunnlaget for normerende anbefalinger er kunnskapsbasert praksis som er en samlet vurdering av forskningsbasert-, erfaringsbasert- og brukerkunnskap (se [Metode og prosess](#)). En endring av en normerende anbefaling forutsetter at den nye anbefalingen kan dokumentere klinisk effekt/nytte og en ressursbruk som kan forsvares i forhold til nytten, jf. [prioriteringsforskriften \(lovdata.no\)](#).

Forsknings- og erfaringsbasert kunnskap

WHO anbefaler at gravide som passerer termin igangsettes for fødsel fra uke 41 + 0 (World Health Organization, 2022). Norge har i internasjonal sammenheng lav forekomst av fosterdød fra og med uke 41 (1 pr. 1000) (MacSali et al., 2020). FHI gjennomførte på oppdrag av Helsedirektoratet en kunnskapsoppsummering i 2020 (Kornør et al., 2020). Konklusjonen var følgende: «Igangsetting av fødsel ved 41 uker ser ut til å redusere risikoen for nyfødtkomplikasjoner, men ser ikke ut til å ha betydning for utfall hos kvinnene.»

Forskere har nylig publisert en norsk studie hvor de har undersøkt konsekvensen og nytteverdien av at så mange fødsler settes i gang. Det ble brukt data fra Medisinsk fødselsregister i en populasjonsbasert studie og inkluderte alle enlingfødsler i Norge mellom svangerskapsuke 37 og 42 i perioden 1999–2019, til sammen 1 127 945 fødsler. Funnene viste at i studieperioden økte andel igangsatte fødsler fra 9,7 % til 25,9 %, og økningen var særlig stor i svangerskapsuke 41. De konkluderte med at den økende andelen igangsatte fødsler har en relativt liten positiv effekt på utfallet for både mor og barn (Haavaldsen et al., 2023).

En praksis hvor alle tilbys induksjon ved fullgatte 41 uker er estimert på landsbasis av MFR til å bety at ca. 8000 flere kvinner årlig blir indusert, sammenlignet med induksjon i uke 42 (MacSali et al., 2020).

I Danmark endret gynekologiforeningen praksis i 2011 ved å anbefale rutinemessig induksjon av fødsel mellom uke 41+3 og 41+5. Formålet var å forebygge den økte risikoen for dødfødsel og andre føtale og maternale komplikasjoner (dystoci, keisersnitt og blødninger post-partum) som var sett fra uke 42+0. Rydahl et al. (2019a) evaluerte hvilke konsekvenser denne endringen i praksis medførte ved å bruke nasjonale registerdata. Forfatterne sammenlignet maternelle og neonatale parametere i perioden før og etter endringen i praksis, henholdsvis år 2000 til 2010 vs. 2012 til 2016. Studien viste ingen endringer i forekomst av lavt Apgar skår, dødfødsler eller perinatal død etter innføring av ny praksis, men en økning fra 41 % til 65 % i induserte fødsler hos kvinner med normale svangerskap. I tillegg økte antall uterusrupturer fra 2,6 til 4,2 per tusen fødende. Bruk av epidural analgesi, riefremmende legemidler, operative vaginale fødsler og keisersnitt viste derimot ingen endring mellom de to tidsperiodene. Artikkelen påpeker metodiske mangler ved to tidligere evalueringstudier (Hedegaard et al., 2014; Zizzo et al., 2017) ettersom de ikke hadde justert for endringer av praksis under studieperioden.

Rydahl et al. (2019b) sammenligner induksjon uke 41 + 0–6 med 42 + 0–6 for lavrisikofødende i en systematisk oversikt og konkluderer bl.a. med økt risiko for uterusruptur ved uke 41 +0–6.

Data fra [Medisinsk fødselsregister \(MFR\) \(fhi.no\)](#) viser at Norge internasjonalt sett har et lavt antall komplikasjoner og uheldige utfall i forbindelse med fødsel. MFR-data viser at det ble utført flere keisersnitt og operative vaginale fødsler i induksjonsgruppen i uke 41+0 sammenlignet med de som gikk i spontan fødsel, i løpet av 2019 (MacSali et al., 2020). Antall fødende med store blødninger var også høyere i induksjonsgruppen. Dette understøtter at nytten ved å indusere fødsel i uke 41 versus risiko for en komplisert fødsel er en viktig vurdering.

Oppsummering

Helsepersonell er kjent med at gravide kan bli engstelige og utålmodige når svangerskapet varer utover termindatoen. Rutiner for oppfølging av gravide som har passert termin, har vært varierende i Norge og skapt usikkerhet om hvilken praksis som er tryggest for de fødende. Ved god oppfølging og kommunikasjon om fordeler og ulemper ved igangsetting av fødsel, er tilbakemeldingen fra helsepersonell at relativt få kvinner ber om induksjon før det er anbefalt iht. institusjonens rutiner.

I FHIs systematiske oversikt (Kornør et al., 2020) var det fire studier som oppfylte inklusjonskriteriene, inkludert en norsk studie fra 2007. Etter Helsedirektoratets kjennskap representerer ingen av studiene den samme oppfølging av gravide som har passert termin som den som de fleste institusjonene praktiserer i Norge i dag, og resultatene vurderes derfor til å ha begrenset overføringsverdi for dagens norske forhold. På bakgrunn av dette kan det vurderes å være aktuelt å basere en anbefaling i større grad på nasjonale resultater og erfaringer.

Ut fra dagens kunnskap har Helsedirektoratet konkludert med at det ikke foreligger tilstrekkelig grunnlag for å endre dag for senest induksjon i forhold til tidligere normerende anbefaling, men anbefaler at første konsultasjon etter passert termin flyttes frem til tidsrommet uke 41+ 0–3 dager.

Helsedirektoratet har utført en kartlegging av dagens praksis i håndtering av svangerskap passert termin ved 36 av 39 fødeinstitusjoner som ivaretar svangerskap passert termin. Ved 31 av de 36 fødeinstitusjonene er det innført en praksis hvor første konsultasjon etter termin er i tidsrommet 41 + (0–3 dager); de resterende 5 har overlappende tidsrom (6–9 dager over termin som svarer til uke 41 + (2–5)). Helsedirektoratet vurderer at på nasjonal basis vil den normerende anbefalingen ikke medføre vesentlig økt ressursbehov sammenlignet med dagens praksis.

Referanser

Figo (1986). *Report of the FIGO Sub-Committee on Perinatal Epidemiology and Health Statistics Following a Workshop in Cairo, November 11-18, 1984, on the Methodology of Measurement and Recording of Infant Growth in the Perinatal Period* London: Figo.

Haavaldsen, C., Morken, N. H., Saugstad, O. D., & Eskild, A. (2023). Is the increasing prevalence of labor induction accompanied by changes in pregnancy outcomes? An observational study of all singleton births at gestational weeks 37-42 in Norway during 1999-2019. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 102(2), 158-173.

Hedegaard, M., Lidegaard, Ø., Skovlund, C. W., Mørch, L. S., & Hedegaard, M. (2014). Reduction in stillbirths at term after new birth induction paradigm: results of a national intervention. *BMJ Open*, 4(8), e005785.

Kornør, H., Reinart, L. M. B., Rosness, T. A. (2020). *Håndtering av svangerskap som har passert termin: systematisk oversikt* Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2020/handtering-av-svangerskap-som-har-passert-termin/>

Macsali, F., Stangenes, K., Júlíusson, P. B., Eriksen, S. W. (2020). *Fødselsnytt nr 2. 2020: fødselsstatistikken 2019* Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/contentassets/608ceaab1f7b45088f841a5dafaff334/vedlegg/fodselsnytt-nr.-2-2020.pc>

Rydahl, E., Declercq, E., Juhl, M., & Maimburg, R. D. (2019). Routine induction in late-term pregnancies: follow-up of a Danish induction of labour paradigm. *BMJ Open*, 9(12), e032815.

Rydahl, E., Eriksen, L., & Juhl, M. (2019). Effects of induction of labor prior to post-term in low-risk pregnancies: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 17(2), 170-208.

World Health Organization (1977). WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 56(3), 247-53.

World Health Organization (2022). *WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term* Geneva: WHO. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052796>

Zizzo, A. R., Kirkegaard, I., Pinborg, A., & Ulbjerg, N. (2017). Decline in stillbirths and perinatal mortality after implementation of a more aggressive induction policy in post-date pregnancies: a nationwide register study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 96(7), 862-867.

Rutiner for informasjon og pasientmedvirkning når det haster med forløsning

Anbefaling

Fødeinstitusjonenes rutiner bør beskrive hvordan fødende og ledsager informeres og medvirker ved beslutninger når det haster med forløsning

Beskrivelsen bør inkludere:

- hvordan ivareta og informere den fødende og ledsager eller andre pårørende under og etter en hasteforløsning
- tilbud om gjennomgang av fødselsforløpet for den fødende og ledsager der fødselen har vært komplisert eller har blitt opplevd vanskelig

Praktisk informasjon

Utdyping av behov for rutiner i situasjoner hvor det haster med forløsning

Når det haster med fødselshjelp, medvirker graden av hast til hvilken informasjon det er mulig og hensiktsmessig å gi den fødende. I slike situasjoner er det derfor ofte ikke alltid praktisk mulig å innhente et fullt ut informert samtykke. Når det haster med forløsning, kan det også være vanskelig å få tid til tolkesamtale.

Viktige punkter å inkludere i rutinene:

- hvem som tar den endelige beslutningen om hvilken helsehjelp som gis
- hvordan pasientens rett til informasjon og medvirkning kan ivaretas
- bruk av tolk
- oppfølging etter fødsel
- hvordan dokumentasjonsplikten ivaretas (hva dokumenteres hvor)

Eksempel på behov for rutiner

Mot slutten av en graviditet eller under forløsningen kan det være at hensynet til barnets liv og helse tilsier at det må foretas inngrep den fødende ikke ønsker. I slike situasjoner, vil det være behov for at det finnes nærmere veiledning i fødeinstitusjonenes rutiner for hvordan helsepersonell skal handle. I utgangspunktet forutsetter loven at kvinnen samtykker til inngrepet, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 \(lovdata.no\)](#). Dersom vilkårene for nødrett er oppfylt, kan helsepersonellet likevel ha rett og plikt til å utføre inngrepet uten kvinnens samtykke, dersom dette fremstår som tilstrekkelig nødvendig av hensyn til det ufødte barnets liv og helse.

Begrunnelse

Her gis det en overordnet anbefaling om at fødeinstitusjonene bør ha særskilte rutiner for pasientinformasjon og medvirkning når det haster. Rutinene skal gi helsepersonell veiledning i hastesituasjoner. Generelle krav til hvilke rutiner fødeinstitusjonene skal ha, framgår av lov og forskrift, se blant annet [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 c \(lovdata.no\)](#) som det er vist til nedenfor.

Fødeinstitusjonenes rutiner for informasjon og medvirkning når det haster med forløsning kommer i tillegg til fødeinstitusjonenes generelle tiltak og rutiner som sikrer at pasientens rett til informasjon, medvirkning og selvbestemmelse blir ivaretatt.

Etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 første ledd bokstav c er det krav om at virksomheten utvikler og iverksetter nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Gjennom svangerskapet har kvinnen fått informasjon om sine valgmuligheter og fått mulighet til å påvirke valg av fødested og til å fremme andre ønsker om fødselen, se [anbefaling om informasjon i Nasjonal faglig retningslinje om svangerskapsomsorgen](#)

Pasienters rett til medvirkning og informasjon følger av [pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2 \(lovdata.no\)](#). Hvilken informasjon som kan eller skal gis til pasientens nærmeste pårørende reguleres av § 3-3. Krav om at informasjon skal være tilpasset pasienten følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5. Bestemmelsene i lovens kapittel om rett til medvirkning og informasjon er nærmere utdypet og forklart i [Helsedirektoratets rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven](#).

Involvering av, informasjon til og medvirkning fra en partner eller andre pårørende styres i utgangspunktet av kvinnens ønsker og samtykke. Hvis kvinnen samtykker til det eller forholdene tilsier det, har nærmeste pårørende rett til informasjon og medvirkning i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3. Når barnet er født har begge foreldrene, dvs. også juridisk far eller medmor, rett til informasjon om barnet og til å samtykke til helsehjelp til barnet.

Helsetjenestens og helsepersonells plikt til å gi informasjon følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 \(lovdata.no\)](#) og helsepersonelloven § 10. Hva informasjonsplikten innebærer er nærmere utdypet og forklart i [Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven](#).

Informasjon er en nødvendig forutsetning for både å kunne utøve medvirkningsretten og for å kunne gi gyldig samtykke til helsehjelp. Hovedregelen om samtykke til helsehjelp følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Bestemmelsen er nærmere utdypet og forklart i [Helsedirektoratets rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven](#).

Pasient- og brukerrettighetsloven stiller krav om nødvendig informasjon om helsetilstanden og innholdet i helsehjelpen når valg av behandlingsmåte treffes, herunder valg av smertelindring, igangsettelse av fødsel og forløsningsmetode. I tilfeller hvor det blir aktuelt med inngrep, for eksempel keisersnitt, er hovedregelen at kvinnen, og eventuelt partner, får informasjon om hvorfor inngrepet er besluttet, hva inngrepet innebærer, risiko og andre forhold som kan ha betydning for mor og barn.

Helsepersonell har etter helsepersonelloven § 7 plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Denne plikten kan komme i motstrid med kravet om informert samtykke etter pasient- og brukerrettighetsloven. Innholdet i plikten er nærmere utdypet og forklart i [Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven](#).

I forbindelse med fødsel kan det oppstå uforutsette situasjoner. I nødrettslignende situasjoner kan det være nødvendig å utføre inngrep uten samtykke jf. helsepersonelloven §7.

Mot slutten av en graviditet eller under forløsningen kan det være at hensynet til barnets liv og helse tilsier at det må foretas inngrep, men at kvinnen motsetter seg denne helsehjelpen. I utgangspunktet forutsetter loven at kvinnen samtykker til inngrepet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Dersom vilkårene for nødrett er oppfylt, kan helsepersonellet likevel ha rett og plikt til å utføre inngrepet uten kvinnens samtykke, dersom dette fremstår som tilstrekkelig nødvendig av hensyn til det ufødte barnets liv og helse. Hvilken informasjon som er gitt journalføres i henhold til [pasientjournalforskriften § 7 første ledd bokstav a \(lovdata.no\)](#).

Det er avgjørende at helsepersonellet foretar en forsvarlig undersøkelse og vurdering og journalfører hvilke vurderinger som er lagt til grunn. Se nærmere i [Stortingsmelding nr. 12 \(2008–2009\) En gledelig begivenhet \(regjeringen.no\)](#) hvor forholdet mellom kravet om samtykke og plikten til å yte øyeblikkelig hjelp for å redde det ufødte barnet er utdypet slik:

«I forbindelse med svangerskap ivaretas det ufødte barnets interesser normalt av kvinnen. Det er derfor sjeldent behov for å ta stilling til hvilken selvstendig rett til helsehjelp det ufødte barnet har. I en fødselssituasjon har fosteret kommet så langt i sin utvikling og evne til å overleve utenfor mors liv, at departementet legger til grunn at det ufødte barnet i denne sammenheng kan tolkes slik at det også regnes som pasient. Helsepersonell har derfor en selvstendig rett og plikt til å hjelpe det ufødte barnet, jf. helsepersonelloven § 7.

Et keisersnitt er et inngrep som må regnes som helsehjelp til det ufødte barnet og den fødende på samme tid. Keisersnittet kan fremstå som påtrengende nødvendig for at barnet skal overleve eller unngå alvorlige skader, selv om det ikke er påtrengende nødvendig av hensyn til mors helse. Dersom kvinnen ikke samtykker til inngrepet, oppstår det en konflikt mellom helsepersonellens plikt til å utføre inngrepet av hensyn til det ufødte barnet, og helsepersonellens manglende rett til å foreta keisersnitt uten kvinnens samtykke.

I tråd med lov om svangerskapsavbrudd § 10 er det i norsk rett allment akseptert at hvis kvinnens liv er i fare har hun forrang foran fosterets liv. Tilsvarende må også gjelde ved fødsel.

Dersom vilkårene for nødrett er oppfylt, vil helsepersonellet imidlertid ha rett til å foreta keisersnittet. Nødretten gjør kravet om samtykke etter pasientrettighetsloven § 4-1 overflødig. I en nødrettssituasjon vil ikke samtykkekravet være til hinder for helsepersonellens plikt til å redde barnet etter helsepersonelloven § 7 første ledd. I slike tilfeller vil derfor helsepersonellet også ha en tilsvarende plikt til å foreta keisersnitt.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 20)

[Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) om plikt til forsvarlighet: Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Plikten helsetjenesten har til forsvarlig virksomhet må sees i sammenheng med den plikt helsepersonell har til faglig forsvarlig yrkesutøvelse.

Jordmødre og leger har i henhold til helsepersonelloven et selvstendig ansvar for faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Arbeidet skal utføres i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig, jf. helsepersonelloven § 4.

Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, se helsepersonelloven § 16.

Helsepersonelloven §§ 4 og 16 er nærmere forklart og utdypet i [Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven](#).

Forholdet mellom retten til medvirkning og kravet til faglig forsvarlighet er omtalt i [rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1](#).

En nasjonal avtale om akutt-tolk er tilgjengelig for alle helseforetakene via Sykehusinnkjøp og muliggjør bruk av kvalifisert tolk når det er en språklig barriere til stede.

Referanser

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *En gledelig begivenhet: om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* (St.meld. nr. 12 (2008–2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009/id545600/>

Bakgrunn, metode og prosess

«Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen» erstatter tidligere veileder «Et trygt fødetilbud, kvalitetskrav til fødselsomsorgen», IS-1877 fra 2010 (Helsedirektoratet, 2010) og «Retningslinje for hjemmefødsel», IS-2012 fra 2012 (Helsedirektoratet, 2012a). I tillegg har retningslinjen inkludert og oppdatert anbefalingen om svangerskap passert termin fra «[Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen](#)».

Revisjonen av veilederen «Et trygt fødetilbud, kvalitetskrav til fødselsomsorgen», IS-1877 (2010) er forankret i et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gitt på bakgrunn av Helsedirektoratets rapport [Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem \(2020\)](#), som beskriver endringer i kompleksitet i fødepopulasjonen og behov for oppdatert kunnskapsgrunnlag.

Oppdragstekst:

Fødselsomsorg, Revidering av «Et trygt fødetilbud»: Helsedirektoratet skal gjennomgå og revidere veilederen «Et trygt fødetilbud» på bakgrunn av endringer i kompleksitet i fødepopulasjon og behov for oppdatert kunnskapsgrunnlag. Det skal rettes spesiell oppmerksomhet mot seleksjonskriteriene for fødende på de ulike nivå av fødeinstitusjoner. Veilederen skal anbefale normtall for bemanning og krav til kompetanse på fødeinstitusjoner etter modell av anbefalingene i retningslinjen «Nyfødtintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet».

Oppdraget om norm for bemanning ble senere trukket av Helse og omsorgsdepartementet.

Retningslinjen er utarbeidet i henhold til det endrede oppdraget og inneholder en anbefaling om rutiner for jordmorbemanning i tråd med NICE guidelines.

Hva er nytt og hva er videreført?

Innholdet fra de tre tidligere produktene er betraktelig forkortet, oppdatert faglig og endret i tråd med gjeldende lovverk. Retningslinjen er tilpasset Helsedirektoratets digitale publiseringsløsning.

Norge er internasjonalt sett blant de land som har best resultater innen fødselsomsorg, som sykelighet og dødelighet hos mor og barn. Anbefalinger som understøtter en fødselsomsorg av god kvalitet, som differensiering av fødetilbudene og seleksjon av gravide til rett fødenivå, er videreført og justert iht. oppdatert kunnskap. Krav til bemanning og kompetanse for de enkelte fødeinstitusjonsnivåene er også i stor grad videreført fra «Et trygt fødetilbud» og spesifisert.

Nytt i retningslinjen:

- rutiner for bemanning av jordmødre i fødeinstitusjoner
- anbefaling om pasientinformasjon og –medvirkning når fødselshjelpen haster
- forslag til organisering av hjemmefødsel i offentlig regi
- håndtering av svangerskap som har passert termin

Når det gjelder hjemmefødsel er anbefalingene om seleksjons- og overføringskriterier for den fødende og den nyfødte, i all hovedsak videreført. I tillegg er det utarbeidet en anbefaling om at helseforetak kan gi tilbud om hjemmefødsel der forholdene ligger til rette for det, men det er ingen pasientrettighet å få tilbud om hjemmefødsel.

Retningslinjen har også spesifisert seleksjon av gravide med økt risiko for alvorlige, kritiske tilstander i forbindelse med fødsel til kvinneklinikker som har tilgjengelig intervensjonsradiolog og karkirurg i vakt.

Hensikten med Helsedirektoratets normerende produkter er å

- hindre uønsket variasjon og bidra til god kvalitet i tjenesten
- bidra til riktige prioriteringer i tjenesten
- bidra til å løse samhandlingsutfordringer og helhetlige pasientforløp

Helsedirektoratets råd og anbefalinger er ikke rettslig bindende for tjenesteyterne, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel

- hva som er god faglig praksis
- hvordan relevant regelverk skal tolkes
- hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk på helse- og omsorgstjenestemrådet og andre tilgrensende sektorer

Målgrupper

Retningslinjen er særlig rettet mot helseforetak og helsepersonell (leger og jordmødre) som yter helsetjenester i fødselsomsorgen.

Retningslinjen er ikke spesielt rettet mot gravide eller fødende kvinner, men kan være nyttig for disse og deres pårørende.

Grad av normering

Grad av normering angis av teksten i hver enkelt anbefaling:

- Når Helsedirektoratet skriver «skal», betyr det at anbefalingen/rådet er basert på lov eller forskrift, eller når det er så klart faglig forankret at det sjelden er forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt.
- Når det står «bør» eller «anbefaler» er det en sterk anbefaling/råd som vil gjelde de aller fleste.
- Når det står «kan» eller «foreslår» er det en svak anbefaling/råd der ulike valg kan være riktig.

Rettslig betydning

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde normerende produkter, det vil si nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere, nasjonal faglige råd og pakkeforløp, som understøtter målene for helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale anbefalinger og råd skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 \(lovdata.no\)](#), [helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 \(lovdata.no\)](#) og [folkehelseloven § 24 \(lovdata.no\)](#).

Nasjonale anbefalinger og råd inngår som et akseptert grunnlag og setter en norm for hva som er faglig forsvarlig. Anbefalinger/råd utgitt av Helsedirektoratet er ikke rettslig bindende, men er faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet.

Anbefalingene må tolkes i lys av helserettslige grunnprinsipper om forsvarlig tjenesteyting, pasient- og brukermedvirkning, taushetsplikt og vern av personsensitive opplysninger, opplysningsplikt, samtykke for å yte helsetjenester og kommunikasjon tilpasset mottakerens forutsetninger (alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn).

Helsepersonell må alltid vise faglig skjønn i vurderingen av hver enkeltpasient for å ta hensyn til individuelle behov. Helsepersonelloven er overordnet retningslinjen hvis det oppstår konflikt i en konkret situasjon. I situasjoner der helsepersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger, skal dette dokumenteres (jf. journalforskriften §6, bokstav g).

Retningslinjen er faglig normerende og retter seg mot virksomheter og helsepersonell. Pasientenes rettigheter omtales ikke her, men i andre rundskriv fra Helsedirektoratet, se blant annet [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#).

Tilstøtende normerende publikasjoner

Følgende publiserte produkter fra Helsedirektoratet er referert til i retningslinjen:

- [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen](#)
- [Nasjonal faglig retningslinjer om barselomsorgen](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\)](#)
- [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

Rundskriv:

- [Helsedirektoratets rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven](#)
- [Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven](#)

Kunnskapsbasert tilnærming

Nasjonale anbefalinger og råd har en kunnskapsbasert tilnærming (Helsedirektoratet, 2012b). Det innebærer at forskningslitteratur, klinisk erfaring og brukererfaring på en systematisk måte vurderes opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av et tiltak. På områder der det er funnet mindre kunnskapsbasert kunnskap og/eller overføringsverdien fra internasjonal til norsk helsetjeneste er lav, blir klinisk kunnskap og brukerkunnskap tillagt større vekt.

Retningslinjen bygger på kunnskapsgrunnlaget og anbefalingene fra de to tidligere nevnte publikasjonene fra 2010 og 2012, kunnskapsoppsummeringer bestilt fra Folkehelseinstituttet (Kornør et al., 2020; Ames et al., 2022), kunnskap etter litteratursøk, oppdatert erfaringsbasert kunnskap, data fra medisinsk fødselsregister (MFR) og tilsynsrapporter. Flere av anbefalingene videreføres, mens andre er justert i henhold til oppdatert kunnskap. Lov/forskriftskrav og anbefalinger for helsepersonell som er/bør være godt implementert i praksis er ikke synliggjort som egne anbefalinger.

Arbeidsform og deltakere

Arbeidet med revisjonene startet våren 2020 og har vært prosjektorganisert med en intern styringsgruppe og en prosjektgruppe i Helsedirektoratet. Mandatet til den interne prosjektgruppen var å digitalisere retningslinjen, utarbeide kortfattede tekster, redusere antall anbefalinger og inkludere relevante anbefalinger fra andre

publiserte produkter fra direktoratet og samle det en retningslinje for fødselsomsorg. Arbeidet ble forsinket grunnet covid 19-pandemien.

En bred sammensatt referansegruppe ble oppnevnt fra mars 2020 (se under). Det har vært avholdt 10 digitale og fysiske møter, samt at skriftlige innspill er gitt i etterkant av møtene/underveis i prosessen.

Prosjektgruppe

- Toril Kolås, seniorrådgiver, avdeling spesialisthelsetjenester, prosjektleder
- Aase Pay, seniorrådgiver, avdeling spesialisthelsetjenester, prosjektmedarbeider
- Helene Normann, seniorrådgiver, avdeling spesialisthelsetjenester, prosjektmedarbeider
- Brit Roland, seniorrådgiver, avdeling barne- og ungdomshelse, prosjektmedarbeider
- Edel Holene, seniorrådgiver, avdeling retningslinjer og fagutvikling, metodestøtte

Referansegruppe

Referansegruppens sammensetning

Navn	Arbeidssted	Helseforetak/Interesse-organisasjon/Institusjon
Åse Kari Kringlåk, jordmor	Fødeavdelingen, Sykehuset Telemark	Helse Sør-Øst RHF
Lill Trine Nyfløt, seksjonsoverlege	Fødeseksjonen, Vestre Viken HF	Helse Sør-Øst RHF
Harmohan Kaur, seksjonsoverlege	Lågrisiko fødeeinga og for barsel, Stavanger universitetssjukehus	Helse Vest RHF
Selma Vabø Tofting, jordmor	Helse Bergen	Helse Vest RHF
Nina Jamissen, jordmor	Nordlandssykehuset	Helse Nord RHF
Martin Grønberg, seksjonsoverlege	Fødeavdelingen, UNN	Helse Nord RHF
Tone Selmer-Olsen, fagutviklingsjordmor	St. Olavs hospital HF	Helse Midt-Norge RHF
Idunn Myklebust, gynekolog	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Midt-Norge RHF
Ståle Onsgård Sagabråten, fastlege	Ål i Hallingdal	Norsk forening for allmenmedisin (NFA)
Ragnar Sande, gynekolog	Stavanger Universitetssjukehus	Norsk gynekologisk forening
Marit Camilla Haavaldsen, gynekolog	Akershus Universitetssykehus	Norsk gynekologisk forening
Jannicke Andresen, overlege	Nyfødt intensiv, OUS	Leder av Barnelegeforeningens interessegruppe for nyfødtmedisin
Liv Merete Reinart, jordmor	Seniorrådgiver, Område for helsetjenester	Folkehelseinstituttet
Ferenc Macsali	Medisinsk fødselsregister	Folkehelseinstituttet

Lars T Johansen, spesialist i fødselshjelp og kvinneresykdommer	Seniorrådgiver	Statens helsetilsyn
Kari Aarø, jordmor		Leder av Den norske jordmorforening
Kristin Holanger		Jordmorforbundet, Norsk sykepleierforening
Anne Sigstad		Ammehjelpen
Trine Giving Kalstad, fagsjef		Landsforeningen for uventet barnedød (LUB)
Lena Engelsen, Generalsekretær		Landsforeningen 1001 dager
Annett Michelsen		Fagforbundet

Habilitet

Ingen interesser med konsekvenser for deltakelse i arbeidet er identisert.

Finansiering og høring

[Helsedirektoratet](#) er et fag- og myndighetsorgan som er underlagt og finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet følger, som andre statlige forvaltningsorgan, [Utredningsinstruksen \(lovdata.no\)](#).

Utkast til retningslinje har vært på høring, jf. Utredningsinstruksen kapittel 3.3. Alle høringssvarene ble gjennomgått av Helsedirektoratet før publisering. Det endelige produktet er besluttet av helsedirektøren.

Referanser

Ames, H., Forsetlund, L., Larun, L., Hval, G., Muller, A. E. (2022). *Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende: Systematisk oversikt* (rev. utg.) Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2022/betydningen-av-lang-reisevei-til-fodeinstitusjon-og-folgetjeneste-for-gravid/>

Helsedirektoratet (2010). *Et trygt fødetilbud: kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (IS-1877). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2012). *Retningslinje for hjemmefødsel – svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender*. (IS-2012). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* (IS-1870). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer>

Helsedirektoratet (29. oktober 2018). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten: Veileder til lov og forskrift*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 15. september 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem: rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020* (IS-2895). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ending-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansi>

Helsedirektoratet (06. juni 2023). *Svangerskapsomsorgen: Nasjonal faglig retningslinje*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 15. september 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>

Kornør, H., Reinart, L. M. B., Rosness, T. A. (2020). *Håndtering av svangerskap som har passert termin: systematisk oversikt* Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2020/handtering-av-svangerskap-som-har-passert-termin/>

Regional oppfølging av fødselsomsorgen i Helse Nord - rapport

Oppsummering av arbeid utført av ledere ved fødeavdelinger i forbindelse med oppdrag til fødeområdet presentert i Styringskrav og rammer 2024



1. Innhold

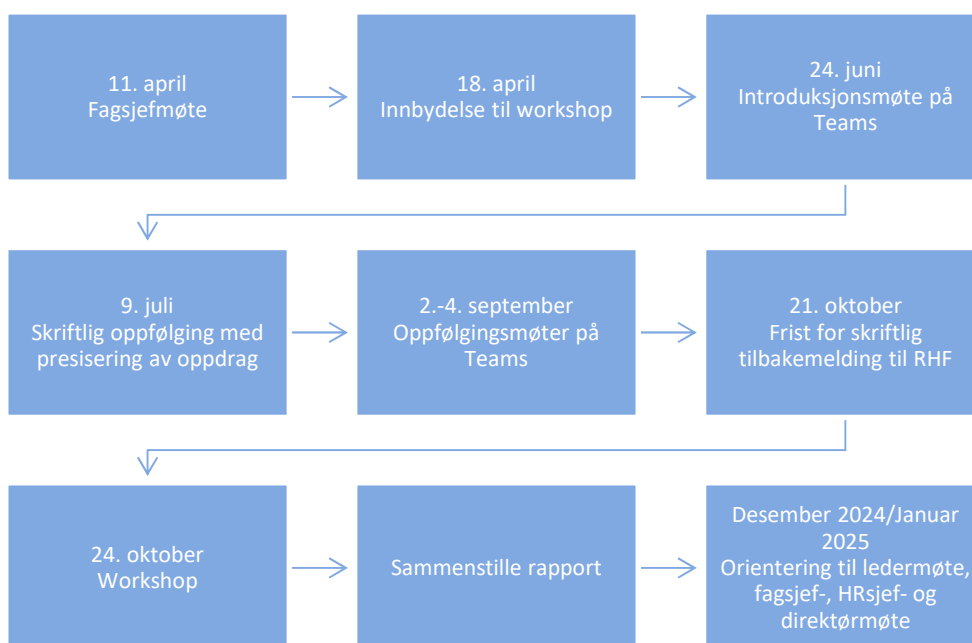
1.	Innledning.....	3
1.1	Tidslinje for arbeidet.....	3
2.	Oppdrag fra styringskrav og rammer	4
2.1	Gjennomgå og vurdere de konkrete forbedringstiltakene som er foreslått i Helsedirektoratets rapport, og sette i verk tiltak for å forbedre følgetjenesten for gravide. Følge opp anbefalinger fra Helsedirektoratets rapport «Konsekvensene av en anbefaling o følgetjeneste ved over en times reisevei».....	4
2.2	Kartlegge muligheter for kombinerte stillinger innenfor svangerskap-, føde- og barselomsorgen i samarbeid med helseforetak og kommuner	5
2.3	Etablere rutiner for at mor kan henvende seg til barselavdelingen uten henvisning den første uken etter utskrivning.....	7
2.4	Rapportere på hvordan den nye retningslinjen for fødselsomsorgen er blitt satt i verk, spesielt hvordan helseforetakene følger opp anbefalingen om kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor i aktiv fase av fødselen.....	7
2.5	Foreslå tiltak for hvordan de minste fødestedene kan utvikles og hvordan de ansatte kan få mengdetrening hvis det er få fødsler ved institusjonen.....	9
2.6	Basert på felles regionale kriterier skal helseforetakene etablere monitorering av fødetilbudet. Dette for å gi løpende informasjon om at forutsetningene for et forsvarlig fødetilbud er oppfylt.....	11
3	Foreslåtte forbedringstiltak.....	13

1. Innledning

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan¹ adresseres ulike satsninger og tiltak innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen for neste fire års periode. Fagområdet er viet stor oppmerksomhet og følges opp med flere oppdrag i oppdragsdokumentet for 2024 fra Helse og omsorgsdepartementet til Helse Nord.

Etter avtale med fagsjefer i Helse Nord tok RHF-et initiativ til et felles arbeid om oppdrag presentert i oppdragsdokument til Helse Nord RHF og i Styringskrav og rammer til HF-ene for 2024. Ledere i fødselsomsorgen ble invitert til en felles introduksjon på teams 24.juni. På forhånd hadde HF-ene satt sammen grupper av ressurspersoner for å løse oppdragene. Flere tema handlet om samhandling med kommunene, det var derfor en anbefaling fra RHF-et at samhandlingssjefene ble involvert i arbeidet. Det var også forutsatt god involvering av tillitsvalgte og vernetjenesten i de lokale arbeidsgruppene i HF-ene.

1.1 Tidslinje for arbeidet



Formålet med å arrangere workshop for ledere var å dele erfaringer fra arbeidet som har foregått i HF-ene, inspirere, knytte kontakter og diskutere felles utfordringer og fremtidige muligheter. I denne prosessen fikk RHF-et innspill til rapportering til HOD på de aktuelle oppdragene og god innsikt i områdene fødeavdelingene har jobbet med. RHF-et ba også om skriftlig innspill for detaljering per HF i forkant av workshop med frist 21. oktober.

¹ Meld. St. 9 (2023–2024)

[Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 — Vår felles helsetjeneste](#)

De samme oppdragene ble også presentert for Fagråd for fødselshjelp og kvinnesykdommer i fagrådsmøte 8. oktober slik at medlemmene fikk anledning til å gi innspill.

2. Oppdrag fra styringskrav og rammer

2.1 Gjennomgå og vurdere de konkrete forbedringstiltakene som er foreslått i Helsedirektoratets rapport, og sette i verk tiltak for å forbedre følgetjenesten for gravide. Følge opp anbefalinger fra Helsedirektoratets rapport «Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei»².

Bakgrunn:

Organisering av en døgnkontinuerlig vaktberedskap innebærer at det foreligger samhandlingsavtaler om jordmortjeneste og akuttmedisinske tjenester mellom helseforetak og den kommunale helse- og omsorgstjenesten for gravide med mer enn 1,5 times reisevei fra hjemmet til fødeinstitusjon. Alternative løsninger til følgetjeneste og beredskap skal også tydeliggjøres i samhandlingsavtalene.

Flere av helseforetakene har startet på en gjennomgang av eksisterende avtaler om følgetjeneste for gravide. I kommuner med få gravide (mindre enn 10 per år) er alternative løsninger for følgetjeneste etablert. Alternativer som benyttes er hotellopphold i tiden før termin, behovsuttøst følgetjeneste og etablering av møtetjeneste/møtekjøring. I tilfeller med møtetjeneste blir dette ressursatt og organisert fra fødeavdelingen, men mangler egen vaktlinje.

UNN etablerer ordning med følgetjenester med jordmor i vakt ifm. sommerstengte fødeavdelinger. Da inngås egne avtaler om dette. Fødestuene i UNN HF følger fødekvinne som vurderes å trenge følge, men dette er ikke en del av følgetjenesteavtalen. Flere kommuner ønsker å inngå et interkommunalt samarbeid med jordmødre for å dekke følgetjeneste.

Ved alternerende sommerstengning har fødeavdelingene i Mo i Rana og Sandnessjøen en jordmor i beredskap som kan gjøre vurderinger lokalt, og ev. følge dersom det er nødvendig. På fødestuen i Brønnøysund er det hele året jordmødre i beredskap for øyeblikkelig hjelp, status og vurdering, og for fødsler for pasienter som er selektert til dette behandlingsnivået. Det er planlagt to jordmødre på vakt slik at de pasientene som har krav på det kan få følge av jordmor ved overflytting til høyere behandlingsnivå.

² [Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei](#)

Alternative løsninger som tas i bruk må beskrives i samarbeidsavtale med kommunene og gjøres kjent slik at alle involverte parter, inkludert de gravide, vet hvilken ordning for følgetjeneste som er gjeldende i de aktuelle kommunene. Det er behov for å styrke samarbeidet med kommunene på dette området. Det foreslås blant annet faste møter med aktuelle kommuner der følgetjenesten er tema. Flere HF har et samarbeid rundt dette der trening på akutte situasjoner og samhandling inngår. Det finnes også avtaler om hospitering.

De regionale helseforetakene overtok finansieringsansvaret for følgetjenesten i 2012. Det etterlyses en revisjon av regionale anbefalinger for organisering av følgetjenesten. Føringer for organisering av følgetjenesten er beskrevet i styresak 7-2012 *Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord, oppfølging av styresak 31-20113*. Det er også behov for en gjennomgang av dagens særfinansiering av tjenesten til HF-ene. Nordlandssykehuset HF opplever at dagens avtaler er svært kostnadskrevenende. En av årsakene til dette er at lønnsavtalene kommuner inngår med jordmor overstiger gjeldende tariff.

Det er ulik forståelse av begrepet få gravide. Helse Midt Norge har definert få gravide til færre enn 25 gravide per år. I Helse Nord forholder vi oss til anbefalingene i styresak 7/2012 der HF-ene prøver å tilstrebe at det er en følgetjeneste tilgjengelig 24/7 i kommuner med 10 gravide eller mer per år der det er 90 min reisevei til nærmeste fødeinstitusjon.

Det pågår en nasjonal evaluering av følgetjenesten som ledes av Helse Midt Norge. Oppdraget er avgrenset til å omfatte kvalitet og nytteeffekt av følgetjenesten slik den er organisert i dag. Resultatet av evalueringen kan komme til å endre på anbefalingene slik vi kjenner disse i dag.

Fagrådet opplever at kompetansen innen fødselshjelp i den prehospitaltjenesten har bedret seg senere år. På UNN er det etablert et samarbeid med paramedic utdanningen der paramedic student følger jordmorstudenter i siste del av utdanningen på vakt i tre uker.

2.2 Kartlegge muligheter for kombinerte stillinger innenfor svangerskap-, føde- og barselomsorgen i samarbeid med helseforetak og kommuner

Bakgrunn:

Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap-, fødsels- og barseltiden, blant annet gjennom å øke antall jordmødre som har tilknytning til både sykehus og kommuner. Det finnes mange ulike modeller i landet for sambruk av personell der jordmødre har tilknytning til både sykehus og kommune.

³ [Styresak 7-2012 Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord](#)

HF-ene har gjort en kartlegging av mulighetsrommet sett fra spesialisthelsetjenestens perspektiv, og har i noen grad også kommunisert direkte med aktuelle kommuner. Ulike modeller som *Caseload midwifery*, *Min jordmor* og *God start* er vurdert og kan la seg gjennomføre. HF-ene har behov for nærmere utredninger rundt dette, og er også avhengig av prosjektmidler for å prøve ut hensiktsmessige omsorgsmodeller. Alle HF har i dag samarbeid med kommuner om jordmortjeneste i en eller annen form. Tjenester på begge nivå leveres i dag fra fødestuene i Brønnøysund, Lofoten, Finnsnes, Nordreisa og Alta. Flere fødeavdelinger har inngått avtale om salg av jordmortjenester til samarbeidskommuner.

Det oppfattes at det fortsatt er et potensial for økt samarbeid med flere kommuner i Helse Nord. Fremover bør spesielt sykehusenes vertskommuner inviteres inn i et samarbeid om sambruk av jordmortjenesten. Ved behov for nyansettelser i både kommunen og sykehuset bør muligheter for en type kombinert stilling vurderes. Samarbeid om felles utdanningsstillinger for jordmor fremmes også som et spennende tiltak der plan for sambruk inngår før utdanning.

Utvidet bruk av kombinerte stillinger/sambruk forutsetter god dialog mellom spesialisthelsetjenesten og våre samarbeidskommuner. Denne dialogen framstår i dag litt tilfeldig. Det bør derfor etableres en fast arena for dialog og samarbeid.

Det anses at kombinerte stillinger kan ha flere positive effekter. Muligheten til å utføre jordmoroppgaver på begge nivåene kan virke både rekrutterende og stabiliserende, og bidra til reduksjon av uønsket deltid. Vaktbelastning kan reduseres ved at flere ansatte inngår i turnus ved fødeavdelingen. Etablering av kombinerte stillinger kan forebygge konkurranse om arbeidskraften mellom tjenestenivåene.

Jordmødrenes kompetanse kan utnyttes bedre i kommunene mht. til oppgaver innen kvinnehelse og ungdom. Eksempelvis kan jordmødre utføre prøvetakning og gi prevensjonsveiledning. Oppfølging av sårbare familier er en oppgave som vil kunne styrkes ved hjelp av kombinert stillinger.

Barnepleiere er også en yrkesgruppe som kan ha en rolle i et samarbeid mellom fødeavdeling og kommunehelsetjenesten.

Det anbefales at jordmødre som ansettes i kombinerte stillinger har én arbeidsgiver og at oppgaver beskrives i samarbeidsavtalen. Ansettelsesforhold ett sted vil lette utførelse av arbeidsgivers plikter og gi forutsigbarhet for den ansatte. Alternativt kan en gruppe jordmødre ha ulike arbeidsgivere, men utføre de samme arbeidsoppgavene. En modell lik organiseringen av FACT- team kan prøves ut.

Nordlandssykehuset og kommuner i Lofoten planlegger å starte et pilotarbeid for å utrede muligheten for å slå sammen deler av- eller hele helsetjenesten for å sikre

tjenester til befolkningen i fremtiden. Pilotarbeidet tar utgangspunkt i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 og ideen om én sammenhengende og sømløs helsetjeneste for innbyggere og fagfolk. Forslag til nye måter å organisere tjenestene på kan være til inspirasjon også for resten av regionen.

UNN Tromsø har etablert fast møtestruktur med Tromsø kommune i samhandlingsøyemed, og har avtalt et møte med kommunen for å diskutere mulighet for samarbeid om kombinerte jordmorstillinger (hus/hytte modell).

Det pekes på at salg av tjenester til kommunene kan by på utfordringer med organisering av vaktlinjer og turnus. Transport ut til kommunene kan være tidkrevende. En annen utfordring er prioritering av oppgaver i situasjoner med fravær og knappe ressurser. I Finnmarkssykehuset kan lange avstander mellom fødeavdelingene og aktuelle kommuner være en barriere for samarbeid om jordmortjenesten. Fødeinstitusjonen bør kunne legge til rette for bosted for pendlerne ved opprettelse av kombinerte stillinger.

2.3 Etablere rutiner for at mor kan henvende seg til barselavdelingen uten henvisning den første uken etter utskrivning

Bakgrunn:

Brukerorganisasjonene etterlyser helhet og kontinuitet i tjenesten. I svangerskapet og barseltiden er ansvaret for oppfølging delt mellom sykehus, helsestasjon og fastlege.

Alle fødeavdelinger har rutiner for at gravide kan ta direkte kontakt den første uken etter utskrivelse. Barselkvinnene informeres om hvor de kan få hjelp ifb. med «utreis samtalen». Et av helseforetakene melder om mangel på skriftlig prosedyre og et ønske om å få på plass en felles prosedyre for helseforetaket rundt utreise.

Behovet for bistand etter utskrivelse fra barselavdelingen avhenger av hvilket barseltilbud som er etablert i bostedskommunen (f.eks. tilbud om hjemmebesøk av jordmor). Det bør sikres god kommunikasjon med kommunen om gjeldende praksis.

Fagrådet for fødselshjelp og gynekologi minner om viktigheten av dokumentasjon i Dips og Partus ved poliklinisk konsultasjon etter utskrivelse.

2.4 Rapportere på hvordan den nye retningslinjen for fødselsomsorgen er blitt satt i verk, spesielt hvordan helseforetakene følger opp anbefalingen om kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor i aktiv fase av fødselen.

Bakgrunn:

De nasjonale kvalitetskravene til tjenesten er angitt i Helsedirektoratets retningslinje om fødselsomsorgen. Retningslinjen om fødselsomsorg er revidert og publisert i mars 2024 på bakgrunn av endringer i fødepopulasjonen og nytt kunnskapsgrunnlag⁴. Retningslinjen erstattet Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav for fødselsomsorgen (2010). Regionale seleksjonskrav for fødselsomsorg i Helse Nord (RL 0899) ble trukket tilbake 8.mars og nye nasjonale retningslinjer for fødselsomsorgen ble gjort gjeldende. Mye er videreført fra tidligere nasjonale anbefalinger. Den nye retningslinjen er supplert med fire nye områder: rutiner for bemanning av jordmødre i fødeinstitusjoner, anbefaling om pasientinformasjon og -medvirkning når fødselshjelpen haster, forslag til organisering av hjemmefødsel i offentlig regi og håndtering av svangerskap som har passert termin.

Fødeavdelingene i Helse Nord klarer i stor grad å følge opp anbefalingen om kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor i aktiv fase av fødselen.

Det er noen avvik ved fødeavdelingen i Bodø (80,3 %) og UNN i Tromsø (85 %). Det mistenkes at dette delvis skyldes manglende registrering i fødedataprogrammet av vikarer ved UNN. I Nordlandssykehuset er hovedårsaken for lav bemanning til å ivareta kvinnene i henhold til anbefalingene.

Det bemerkes fra fagrådet at kravet om tilstedeværelse av jordmor i aktiv fødsel kan ha ført til en omprioritering av jordmorressurser slik at barselkvinner har kommet dårlig ut. Fagrådet problematiserer også at det kan være noe ulik definisjon av begrepet aktiv fødsel mellom jordmor/lege og fødekvinne. Spesielt gravide som blir indusert til fødsel kan oppleve at de har hatt lange forløp uten tett nok oppfølging.

Ingen av fødeavdelingene har utarbeidet en egen informasjon eller prosedyrer som omhandler pasientinformasjon og -medvirkning når fødselshjelpen haster. Det etterlyses felles generisk informasjon utarbeidet av Helsedirektoratet/Helsenorge.no. Alle vektlegger viktigheten av gode utreisesamtaler og oppfølging av familien fra fødeavdelingen etter utskrivelse. Bruk av tolk i akutte situasjoner kan forbedres.

Forekomsten av hjemmefødsler i regionen er lavt. Ingen fødeavdeling har sett behov for å etablere et tilbud om hjemmefødsel i offentlig regi.

Alle fødeavdelinger har iverksatt anbefalinger om håndtering av svangerskap som har passert termin.

Flere fødeavdelinger uttrykker bekymring for både jordmor- og legebemanningen.

⁴ [Fødselsomsorgen – Nasjonal faglig retningslinje](#)

Bemanningsplan for jordmødre oppleves som knapp. Det er i liten grad tatt høyde for sykefravær. Bemanningen bør til enhver tid være slik at lovpålagte oppgaver (internundervisning, akutt trening, kvalitetsarbeid, faglig oppdatering) kan gjennomføres i tillegg til akutt beredskap. Det er begrensede muligheter for å vedlikeholde kompetanse gjennom hospitering/jobbe ved annen fødeinstitusjon.

Som et ledd i oppgavedeling har Kvinneklinikken ved UNN inngått et samarbeid med Fagskoleutdanningen for å få bistand til kompetanseheving av helsefagarbeiderne og barnepleiere i avdelingen.

Strategisk bruk av rekrutteringsstillinger og utdanningsstillinger vil føre til noe bedre dekning av faste jordmødre flere steder.

Ved UNN har det vært arbeidet aktivt for å utvikle heltidskultur. Dette for å kunne være en attraktiv arbeidsplass og oppnå stabilisering av eksisterende personell, samt at det gir trygghet, forutsigbarhet og medvirkning for de ansatte. Seniorpolitikken er noe som også vektlegges høyt. UNN har etablert seniorpolitiske lønnstiltak for jordmødre og stabiliseringstillegg for jordmødre med over 10 års ansiennitet.

Det er utfordrende for de minste fødeavdelingene å ha tilgang til minimum 4 faste bosatte spesialister, og anbefalingen om minimum 4-delt vaktordning er dermed vanskelig å få til. Mangel på leger løses med vikarinnleie og hyppig vakt (2 og 3 delt vakt). Ved Helgelandssykehuset praktiseres det turnus med komprimerte vakter og hjemmekontor.

Fødselstallene er nedadgående med noen svingninger. Det er i liten grad mulig å planlegge bemanning ut fra aktivitet. Det er en generell bekymring for lave fødselstall, mulighet for å opprettholde kompetanse hos fast ansatte og tilby praksisplass for studenter.

Alle fødeinstitusjoner bortsett fra fødeavdelingen ved Hammerfest sykehus har implementert Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen. Fødeavdelingen forholder seg fortsatt til tidligere regionale seleksjonskriterier. Finnmarkssykehuset har også avdekket flere områder hvor det er behov for skriftlige prosedyrer.

2.5 Foreslå tiltak for hvordan de minste fødestedene kan utvikles og hvordan de ansatte kan få mengdetrening hvis det er få fødsler ved institusjonen

Bakgrunn:

Få fødsler og få gravide gir utfordringer med å gi jordmødre og annet personell tilstrekkelig mengdetrening. For de mindre fødestedene kan det derfor være nyttig at personellet hospiterer/deltar på jobbutveksling på fødeavdelinger med flere fødsler.

Ved fødestuene er det satt krav om jobbutveksling/hospitering x antall uker per år. Behov for hospitering/jobbutveksling forekommer også blant jordmødre ved fødeavdelinger og kvinneklinikk, men her strekker ikke alltid rammene til. Flere jordmødre jobber periodevis i friperioder ved andre fødeavdelinger med større volum av fødsler for å opprettholde sin kompetanse. Jobbutveksling der ansatte bytter arbeidsted ansees som en fornuftig ordning, der også de mindre fødeavdelingene får tilgang til personell fra annen fødeinstitusjon.

Alle fødeinstitusjoner har etablert obligatorisk simuleringstrening og trener jevnlig. Det er behov for gode fantom for øvelse. Det er variasjon i hyppighet og system for vurdering av kompetansekrav for jordmødre/barnepleiere. Leger i utdanning vurderer egen kompetanse sammen med veileder og ut fra kompetansekrav/volum som er satt for de ulike prosedyrene. På avdelinger med lav aktivitet må det tilstrebes at uerfarne jordmødre/leger får tilgang til de situasjonene som er tilgjengelig for kompetanseoverføring.

Det ytres ønske om å få til en ordning for hospitering/jobbutveksling i Helse Nord. Ved flere av avdelingene oppleves det at dette ikke er systematisert eller tatt høyde for i bemanningsplanleggingen.

Det poengteres også at det bør være kriterier/kompetansekrav som legger føringer for hva hospitering eller jobbutveksling skal innebære. Hospiteringsordninger som i hovedsak innebærer observasjon må unngås da aktiviteten ikke fører til vedlikehold av praktisk ferdighet.

Ambulering eller jobbutveksling er i dag basert på frivillighet bortsett fra ved fødestuene. I Nordlandssykehuset er det innført «takster» for jobbutveksling som gir et økonomisk insentiv for å dekke opp vakter ved andre fødeavdelinger.

Lave fødselstall i regionen gir utslag i flere utfordringer. Ved større fødeavdelinger meldes det om begrenset mulighet til å ta imot hospitanter i tillegg til studenter. Nyutdannede jordmødre bruker tid på å opparbeide seg kompetanse, og med et begrenset antall fødsler kan dette være en utfordring.

Det meldes derfor om behov for felles kompetansekrav etter fullført utdanning og system for re-sertifisering/ kompetansepakker for jordmødre. Som et eksempel kan det nevnes at Helse Sør-Øst har besluttet å innføre fem felles kompetansekrav for jordmødre. Dette arbeidet pågår.

Det foreslås også nasjonal sertifisering i CTG/fosterovervåkning og tilgang til GynZone⁵.

2.6 Basert på felles regionale kriterier skal helseforetakene etablere monitorering av fødetilbudet. Dette for å gi løpende informasjon om at forutsetningene for et forsvarlig fødetilbud er oppfylt.

Bakgrunn:

Regjeringen ønsker at dagens fødetilbud opprettholdes innenfor planperioden til nasjonal helse -og samhandlings plan, gitt forsvarlig drift. Få gravide og få fødsler kombinert med en desentralisert struktur gir utfordringer mht. utdanning og vedlikehold av kompetanse. Samtidig er de fødende eldre og har flere helseutfordringer enn tidligere, noe som krever bedre beredskap for å kunne gi en god og forsvarlig fødselsomsorg. I styringskrav og rammer beskrives det at det viktigste arbeidet for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet skjer lokalt: Systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal være basert på nasjonale helsefaglige retningslinjer og veiledere, data fra kvalitetsregister med tilfredsstillende dekningsgrad, klinisk forskning og medvirkning fra pasient og pårørende.

Fagmiljøet er kommet til enighet om noen felles regionale kriterier som etter hvert skal presenteres i en egen rapport i Helse Nord LIS⁶; *Monitorering av fødselsomsorgen*. Rapporten i HN LIS suppleres med tall på bemanning, sykefravær og budsjettavvik.

Partus leverer et eget uttrekk der følgende kvalitetsindikatorer presenteres per fødeinstitusjon:

<input type="checkbox"/> Urinretensjon etter fødsel (NPR- alle vaginale fødsler med urinretensjon)
<input type="checkbox"/> Forekomst av sectio akutt/planlagt
<input type="checkbox"/> Utvalgte grupper Robson ten (min gruppe 1, 3, 5, 6)
<input type="checkbox"/> Rifter grad 3-4
<input type="checkbox"/> Blødning over 1500 ml
<input type="checkbox"/> Overflytting til barneavdeling etter fødsel
<input type="checkbox"/> Ikke planlagt fødsel utenfor institusjon
<input type="checkbox"/> Andel fødsler uten inngrep
<input type="checkbox"/> Perinatale dødsfall
<input type="checkbox"/> Apgar score 3 etter 5 min og 4-6 etter 5 min

HF-ene har i noen grad kommenter og vurdert kvalitetsindikatorerne og måloppnåelse for de ulike fødeinstitusjonene. Det er gjort noen vurderinger av indikatorerne sett opp mot landsgjennomsnittet eller sammenlignbar fødeinstitusjon i Helse Nord.

Det er i varierende grad etablert systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet ved fødeinstitusjonene. Som et eksempel på

⁵ GynZone tilbyr e-læringskurs for studenter, jordmødre og leger.

⁶ Helse Nord's ledelses- og informasjonssystem.

organisering og oppfølging av kvalitet har Nordlandssykehuset innført en modell for systematisk gjennomgang av virksomheten. Det er et tett samarbeid mellom fødestue/fødeavdeling/kvinneklinikk i foretaket, blant annet gjennom eget fagråd. Kvinneklinikken i Bodø har ukentlige fellesmøter med alle fødeinstitusjoner i Nordland der også kvinneklinikkfunksjon for Helgelandssykehuset ivaretas.

Nordlandssykehuset har gjennomført en fagfelleevaluering av bruk av nødkeisersnitt ved fødestuen i Lofoten i 2024. Kvinneklinikken i Bodø leder også arbeidet i *Lokal perinatalkomite* der det gjøres systematiske gjennomganger etter kriterier for audit for Nordlandssykehuset og Helgelandssykehusets pasienter. «Råbra» konseptet er innført i Nordlandssykehuset, men er noe utfordrende å få i drift.

UNN Tromsø har etablert rutine «Plan for høy aktivitet» og «Trafikklysmoell». I januar 2025 starter også prosjekt «Triagering i obstetrikken». Implementeringen av triagesystemet i obstetrikken er basert på standardiserte seleksjonskriterier og Veileder i fødselshjelp og forventes å redusere ventetiden for akutte tilfeller, forbedre kvaliteten på fødselsomsorgen og optimalisere pasientsikkerheten.

Annet systematisk pasient- og kvalitetssikkerhetsarbeid som nevnes fra HF-ene er simuleringstrening, faste fagdager, Nyfødt BEST kurs, utdanning av ALSO instruktører og STAN sertifisering.

Organiseringen av fagområdet i Finnmarkssykehuset synes fragmentert. Mangel på felles ledelse av fagfeltet gir utfordringer med å ta beslutninger på tvers av fødeinstitusjonene i helseforetaket. Det er ingen faste strukturer for felles oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet. Det etterlyses også et tettere samarbeid med kvinneklinikken ved UNN.

På bakgrunn av diskusjon i workshopen bør HF-ene se nærmere på organiseringen av fødselsomsorgen. Kvinneklinikkens ansvar, og lederlinjene i og mellom de forskjellige nivåene, synes noe uklare.

Generelt oppgis marginal bemanning med begrenset tilgang til personell som den største risiko mht. til bærekraftig drift. Dyre løsninger for bemanning utfordrer den økonomiske bæreevnen og gir lite handlingsrom til andre aktiviteter, f.eks. nødvendig jobbutveksling og kompetanseheving.

Lavt antall fødsler gjør det utfordrende å vedlikeholde kompetanse, og nyutdannet personell bruker lang tid på å bli trygg i rollen. Jordmorutdanningen ved UIT har også redusert opptaket av antall studenter i 2024 fra 20 til 18 pga. mangel på praksisplasser i Helse Nord.

Kvinneklinikkene opplever økt press pga. endringer i fødepopulasjon. De viktigste endringene er økning i alder, høy KMI og økt andel gravide med ressurskrevende sykdommer. Det er også en økning av gravide med fødeland utenfor Norge.

3 Foreslåtte forbedringstiltak

Under oppsummeres ulike forbedringstiltak som fremkom under workshop og i de skriftlige tilbakemeldingene HF-ene har levert.

1. HF-ene bør ta initiativ til å etablere et strukturert samarbeid mellom kommunene og sykehus- f.eks. etablere faste møtearenaer hvor følgetjenesten og sambruk av jordmortjenester er tema. Ev. kan Helsefelleskapene benyttes som arena.
2. HF-ene bør ha årlig gjennomgang av følgetjenesteavtalene der blant annet forbedring og vedlikehold av kompetanse på fødselshjelp for de som inngår i tjenesten er tema.
3. RHF-et bør iverksette revisjon av regionale anbefalinger for organisering av følgetjeneste.
4. RHF-et bør gjennomgå dagens særfinansiering av følgetjenesten. Finansiering av tjenesten bør harmoniseres til HF-enes faktiske utgifter.
5. HF-ene bør fortsette dialogen med kommunene om sambruk av jordmortjenester og samarbeide om stillingsutlysninger.
6. HF-ene bør, i samarbeid med kommunene, utrede mulighet for samarbeid om felles utdanningsstillinger for jordmor.
7. HF-ene bør søke samhandlingsmidler til å finansiere utprøving av ulike samhandlingsmodeller.
8. HF-ene bør etablere praksis for å dokumentere poliklinisk konsultasjon etter utskrivelse i Dips og Partus.
9. HF-ene bør jobbe videre med å planlegge bemanning ut fra aktivitetsnivå⁷ og ha rutiner for å rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
10. HF-ene bør jobbe videre med å etablere system for hospiteringsordninger og jobbutveksling.
11. HF-ene bør bruke rapport i HN LIS som grunnlag for å vurdere forutsetninger for forsvarlig drift.
12. RHF-et bør utrede mulighet for å lage felles regionale kompetanseplaner for jordmødre.

Deltakerne i workshopen ble bedt om å gi tilbakemelding på hvilke fem tiltak som bør prioriteres i første omgang. Fremstilling av hvordan helseforetakene har prioritert gis i tabellen under:

⁷ [Godt planlagt](#)

Tiltak nr.	Hovedansvar	Rangering	HF
4	RHF	2,2,3	UNN, NLSH, HSYK
9	HF	3,1	UNN, NLSH
3	RHF	1,4	UNN, NLSH
12	RHF	3,4,4	NLSH, HSYK, FIN
5	HF	5	UNN
8	HF	4	UNN
11	HF	5	NLSH
10	HF	1, 3	HSYK, FIN
6	HF	2,2	HSYK, FIN
7	HF	5	HSYK
2	HF	1	FIN

Hørings svar FSU fødselsomsorg:

Hørings svar Rana Kommune:

Emne: SV: Høring – forslag om opprettelse av faglig samarbeidsutvalg (FSU) for svangerskap, fødsel og barselomsorg

Hei – hos oss er det oppvekst og kultursektoren som har ansvaret for barn- og unge, herunder også jordmortjenesten. Vi har sparret litt på morgenen her og vi i Rana mener det samme som vi har gjort i andre FSU-diskusjoner:

Vi tenker ikke at det er lurt å ha generelle faglige FSU'er uten tidsavgrensning. Dette selv om de skal rapportere jevnlig til SSU. Årsaken til vår mening om dette, er risikoen for at vi får en form for uformelt beslutningsorgan utenom linjeorganisasjonen. I tillegg, mener vi nå å ha erfaring med at det er vanskelig for slike FSU'er å finne sin form og sin egentlige oppgave.

Vi mener likevel at dette er et viktig fagområde som kommunene og sykehuset bør se på sammen. Rana kommune ønsker derfor at dette organiseres som et tidsavgrenset FSU, som analyserer området, finner forbedringspunkter og foreslår mulige løsninger eller prosesser for å komme fram til løsninger – f.eks. med frist 31.12.26. Så kan SSU nedsette et nytt FSU, eller evt. forlenge dette FSU'et for å sikre det videre arbeidet.

Oppsummert: Vårt forslag er at det opprettes et tidsavgrenset FSU for analyse og forslag til forbedringsområder og tiltak. SSU avgjør deretter hvilke forslag som tas videre og hvordan disse skal gjennomføres.

Om deltakelse fra Rana kommune; så blir det Anne Skar Gabrielsen som foreslås inn. Hun er kopiert på denne mailen og er leder for barne- og familieavdelingen hos oss.

Med vennlig hilsen



Sissel Karin Andersen
kommunaldirektør helse og mestring

Telefon: 75 19 43 45, mobil: 47 66 66 95

E-post: sissel.karin.andersen@rana.kommune.no

www.rana.kommune.no

Hørings svar Nesna kommune:

Nesna kommune stiller seg bak innspillet fra Rana kommune.

Vennlig hilsen



Elin C Volden Drijfhout

Kommunalleder, Helse og omsorg, Nesna kommune

Telefon: 47888095

Email: elidri@nesna.kommune.no

Movegen 24

8700 Nesna

www.nesna.kommune.no

Høringsinnspill Alstahaug kommune

Hei!

Ser veldig greit ut.

Et innspill ift Mandat for fødselsomsorg, punkt 4. Sammensetning. Her bør det også være en leder fra helsestasjon som har det overordnede ansvaret for fødselsomsorgen i kommunen. Det er gjerne en helsespl slik at det kan kombineres (leder/helsespl).

Med vennlig hilsen

Hilvi Emilsen

ledende helsesykepleier

Alstahaug kommune

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
22-2026	Drøftingssak	Strategisk samarbeidsutvalg	27.05.2026

Sak 22-2026: Desentralisert medisinutdanning på Helgeland - et samhandlingsprosjekt

Innstilling

1. Strategisk samarbeidsutvalg tar saken til drøfting
2. Strategisk samarbeidsutvalg gir prosjektleder tilbakemelding og kommentarer om videre arbeid og forankring av prosessen på Helgeland, spesielt med hensyn til kommunene
3. Strategisk samarbeidsutvalg ber om at saken løftes inn til SSU med en mer konkret plan for prosess og involvering i møtet i september 2026

Saksopplysninger:

Helgelandssykehuset har ansatt prosjektleder for desentralisert medisinutdanning, Kaja Skjefstad, og det er vedtatt å formelt starte opp en forberedelsesfase. Saken løftes nå i SSU for å etablere samarbeid med kommunene og fremme etablering av en prosjektorganisasjon med representasjon fra sykehuset, kommunene og primærhelsetjenesten.

Det har i mange år vært en intensjon å etablere desentralisert medisinutdanning for 6. studieår i Helgelandssykehuset. I forbindelse med økning i opptaket på medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø til 181 studenter, er behovet for økt desentralisering blitt ytterligere aktualisert.

Det ble i januar 2025 gitt oppdrag internt i UiT fra dekanen på Helsevitenskapelig fakultet om å utrede og anbefale hvordan UiT ved Helsefak i samarbeid med Helseforetakene i Helse Nord kan utvide det desentraliserte studietilbudet på 6. studieår med gode rammer og høy faglig kvalitet. UiT var på høringsbesøk i Helgelandssykehuset i september 2025. Vertskommunene var invitert og stilte med representasjon fra Vefsn og Alstahaug. Kommuneoverlegeforum var også representert i deler av møtet. Forutsetninger for mottak ble presentert og diskutert. I etterkant av møtet gjennomførte foretakene, Helse Nord RHF og UiT en felles risikovurdering av scenario for økt desentralisering. Her løftes etableringen av nytt studiested på Helgeland opp igjen, med forslag om at 18 studenter skal kunne ta sitt 6.studieår her fra 2030.

Opprinnelig skulle beslutningen om nye studiesteder tas i februar 2026. Beslutningen er utsatt. Først skal det faglige innholdet på 6. studieår revideres, og det skal gjennomføres ny risikovurdering høsten 2026. Endelig beslutning forventes vinteren 26/27 fra UiT.

Det er positive signaler fra universitetet når det gjelder etableringen av Helgeland som studiested for 6. året på medisinstudiet. I påvente av endelig avgjørelse fra universitetet har regionen nå en ypperlig mulighet til å klargjøre en solid prosjektorganisasjon som tilrettelegger for samarbeid og samhandling på tvers av helseforetaket, kommunene og primærhelsetjenesten. For å kunne tilby en desentralisert studiemodell her på Helgeland med høy kvalitet, og som samtidig dekker de omfattende læringsmålene sisteårsstudentene skal igjennom, er vi helt avhengig av å bruke hele regionen: alle sykehusets lokasjoner og alle samarbeidende kommuner. Kun da vil vi være i stand til å ta på oss denne forpliktelsen. Helgelandssykehuset har ansatt prosjektleder for desentralisert medisindanning, Kaja Skjefstad, og det er vedtatt å formelt starte opp en forberedelsesfase. I det videre arbeidet er en solid og bred forankring hos alle samarbeidende aktører viktig, og det er derfor ønskelig å etablere en prosjektorganisasjon med representasjon fra både helseforetak og kommunene. Kommunene inviteres i første omgang til å komme med innspill på representasjon til styringsgruppen for prosjekt desentralisert medisinstudium, forberedelsesfase.

Vurdering:

Dette prosjektet gir oss en gylden anledning til å rekruttere og utdanne leger som ønsker å jobbe i distrikt. Vi ser det som sentralt for å bidra til fremtidig rekruttering av leger til kommuner og til Helgelandssykehuset. Helgelandssykehuset er det eneste helseforetaket i Nord-Norge som ikke har desentralisert medisinstudium. Vi står dermed på utsiden av et av de sentrale rekrutterende tiltakene: lokal utdanning av leger [Westlie m.fl \(2021, Tidsskriftet for den norske legeforening\)](#). Det er bra at universitetet og Helse Nord RHF nå tar på alvor sitt ansvar med å sikre rekruttering av helsepersonell til hele landsdelen, også den sørlige. Dette handler i bunn og grunn om å utdanne legene der de trengs. Videre mener vi dette kan bidra til å løfte fagmiljøene våre ytterligere, og erfaringer fra Bodømodellen og Finnmarksmodellen understøtter dette.

Samhandlingen mellom Helgelandssykehuset, aktuelle samarbeidskommuner og fastleger på Helgeland er vesentlig for å lykkes med å tilby god kvalitet og relevans på 6.års medisindanning. Samhandling og samarbeid på tvers i helsetjenesten i regionen, er en sentral forutsetning for å lykkes med etablering av desentralisert medisindanning på Helgeland.

Helgelandssykehuset er klar på at vi ønsker å bidra i desentralisert medisindanning i Nord-Norge. Ønskemålet er å ta imot medisinstudenter (6.år) på Helgeland fra 2030. Videre er det sterkt ønskelig å forankre forberedelsesfasen for desentralisert medisindanning formelt i SSU, når tiden er moden for dette. Det signaliseres at saken vil komme tilbake til SSU 1. oktober 2026. Så snart mer informasjon fra UiT foreligger vil vi komme tilbake med en sak om status i arbeidet med desentralisert medisindanning. Da har vi en bedre forståelse av hvordan dette arbeidet kan tas videre på Helgeland.

Det er ønskelig med innledende kommentarer i SSU på hvordan et regionalt samarbeid om desentralisert medisindanning kan ivaretas og hvordan kommunene på best mulig måte involveres i arbeidet.

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
23-2026	Orienteringssak	Strategisk samarbeidsutvalg	27.05.2026

Sak 23-2026: Orientering fra møtet i Tildelingsutvalget

Rachel Berg orienterer fra møtet i Tildelingsutvalget 07.mai 2026

Helgeland har fått tildelt rekrutterings- og samhandlingstilskudd fra søknadsbasert ordning i Helse Nord til prosjektet *Høysensitivt troponin på Helgeland*.

I tillegg er prosjektet *Sikkerhetspsykiatrisk rehabilitering – ny tjenestemodell* som Helsefelleskap Helgeland gav sin tilslutning til søknaden, tildelt midler.

Nyhets sak på Helse Nord sin nettside: [Deler ut nye millioner i samhandlingsmidler - Helse Nord RHF](#)

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
24-2026	Orienteringssak	Strategisk samarbeidsutvalg	27.05.2026

Sak 24-2025: Orienteringer fra sekretariatet

- Besøk fra Helsedirektoratet,
- Samhandlingskonferansen 2026,
- Helseledernetverket behandler riksrev.rapport Helsetjenestens samhandling om eldre
- Oppfølging av sak 09-2026: Oppnevning av representanter FSU for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling- voksne og FSU psykisk helsevern - forløp barn og unge

Saksfremlegg

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
25-2026	Eventuelt	Strategisk samarbeidsutvalg	27.05.2026

Sak 25-2026: Eventuelt