

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

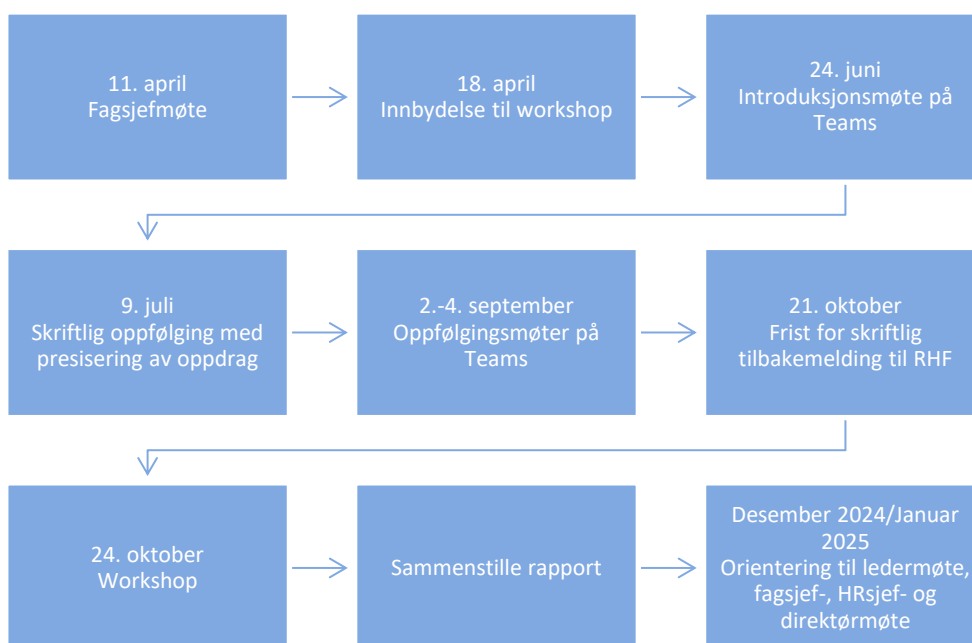
1.	Innledning.....	3
1.1	Tidslinje for arbeidet.....	3
2.	Oppdrag fra styringskrav og rammer	4
2.1	Gjennomgå og vurdere de konkrete forbedringstiltakene som er foreslått i Helsedirektoratets rapport, og sette i verk tiltak for å forbedre følgetjenesten for gravide. Følge opp anbefalinger fra Helsedirektoratets 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)

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 døgkontinuerlig 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 kostnadskrevende. 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 utskriving

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 utskriving. 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 utskriving 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 utskriving.

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 Kvinneklubben 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 sør* 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 «Trafikklysmodeell». 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. Kvinneklinikkenes 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