

Nasjonal evaluering av dagens følgetjeneste for gravide med fokus på kvalitet, nytteeffekt og ressursbruk.

Et interregionalt prosjekt

25. november 2025

Forord.....	3
Sammendrag	4
1.0 Innledning.....	5
1.1 Oppdraget – Oppdragsdokument 2024	5
1.2 Organisering av prosjektet	5
1.3 Valg av respondenter på spørreundersøkelsene	6
1.4 Avgrensninger av prosjektet	7
2.0 Dagens følgetjeneste.....	8
2.1 Om følgetjenesten - bakgrunn og utvikling.....	8
2.2 Felles trekk og regionale forskjeller	9
2.3 Organisering av følgetjenesten i Helse Nord RHF	10
2.4 Organisering av følgetjenesten i Helse Sør-Øst RHF	11
2.5 Organisering av følgetjenesten i Helse Midt-Norge RHF	12
2.6 Organisering av følgetjenesten i Helse Vest RHF	12
3.0 Effektmål og resultatmål for evalueringen	13
4.0 Prosjektets spørreundersøkelser	15
4.1 Svarprosent og representativitet	15
4.2 Funn knyttet til effektmål og resultatmål	21
5.0 Evaluering av følgetjenesten	39
5.1 Metode for evalueringen	39
5.2 Kvalitet i følgetjenesten	39
5.3 Nytteeffekt for gravide med rett til følgetjeneste	42
6.0 Faglige innspill fra kommuner med følgetjeneste og helseforetak	44
Referanser	47
Oversikt over deltakere i styringsgruppe og prosjektgruppe	48
Vedlegg 1 Kunnskapsgrunnlag om kvalitet og nytteeffekt av følgetjenesteordningen – Menon Economics	
Vedlegg 2 Faglige innspill fra helseforetak og kommuner hvor gravide har lang reisevei	



Forord

Denne rapporten er resultatet av et interregionalt oppdrag gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet til RHF-ene i 2024 om å evaluere dagens følgetjeneste for gravide med lang reisevei til fødested.

Evalueringen er gjennomført med Helse Midt-Norge RHF som prosjektleder, og bygger på innspill fra både helseforetak, kommuner, konserntillitsvalgt, brukerrepresentanter og fagpersoner.

Formålet med evalueringen har vært å vurdere kvalitet, nytteeffekt og organisering av følgetjenesten, med særlig fokus på trygghet, medisinsk forsvarlighet og likeverdighet i tilbudet. Arbeidet er basert på spørreundersøkelser, faglige innspill og prosjektgruppens erfaringer.

Vi takker alle som har bidratt med kunnskap, erfaringer og innspill i arbeidet med rapporten.

Trude Basso

Styringsgruppeleder

Direktør for medisin og helsefag

Helse Midt-Norge RHF



Sammendrag

Følgetjenesten tilbyr både en døgnkontinuerlig vaktberedskap, vurderingskompetanse og følge til fødeinstitusjon for gravide og fødende med mer enn 90 minutter reisevei til nærmeste fødested. Det utføres en kvalifisert faglig vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for følge. I en utredning om konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei fra Helsedirektoratet ble flere forbedringsforslag lagt frem. Samtidig ble det besluttet å gjennomføre en evaluering av ordningen.

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2024, ble de regionale helseforetakene gitt i oppdrag å gjennomføre en nasjonal evaluering av følgetjenesten for gravide. Evalueringen tar for seg kvalitet og nytteeffekt ved ordningen, det interregional fagdirektørmøte vedtok at kartleggingen av ressursbruken som ble gjort i 2024 er tilfredsstillende. Verken bruk av, eller tilfredshet ved tjenesten er systematisk registrert per i dag. Manuell innsamling av journaldata og retrospektiv datainnsamling ble vurdert for ressurskrevende for oppdraget og det ble derfor gjennomført spørreundersøkelser. Det bør innføres systematisk dokumentasjon av følgetjenesten for å styrke kvaliteten, sikre kontinuiteten og utvikling over tid.

Evalueringen viser at følgetjenesten i stor grad oppleves som en trygg og tilgjengelig ordning for gravide med lang reisevei til fødested. Brukerne uttrykker høy grad av tilfredshet, særlig knyttet til opplevd trygghet og tilgjengelighet. Flertallet av respondentene vurderer tjenesten som velegnet for å ivareta medisinsk forsvarlig behandling av fødende med lang reisevei og anses som et viktig tiltak for å sikre et likeverdig og forsvarlig fødetilbud. Rapporten er ingen objektiv forsvarlighetsvurdering, men heller en subjektiv opplevelse av gitt tilbud.

Resultatene viser at følgetjenesten i hovedsak er godt organisert og har tilstrekkelig kapasitet der den er etablert. Det er identifisert enkelte utfordringer knyttet til organisering og finansiering, dette varierer mellom helseforetakene. Inngåelse av samarbeidsavtaler mellom aktører fremstår som et avgjørende moment. Funnene peker også på at tilgang på helsepersonell kan utfordre tjenestens bærekraft, og at det i liten grad foreligger planer for kompetanseheving og akuttmedisinsk trening.

Noen av svarene fra de gravide kan gi inntrykk av at informasjonen til gravide om følgetjenesten har et forbedringspotensial.

Prosjektgruppen er kjent med at det mangler gyldige samhandlingsavtaler om følgetjeneste mellom enkelte helseforetak og kommuner. Oversikt over hvilke alternative løsninger som benyttes er noe uklart. Alternative løsninger, som hotellopphold, vurderes som hensiktsmessige supplement eller alternativer til følgetjenesten. Hotellopphold som alternativ til følgetjeneste synes å være noe ulikt organisert og svar fra noen kvinner gir uttrykk for at ikke alle utgifter refunderes.



Samlet sett fremstår følgetjenesten som et viktig virkemiddel for å sikre trygghet og likeverd i fødetilbudet for kvinner med lang reisevei.

1.0 Innledning

1.1 Oppdraget – Oppdragsdokument 2024

Helsedirektoratet publiserte i mars 2024 rapporten “Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei”. Rapporten anbefalte at nåværende grense på 90 minutter opprettholdes, men foreslo flere forbedringstiltak. I tillegg anbefalte den at det skulle gjennomføres en evaluering av dagens ordning.

Oppdraget om å gjennomføre evaluering av dagens ordning ble gitt i 2024 via Oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene:

De regionale helseforetakene skal følge opp anbefalingene fra Helsedirektoratets rapport: «Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei».

De regionale helseforetakene skal:

Gjennomføre en nasjonal evaluering av følgetjenesten for gravide, der kvalitet, nytteeffekt og ressursbruk evalueres. Helse Midt-Norge RHF leder arbeidet.

1.2 Organisering av prosjektet

Oppdraget ble organisert som et prosjekt med en styringsgruppe og en prosjektgruppe. Interregionalt fagdirektørmøte godkjente organisering, plan og mandat 22. april 2024. Mandatet ble oppdatert av styringsgruppen 10. februar 2025. Styringsgruppen har hatt ansvar for å styre prosjektet og prosjektgruppen har gjennomført evalueringen.

Styringsgruppen besto av det interregionale fagdirektørmøtet utvidet med brukerrepresentant, konserntillitsvalgte og kommunale representanter oppnevnt av Kommunenes Sentralforbund. Prosjektgruppen besto av deltakere oppnevnt fra hvert regionale helseforetak (RHF), brukerrepresentant, konserntillitsvalgte og kommunale representanter oppnevnt av Kommunenes Sentralforbund. Se oversikt vedlagt rapporten.

Helsedirektoratets rapport “Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei” fra 2024 tok for seg forekomsten av uplanlagte fødsler utenfor institusjon og gjorde en vurdering av litteraturfunn på utfall for mor og barn.



Tidlig i prosjektet ble det vurdert å gjøre en prospektiv datainnsamling, men tidsrammen for oppdraget tillot ikke dette. Evalueringen er derfor gjort på retrospektive data, noe styringsgruppen har godkjent som tilstrekkelige for formålet. Eventuelle analyser av fødselsutfall ville kreve et mer omfattende datagrunnlag enn det som var tilgjengelig, og ble derfor utelatt. Det finnes heller ingen systematisk registrering av bruk av følgetjenesten per i dag, som kunne gitt en samlet oversikt over bruken verken i helseforetak, på kommunalt nivå eller nasjonalt. Manuell journalgjennomgang nasjonalt ble vurdert for ressurskrevende, i og med at man må gjøre oppslag i hver enkelt journal. Det ble derfor bestemt at det skulle samles inn nødvendig data gjennom spørreundersøkelse.

Etter en minianbudsrunde ble Menon Economics engasjert for å bidra med nødvendig faglig støtte til analysemetodikk, utvikling og distribusjon av spørreundersøkelser, samt gjennomføring av analysearbeidet. Deres rapport med kunnskapsgrunnlaget er vedlagt rapporten. Egne spørreskjemaer for hver gruppe ble utarbeidet for å sikre relevant informasjon. Skjemaene ble utviklet av Menon Economics i samarbeid med prosjektgruppen, disse ligger vedlagt i rapporten fra Menon.

Etter sammenstilling av evalueringen ble rapporten sendt helseforetak og aktuelle kommuner i Norge for faglige innspill. Kapittel 6.0 er en oppsummering av innspillene. Alle innspill er samlet i et eget vedlegg til rapporten.

1.3 Valg av respondenter på spørreundersøkelsene

For å kunne gjøre en tilstrekkelig evaluering av følgetjenesten ønsket prosjektgruppen å inkludere informasjon både fra de som organiserer /administrerer tjenesten, de som jobber i den, og gravide med rett på følgetjeneste.

Organisering av følgetjenesten er komplisert, og plasserer seg i krysningspunktet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det foreligger et felles "sørge-for" ansvar mellom forvaltningsnivåene, men det økonomiske ansvaret er lagt til spesialisthelsetjenesten. Det er utfordrende å få oversikt over bruk av tjenesten, dokumentasjon er ikke standardisert og derfor svært krevende å hente ut. Eventuelt bruk av følgetjeneste registreres ikke i eksisterende kvalitetsregistre.

På bakgrunn av prosjektets målsetting er evalueringen basert på egenutviklede spørreundersøkelser rettet mot følgende grupper:

- Representanter for de som arbeider i følgetjenesten.
- Representanter for de som organiserer følgetjenesten, både i primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Gravide med rett til følgetjeneste, både de som har benyttet tjenesten og de som ikke har gjort det.



Innsamling av kontaktinformasjon til respondenter

Til de som organiserer tjenesten og de som er ansatt i tjenesten

Prosjektgruppen har innhentet kontaktinformasjon til relevante personer i helseforetak og kommuner i sine respektive regioner.

Med «*de som organiserer tjenesten*» menes i hovedsak ledere ved klinikker med ansvar for følgetjenesten, samt ansvarlige for jordmørtjenesten i den aktuelle kommunen.

Med «*de som jobber i tjenesten*» har man tilstrebet å innhente kontaktinformasjon til alle jordmødre, samt andre fagpersoner med en definert rolle knyttet til følgetjenesten. Leder for prehospital tjeneste med tilknytning til følgetjenesten har også mottatt spørreskjema.

Til gravide med rett på følgetjeneste

Kvinner over 18 år som fødte et levendefødt barn i 2024, og som var bosatt i kommuner med lang reisevei til nærmeste fødested, fikk tilsendt spørreskjema via HelseNorge.no.

1.4 Avgrensninger av prosjektet

Ressursbruk tatt ut av oppdraget

Ressursbruk (både jordmorårsverk og økonomi) ved nåværende ordning er estimert i Helsedirektoratets rapport "Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei" fra 2024¹. Det ble derfor avklart i interregionalt fagdirektørmøte 22. april 2024 at det var unødvendig å gjøre denne vurderingen på nytt i dette evalueringsarbeidet.

Rapporten estimerte en samlet årlig kostnad knyttet til det nåværende tilbudet om følgetjeneste på 82,2 millioner kroner ved en tidsgrense på 90 minutter reisevei. Kostnadene var summen av den døgkontinuerlige vaktberedskapen, prehospitaltjenester og det man kjenner til av alternative tjenester. I arbeidet med rapporten fant man at døgkontinuerlig beredskap krevde ca. 67 (51-83 årsverk, 80% KI) jordmorårsverk. Dette utgjør omtrent 85% av kostnadene angitt over.

¹ Helsedirektoratet (2024): Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei



Hva, eller hvem omfattes ikke av prosjektet?

Gravide som transporteres mellom ulike nivå i tjenesten, f.eks. overflytting mellom fødestue og kvinneklinikk omfattes ikke av undersøkelsen.

Prosjektgruppen er også kjent med at følgetjenesten benyttes pragmatisk, basert på klinisk vurdering, og ikke utelukkende etter avstandskriteriet. For å evaluere tjenesten i tråd med dens opprinnelige intensjon, er gravide med under 90 minutters reisevei til fødested ikke inkludert i analysen.

Etter etiske vurderinger ble det ikke sendt skjema i tilfeller hvor kvinnen og/eller barnet er registrert med dødsdato.

2.0 Dagens følgetjeneste

2.1 Om følgetjenesten - bakgrunn og utvikling

Ulike former for følgetjeneste for gravide med lang reisevei til fødested har vært praktisert i mange tiår i Norge.² Før 2010 ble det stort sett vurdert som kommunenes ansvar. Fra 2010 ble ansvaret, på linje med annen akutt transport, lagt til RHF-ene. Endringen kom med Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009), hvor 90 minutters reisevei til fødested ble foreslått som en veiledende grense for rett til følgetjeneste i forbindelse med fødsel. Stortingsmeldingen refererte til Nasjonalt råd for fødselsomsorg som pekte på at følgetjenesten har to hovedhensikter; å sikre medisinsk faglig forsvarlighet og å skape trygghet for den gravide underveis til fødeinstitusjon. De mente at følgetjenesten må ha kompetanse i grunnleggende fødselshjelp. Rådet anbefalte at det ble organisert følgetjeneste der hvor det var reisevei utover halvannen times reisevei til fødested, og at regionalt helseforetak må ta ansvar for denne tjenesten på linje med ambulansetjenesten. Den praktiske gjennomføringen ble for eksempel foreslått som samarbeid mellom en eller flere kommuner og med helseforetak³. Disse endringene ble videre implementert i "Et trygt fødetilbud, kvalitetskrav til fødselsomsorgen (2010).

I nasjonal helse og samhandlingsplan for 2024-2027 omtales følgetjenesten som en del av regjeringens politikk for å tilby et helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barseltilbud, der likeverdige tjenester uavhengig av bosted, er ett av flere mål.⁴

² Helsedirektoratet (2010): Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen 12/2010

³ Helse- og omsorgsdepartementet (2009) St.meld. nr. 12 (2008-2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2024): Meld St. 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Vår felles helsetjeneste



Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen fra 2024 understreker at helsepersonell i følgetjenesten skal gjøre en kvalifisert faglig vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for følge til fødestedet. Retningslinjen viderefører anbefalingen om døgkontinuerlig beredskap og følgetjeneste for gravide med over 1,5 timers reisevei, med mindre alternative løsninger er etablert.⁵

I 2024 kom også Helsedirektoratets utredning "Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei". Denne anbefaler å beholde dagens grense på 90 minutter, men peker på behov for forbedringer og foreslår blant annet at det gjennomføres en evaluering av dagens ordning før eventuelle endringer gjennomføres.

Grensen på 90 minutter ses på som en veiledende grense og beregnes ut fra faktisk bosetting, ikke ut fra kommunesenter. Utredningen viste at det er store variasjoner i organiseringen av følgetjenesten, både mellom og innenfor helseregionene.⁶

2.2 Felles trekk og regionale forskjeller

Felles elementer i organiseringen.

Det er etablert en, eller flere former for følgetjeneste i alle helseregioner, og alle har mål om døgkontinuerlig beredskap for gravide med mer enn 90 minutters reisevei. Alternative løsninger, som hotellopphold, benyttes i stor grad der døgberedskap ikke er mulig. Mange helseforetak har fungerende samarbeidsavtaler med kommunene, selv om ikke disse ikke alltid er revidert etter plan. Følgetjenesten utføres i stor grad av jordmødre, men annet helsepersonell, som ambulanse og legevakt er involvert ved behov.

Regionale forskjeller

Det er betydelige variasjoner mellom regionene når det gjelder organisatoriske modeller, se under for beskrivelse for hver region.

Økonomi

Ulike tariffområder gir variasjon i avlønning av jordmødre. Avlønning av vaktberedskap praktiseres også ulikt. Helseforetakene dekker kostnadene for gravide som får tilbud om hotellopphold i påvente av fødsel i ulik grad. Hvorvidt tjenesten finansieres som en del av rammen eller er særfinansiert varierer mellom de ulike regionene. Det er utfordrende å holde oversikt over utgiftene knyttet til ordningen, særlig der finansiering er lagt som en del av rammen.

⁵Helsedirektoratet (2024): Fødselsomsorgen - Nasjonal faglig retningslinje.

⁶Helsedirektoratet (2024): Konsekvensene av en anbefaling av om følgetjeneste ved over en times reisevei



Dokumentasjonssystemer

Primær- og spesialisthelsetjenesten har tradisjonelt hatt ulike dokumentasjonssystemer. Det finnes ikke standardisert form for dokumentasjon for arbeid utført i følgetjenesten, og hvorvidt aktivitet dokumenteres i primær- eller spesialisthelsetjenesten varierer. Dette utfordrer også muligheten for å følge aktiviteten i tjenesten. Alle aktører har dokumentasjonsplikt og må journalføre de vurderinger og behandlinger som er gitt i sine systemer, men dette er ikke informasjon som samles inn systematisk. Det er i mindre grad egnet for kommunikasjon på tvers av nivåene, og er slik det er i dag ikke egnet for aktivitetsregistrering. Noen områder har tilgang til felles IKT system som benyttes av personell som jobber på begge i nivåene i helsetjenesten. Helsekort for gravide er ingen pasientjournal, det er kvinnens eiendom.

Bemanning

Alle regioner rapporterer om sårbarhet ved rekruttering av jordmødre, og utfordringer med driften ved fravær og ferieavvikling. Hvordan dette arter seg varierer på tvers av- og innad i regioner. Ulike strategier for avlønning og administrative ordninger er sannsynlig nødvendig, men utfordrer utforming av tjenesten i en del områder.

2.3 Organisering av følgetjenesten i Helse Nord RHF

Overordnet modell og ansvar

Følgetjenesten i Helse Nord organiseres av fire helseforetak, Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. Fødetilbudet består av 14 fødeinstitusjoner fordelt på 5 fødestuer, 7 fødeavdelinger og 2 kvinneklinikker.

Styresak 121/2012 Implementering av nasjonale kvalitetskrav til fødselsomsorgen i Helse Nord ⁷ gir føringer for organisering av følgetjenesten.

Organisatoriske løsninger

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

- Kommuner med >10 fødsler/år: Interkommunalt vakt samarbeid, ofte med jordmødre fra fødestuer.
- Kommuner med 5–10 fødsler/år: Lokalt tilgjengelige ressurser som legevakt og ambulansetjeneste benyttes.
- Kommuner med ≤5 fødsler/år: Behovsuttøst beredskap, f.eks. jordmor i vakt fra X dager før termin.
- Alternative løsninger: Opphold nært fødested før fødsel, personlig avtale om følge.

⁷ Styresak 121/2012 Implementering av nasjonale kvalitetskrav til fødselsomsorgen i Helse Nord



- Transport for risikogravide: Planlagt innleggelse ved fødeinstitusjon, vurdert individuelt.

Kriterier for tilbud

Tilbudet gis til gravide med mer enn 90 minutters reisevei, men også til enkelte med kortere reisevei etter faglig vurdering. Følgetjenesten aktiveres basert på klinisk behov, ikke bare avstand. Gravide informeres om tilbudet av jordmor eller lege i svangerskapsomsorgen.

2.4 Organisering av følgetjenesten i Helse Sør-Øst RHF

Overordnet modell og ansvar

Følgetjenesten i Helse Sør-Øst organiseres av fire helseforetak: Sykehuset Innlandet, Sykehuset Telemark, Sørlandet sykehus og Vestre Viken. Disse har til sammen 12 fødeinstitusjoner fordelt på tre nivåer: fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker. Ansvarsfordelingen varierer, men helseforetakene har det overordnede ansvaret, ofte i samarbeid med kommunene.

Organisatoriske løsninger

Det benyttes flere modeller:

- Avtaler med kommuner: Helseforetakene refunderer kostnader eller kjøper beredskap og følgetjeneste fra kommunalt ansatte jordmødre.
- Felles jordmorbase: Brukes blant annet i Sykehuset Innlandet og Sykehuset Telemark.
- Interkommunalt samarbeid: Særlig utbredt i Sørlandet, Telemark, Innlandet og Vestre Viken.
- Behovsutløst beredskap: Benyttes ved Sørlandet sykehus og Sykehuset Innlandet.
- Utleie av helseforetakets jordmødre: Til kommuner, der de ivaretar både svangerskapsomsorg og følgetjeneste.
- Hotellopphold som alternativ: Tilbys ved lang reisevei, blant annet ved Sørlandet sykehus.
- Følgetjeneste via AMK/legevakt: Ivaretar tjenesten deler av døgnet.

Kriterier for tilbud

Alle fødende med over 90 minutters reisevei har enten tilbud om følgetjeneste eller alternative tiltak som hotellopphold. Det stilles ingen krav til antall gravide i kommunen for at tjenesten skal opprettholdes.



2.5 Organisering av følgetjenesten i Helse Midt-Norge RHF

Overordnet modell og ansvar

Følgetjenesten i Helse Midt-Norge organiseres av tre helseforetak: St. Olavs hospital, Helse Møre og Romsdal, og Helse Nord-Trøndelag. Disse har til sammen 6 fødeinstitusjoner, fordelt på to nivåer: fødeavdelinger og kvinneklinikk. Ansvarsfordelingen skjer i samarbeid med kommunene, og tjenesten organiseres både internt i helseforetakene og gjennom avtaler med en eller flere kommuner i samarbeid.

Organisatoriske løsninger

Det benyttes flere modeller:

- Avtaler med kommuner: Kommunalt ansatte jordmødre inngår i vaktberedskap, enten i egen kommune eller i interkommunalt samarbeid, og helseforetaket dekker kostnadene.
- Vaktberedskap i kommunesammenslutninger: Jordmødre ansatt ved sykehus har beredskap nær eget bosted som del av stillingen.
- Avtaler mellom helseforetak: Bruk av nærliggende følgetjeneste fra annet HF.
- Behovsutløst beredskap: Benyttes i enkelte kommuner
- Møtetjeneste fra sykehus brukes i enkelte kommuner
- Alternative løsninger: Overnatting på pasienthotell eller annen egnet innkvartering nært fødested fra ca. to uker før termin.
- Samarbeid med Prehospitale tjenester: Følgetjenesten utføres i samspill med ambulansetjenesten, enten med jordmor som følge, eller med ambulanse alene.

Kriterier for tilbud

Tilbudet gis til gravide med mer enn 90 minutters reisevei. Det er ikke oppgitt spesifikke krav til antall fødsler i kommunen. Man har operert med en veiledende grense på 25 fødsler/ år som krav for døgnkontinuerlig beredskap. Tjenesten tilpasses lokale behov og tilgjengelige ressurser.

2.6 Organisering av følgetjenesten i Helse Vest RHF

Overordnet modell og ansvar

Følgetjenesten i Helse Vest organiseres av fire helseforetak, Helse Bergen, Helse Førde, Helse Fonna og Helse Stavanger. Regionen har til sammen seks fødeinstitusjoner fordelt på to nivåer: fødeavdelinger og kvinneklinikker. Organiseringen varierer, men helseforetakene har det overordnede ansvaret og inngår avtaler med kommuner om beredskap og tjenestetilbud.



Organisatoriske løsninger

Det benyttes flere modeller:

- Samarbeidsavtaler med enkeltkommuner eller interkommunalt samarbeid, hvor sykehuset dekker kostnad til jordmorårsverk, eller deler av det for å dekke beredskap
- Tilbud om pasienthotell eller hotellopphold nært fødested, noe før fødsel der man ikke har følgetjeneste
- Følgetjeneste ivaretatt av Legevakt og ambulanse
- Barselavdelinger med beredskap og ansvar for følgetjeneste.
- Møtetjeneste, med møte fra jordmor inne på sykehuset etter individuell vurdering.

Kriterier for tilbud

Tilbudet gis til gravide med mer enn 90 minutters reisevei. Et rundskriv fra Helse Vest RHF til HF Førde, Fonna og Bergen i 2012 anbefaler etablering av døgnberedskap ved ca. 50 fødsler per kommune.

Ved færre fødsler anbefales alternative løsninger som hotellopphold og bruk av ambulansetjeneste/legevakt.

3.0 Effektmål og resultatmål for evalueringen

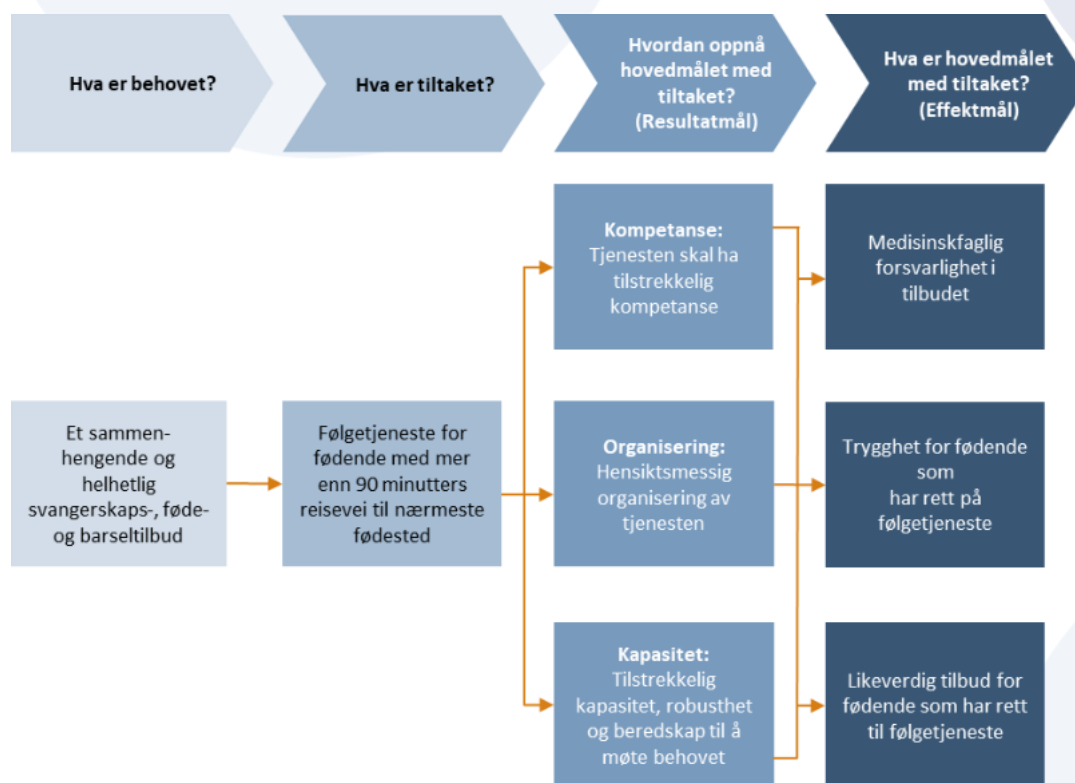
Kvalitet på og nytteeffekt av dagens følgetjeneste var fokusområdene prosjektgruppen skulle evaluere. For å konkretisere disse i evalueringen, ble det utarbeidet tydelige effekt- og resultatmål. Disse målene danner også grunnlaget for utformingen av måleindikatorer og spørreundersøkelsene som inngikk i evalueringen.

Følgende effektmål for evaluering av følgetjenesten ble definert:

- At den sikrer trygghet for de fødende som har rett på tjenesten
- At den ivaretar medisinsk forsvarlighet for de gravide
- At den bidrar til et likeverdig tjenestetilbud til de gravide med rett på tjenesten.

Videre definerte prosjektgruppen konkrete resultatmål som ville bidra til å nå effektmålene. Dette er illustrert i figuren 22, som gir en skjematisk fremstilling av målstrukturen i prosjektet.





Figur 22: Oppsummering av resultat- og effektmål knyttet til følgetjenesten i en årsak-virkningskjede.

Resultatmålene som prosjektgruppen har definert beskriver forutsetningen for at følgetjenesten skal oppfylle de definerte effektmålene.

Tilstrekkelig kompetanse kan være et speil på medisinsk forsvarlighet. Tjenesten skal opprettholde høy medisinsk standard som innebærer at helsepersonell har den nødvendige kompetansen og evne til å håndtere en fødsel og komplikasjoner også når det er langt til sykehus. Dette krever både formell utdanning og kontinuerlig faglig oppdatering og tilstrekkelig med ressurser til å møte etterspørselen i tjenesten.

Tjenesten skal bidra til trygghet før og under fødsel for gravide med lang reisevei. En hensiktsmessig organisering og god tilgjengelighet er avgjørende for å oppnå målet.

Følgetjenesten må være robust og dimensjonert i tråd med faktisk etterspørsel, slik at gravide med rett på tjenesten får et likeverdig tilbud uavhengig av geografisk bosted. Med likeverdig tilbud tolker prosjektgruppen det som at befolkningen rundt om i landet har tilgang på tilsvarende helsetjenester. Det betyr ikke nødvendigvis at organisering av helsetjenesten der man bor er helt lik som i andre kommuner eller regioner. Likeverdighet kan, slik prosjektgruppen ser det, oppnås på ulike måter, tilpasset individuelle behov hos den gravide og lokale forhold.

Bruk av måleindikatorer i prosjektet

Måleindikatorer ble utviklet for å gi et systematisk grunnlag for å vurdere i hvilken grad følgetjenesten oppfyller de definerte effekt- og resultatmålene. De gir konkrete parametere for å måle kvalitet og nytteeffekt, og har vært sentrale i utformingen av spørreundersøkelsene rettet mot helsepersonell, administratorer og fødende.

Indikatorene er tilpasset ulike respondentgrupper og dekker flere dimensjoner av tjenesten, inkludert opplevd kvalitet, organisering, kapasitet, kompetanse og geografisk variasjon. De fungerer som et bindeledd mellom målsettingene og den praktiske evalueringen, og bidrar til å identifisere både styrker og forbedringsområder i tjenesten.

For en fullstendig oversikt over hvilke måleindikatorer som er utviklet og hvordan de er brukt, se vedlegg i rapporten fra Menon Economics.

4.0 Prosjektets spørreundersøkelser

Alle funn, tabeller og spørreskjema er hentet fra Menons Economics rapport «Kunnskapsgrunnlag om kvalitet og nytteeffekt av følgetjenesteordningen», se vedlegg.⁸ Under følger prosjektgruppens oppsummering. Figurnavnene som er brukt i oppsummeringen er hentet fra Menon Economics rapport.

4.1 Svarprosent og representativitet

Helsepersonell som jobber i følgetjenesten

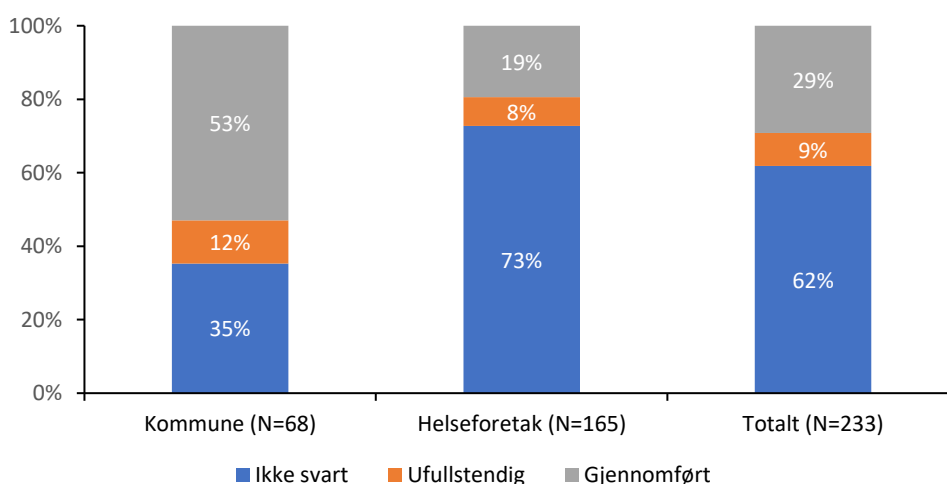
Svarprosent

Spørreundersøkelsen til helsepersonell som jobber i følgetjenesten ble sendt ut til totalt 233 personer. Dette inkluderer både helsepersonell som jobber i følgetjenesten i kommunen og i helseforetak. Av disse var det 68 som besvarte hele spørreundersøkelsen, noe som tilsvarer 29 prosent av de som mottok spørreundersøkelsen (figur 31). Prosjektgruppen er kjent med at noen av de som fikk spørreundersøkelsen tilsendt satt sammen og svarte på et skjema, dette påvirker svarprosenten noe. Det ble totalt purret tre ganger.

⁸Menon Economics (17.09.2025): Kunnskapsgrunnlag om kvalitet og nytteeffekt om følgetjenesteordningen



Figur 31: Svarstatus blant ansatte i kommuner og helseforetak.



Kilde: Spørreundersøkelse til helsepersonell som jobber i følgetjenesten.

Representativitet

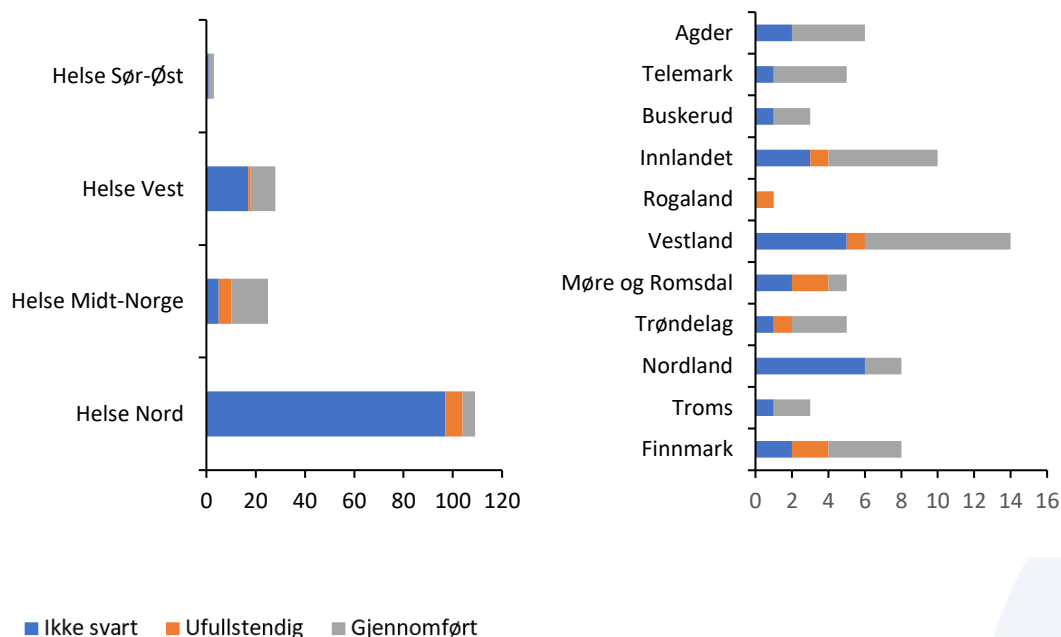
Prosjektgruppen vurderer at undersøkelsen fikk god representativitet både blant ansatte i kommuner og i helseforetak. Svarprosenten blant de som jobber i kommunen er 53 prosent, mens den er lavere for de som jobber i helseforetakene, med 19 prosent. En medvirkende årsak til den lavere svarprosenten blant ansatte i helseforetakene er at undersøkelsen ved en feil ble sendt til alle ambulansesarbeidere i Nordland, og at mange av disse ikke har svart på undersøkelsen. Ser man bort fra disse er svarprosenten over 50 prosent også for helseforetakene.

Figur 32 viser den geografiske fordelingen blant respondentene. Som figurene illustrerer er respondentene godt fordelt geografisk, både mellom helseforetakene og fylkene.⁹

⁹ I Rogaland er det ingen som har fullført hele undersøkelsen, men flere ufullstendige besvarelser. Svarene fra de ufullstendige besvarelsene inngår i analysen.



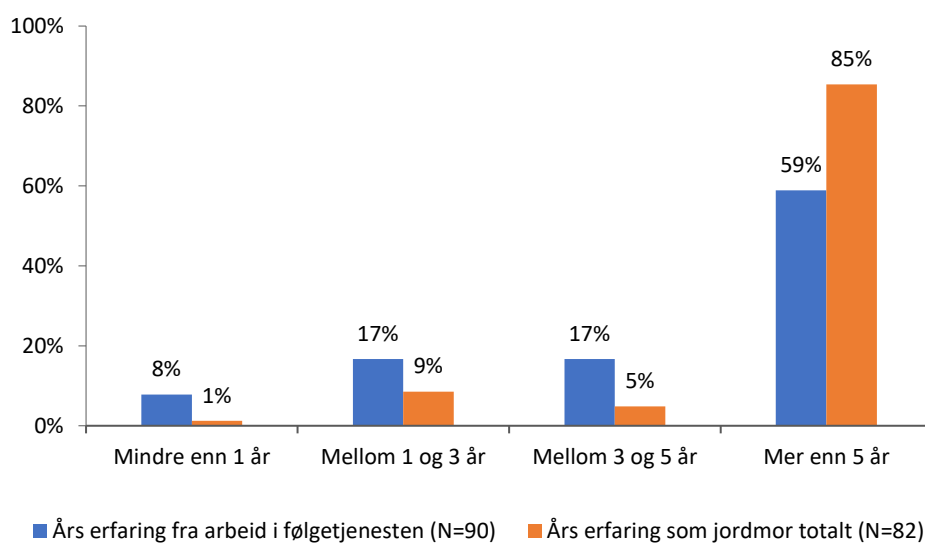
Figur 32: Svarstatus fordelt geografisk for de som er ansatt i et helseforetak (t.v.) og de som er ansatt i en kommune (t.h.), oppgitt i antall ansatte. N = 165 og 68.



Kilde: Spørreundersøkelse til helsepersonell som jobber i følgetjenesten.

Retten over 90 prosent av de som har besvart undersøkelsen er jordmødre. Flertallet av jordmødrene har lang erfaring som jordmor og fra følgetjenesten (Figur 33).

Figur 33: Svar på spørsmålene: «Hvor mange års erfaring har du fra arbeid i følgetjenesten?» og «Hvor mange års erfaring har du som jordmor totalt?».



Kilde: Spørreundersøkelse til helsepersonell som jobber i følgetjenesten.

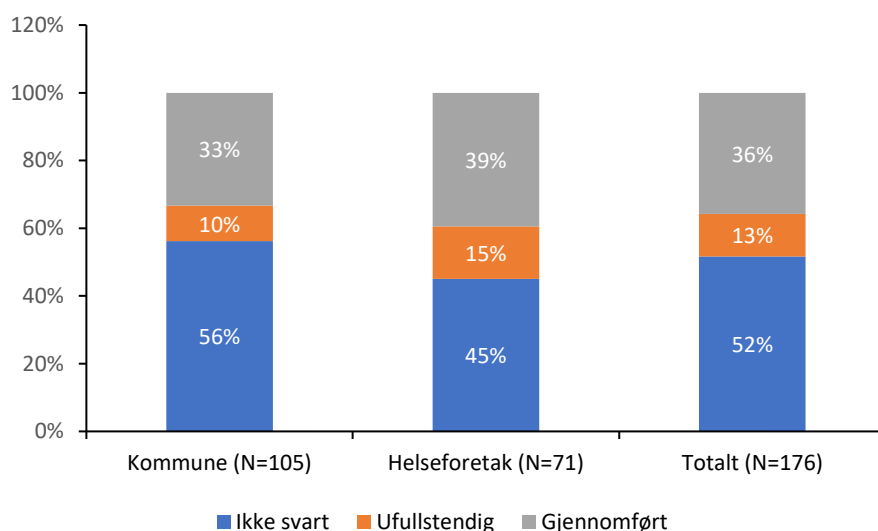


De som organiserer /administrerer tjenesten

Svarprosent

Spørreundersøkelsen til de som organiserer/administrerer følgetjenesten ble sendt ut til totalt 176 personer. Dette inkluderer både ansatte i kommuner og i helseforetak. Totalt har undersøkelsen blitt gjennomført av 63 ansatte, noe som tilsvarer 36 prosent av de som har mottatt spørreundersøkelsen (figur 34).

Figur 34: Svarstatus blant ansatte i kommuner og helseforetak.



Kilde: Spørreundersøkelse til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.

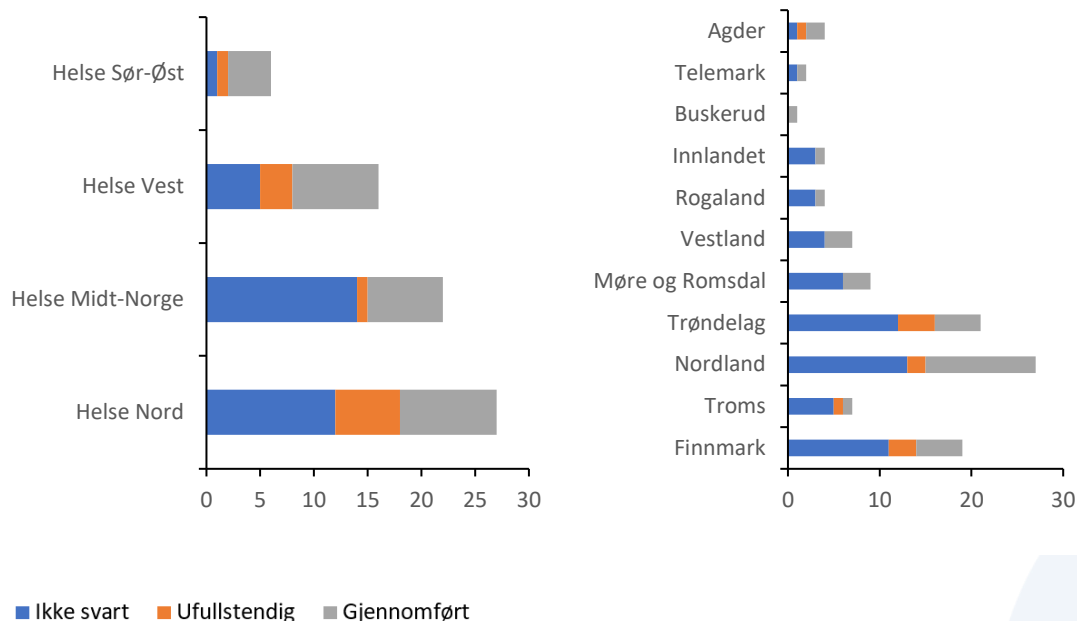
Representativitet

Vi vurderer at det er god representativitet både blant ansatte i kommuner og helseforetak. Svarprosenten for ansatte i helseforetakene er 39 prosent, mens den er noe lavere for kommuneansatte, med 33 prosent. En noe lavere svarprosent i denne gruppen sammenlignet med dem som jobber i tjenesten kan kanskje gjenspeile at tjenesten er delt mellom ulike forvaltningsnivåer. Oppsett av spørreundersøkelsen kan ha vært medvirkende til den lave svarprosenten.

Figur 35 nedenfor viser den geografiske fordelingen blant respondentene.



Figur 35: Svarstatus fordelt geografisk for de som er ansatt i et helseforetak (t.v.) og de som er ansatt i en kommune (t.h.), oppgitt i antall ansatte. N = 71 og 105.



Kilde: Spørreundersøkelse til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.

Spørreundersøkelsen er besvart av ansatte i alle de fire helseregionene. I tillegg er den besvart av ansatte i alle fylker hvor enkelte av de gravide har rett på følgetjeneste.

Det er i tillegg representativitet på tvers av ansvarsområder. Om lag halvparten av respondentene representerer et interkommunalt samarbeid. I tillegg er spørreundersøkelsen besvart både av ansatte med bemanningsansvar, administrativt ansvar og medisinskfaglig ansvar.

Prosjektgruppen har sammen med Menon Economics vurdert at undersøkelsen har tilstrekkelig validitet og representativitet.

De gravide med rett til følgetjeneste

Svarprosent

Spørreundersøkelsen til de gravide ble sendt ut til 3450 kvinner som hadde født i 2024. Til sammen svarte 1740 kvinner, noe som gir en svarprosent på 51 prosent.¹⁰

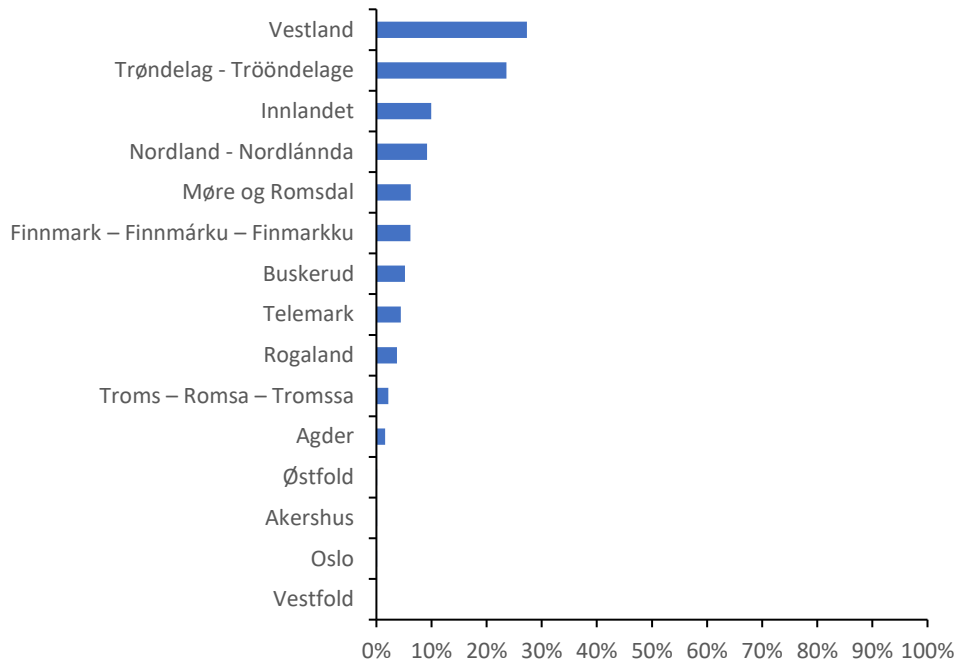
¹⁰ Totalt har undersøkelsen blitt gjennomført av 1 957 personer, noe som tilsvarer en svarprosent på 57 prosent. Grunnet usikkerhet knyttet til hvorvidt enkelte har brukt følgetjenesten eller ikke, benytter vi kun 1740 av besvarelsene når vi fremlegger resultatene.



Representativitet

Spørreundersøkelsen er besvart av respondenter fra alle fylker (figur 37). Det er kun 130 av kommunene i Norge hvor det er mer enn 90 minutter til nærmeste fødested fra mors bosted, undersøkelsen gikk derfor ikke til gravide i alle kommuner.

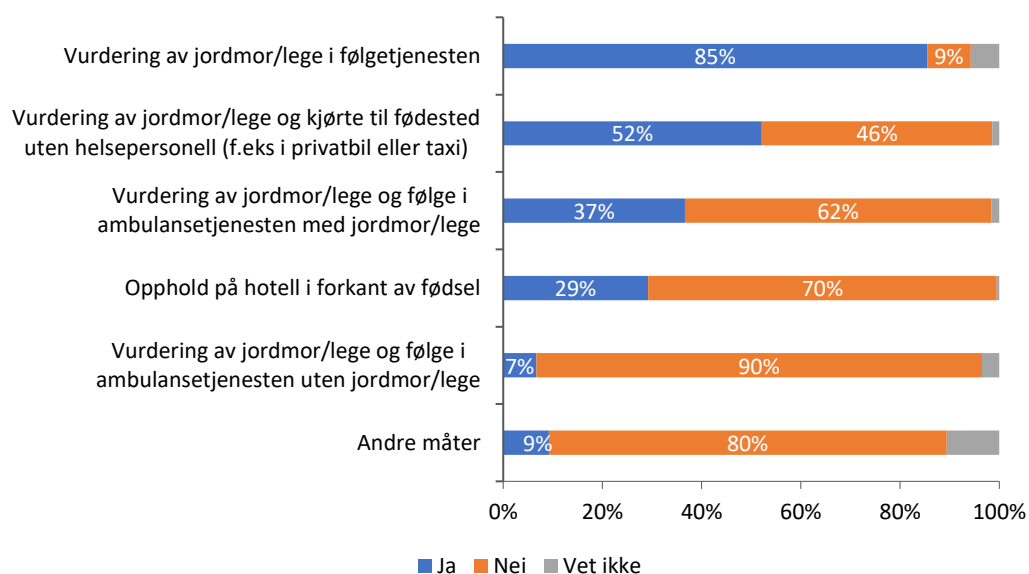
Figur 37: Geografisk fordeling av respondentene. N = 1 740.



Kilde: Spørreundersøkelse til kvinner som fødte i 2024 og var bosatt i en kommune med mer enn 90 minutters reisevei til nærmeste fødested.

Blant dem som har besvart spørreundersøkelsen har rett over 50 prosent svart at de benyttet følgetjenesten. Blant disse er det en god representativitet med tanke på ulike måter å benytte følgetjenesten på. Svarene inkluderer besvarelser fra kvinner som har fått vurdering av jordmor/lege, fått følge av jordmor til fødested og personer som har oppholdt seg på hotell i forkant av fødsel (figur 38).

Figur 38: Oversikt over hvilke måter respondentene har benyttet følgetjenesten. N = 906-913.



Kilde: Spørreundersøkelse til kvinner som fødte i 2024 og var bosatt i en kommune med mer enn 90 minutters reisevei til nærmeste fødested

4.2 Funn knyttet til effektmål og resultatmål

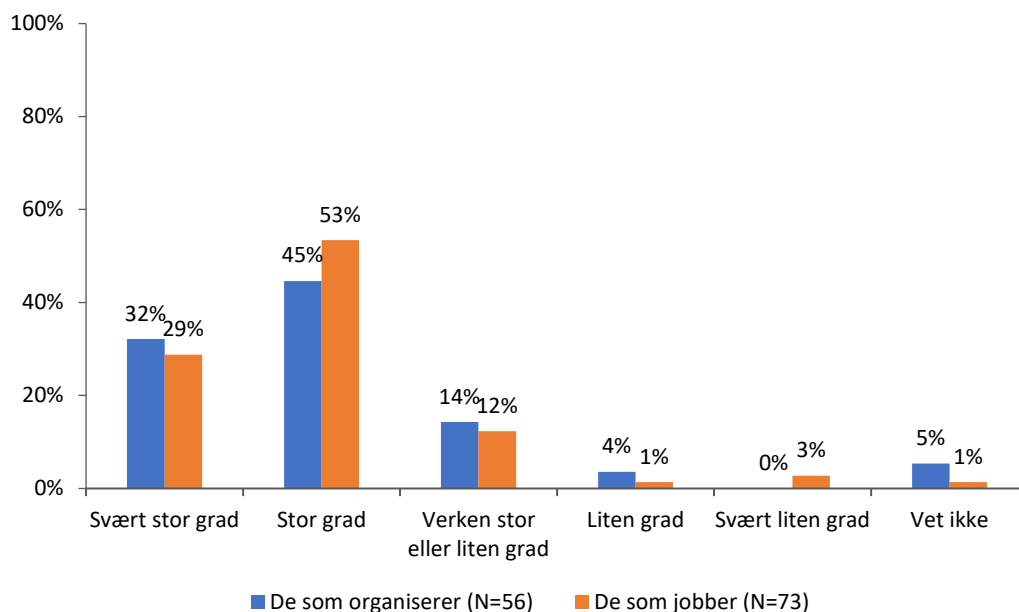
Effektmål

Medisinsk forsvarlighet

Resultatene fra spørreundersøkelsen til dem som organiserer/administrerer følgetjenesten og de som jobber i følgetjenesten indikerer at følgetjenesten er medisinsk forsvarlig, 77 prosent svarer at følgetjenesten i «stor» eller «svært stor» grad er medisinsk forsvarlig (figur 39).



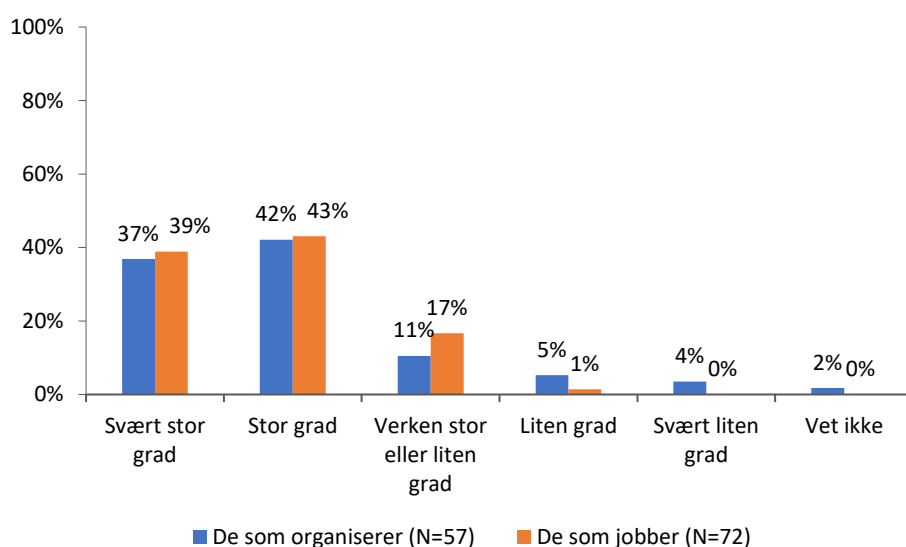
Figur 39: Svar på spørsmålet: «I hvilken grad opplever du at tilbudet som gis gjennom følgetjenesten er medisinsk forsvarlig?».



Kilde: Spørreundersøkelsen til helsepersonell som jobber i følgetjenesten og spørreundersøkelsen til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.

I tillegg mener flertallet av både de som jobber i tjenesten og de som organiserer tjenesten at følgetjenesten er et velegnet tiltak for å sikre et medisinsk forsvarlig fødetilbud for gravide med lang reisevei til sykehus (figur 310).

Figur 310: Svar på spørsmålet: «I hvilken grad opplever du at følgetjenesten er et velegnet tiltak for å sikre et medisinsk forsvarlig fødetilbud for gravide med lang reisevei til nærmeste fødested?».



Kilde: Spørreundersøkelsen til helsepersonell som jobber i følgetjenesten og spørreundersøkelsen til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.



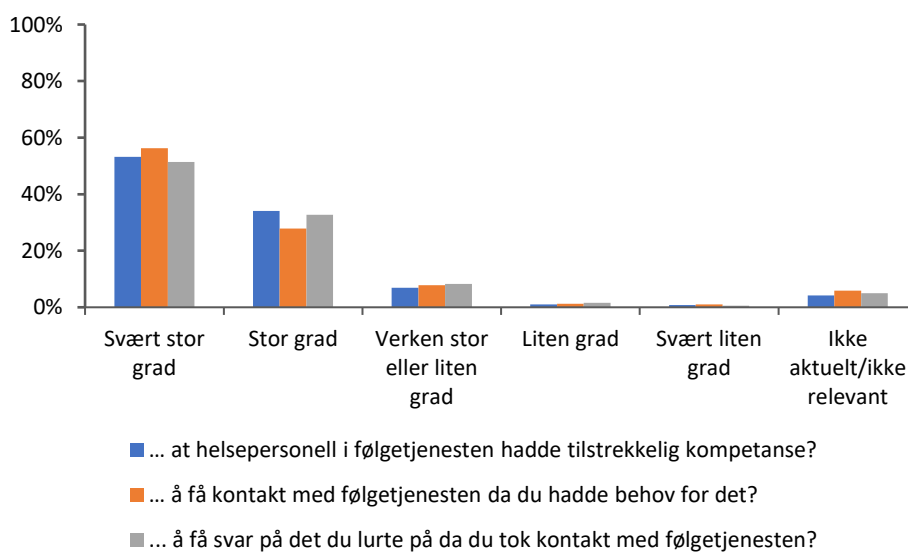
De som organiserer/administrerer følgetjenesten vurderer at også alternative løsninger, som hotell, er viktig for å sikre medisinsk forsvarlighet og at alternative løsninger er et velegnet tiltak for å sikre et medisinsk forsvarlig tilbud for gravide med lang reisevei til nærmeste fødested.

Samtidig uttrykker enkelte respondenter bekymring for at tjenesten ikke alltid oppfyller kravene til medisinsk forsvarlighet. Dette kommer frem i åpne svar i spørreundersøkelsene. Det uttrykkes bekymring for at bemanningen i følgetjenesten ikke alltid inkluderer jordmødre eller annet helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse til å vurdere fødselssituasjoner og behov underveis. Enkelte knytter dette til hvordan tjenesten er organisert, for eksempel at legevakt overtar ansvaret i visse tidsrom, uten å være rigget for å tilby følgetjeneste. Andre peker på en begrensning i kapasitet, som lav bemanning og begrenset tilgang på jordmødre som gjør at tjenesten i perioder oppleves som mer sårbar.

Trygghet for de gravide

De som har benyttet følgetjenesten er i stor grad fornøyde. Flertallet av brukerne av følgetjenesten oppgir at de i «svært stor» eller «stor» grad opplever at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse (87 prosent), at de fikk kontakt med følgetjenesten da de hadde behov for det (84 prosent), og at de fikk svar på det de lurte på da de tok kontakt med følgetjenesten (84 prosent) (figur 311).

Figur 311: Svar på spørsmålene «I hvor stor grad opplevde du at helsepersonell i følgetjenesten hadde tilstrekkelig kompetanse/å få kontakt med følgetjenesten da du hadde behov for det/å få svar på det du lurte på da du tok kontakt med følgetjenesten?» N = 916.

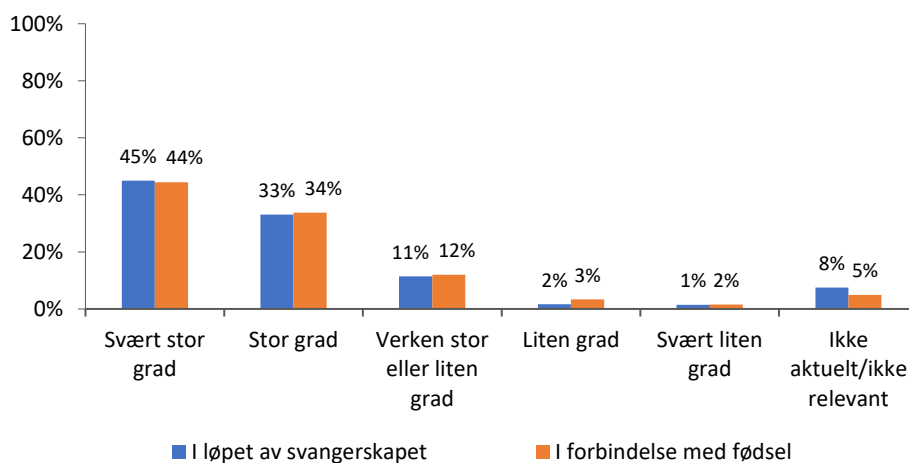


Kilde: Spørreundersøkelsen til kvinner som fødte i 2024 og var bosatt i en kommune med mer enn 90 minutters reisevei til nærmeste fødested.



I tillegg til å være fornøye med kontakten med følgetjenesten, oppgir flertallet av brukerne av følgetjenesten at de i «stor» eller «svært stor» grad opplevde trygghet ved bruk av følgetjenesten både i løpet av svangerskapet og i forbindelse med fødsel (figur 312).

Figur 312: Svar på spørsmålet «I hvor stor grad følte du deg trygg ved bruk av følgetjenesten i forbindelse med i løpet av svangerskapet/i forbindelse med fødsel?» Kilde: Spørreundersøkelse til de gravide. N = 918-919.



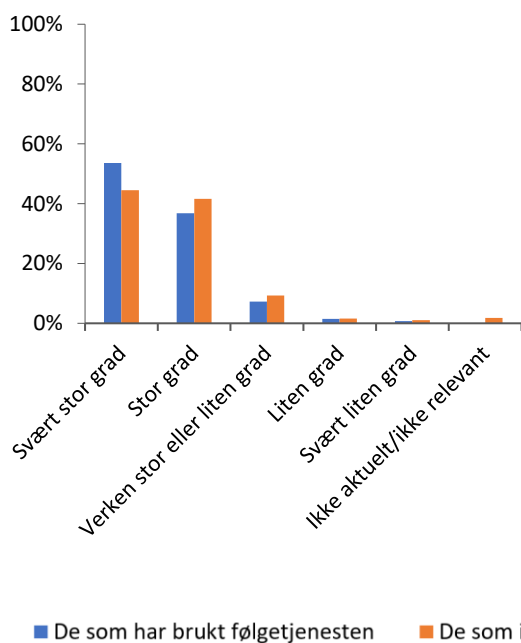
Kilde: Spørreundersøkelsen til kvinner som fødte i 2024 og var bosatt i en kommune med mer enn 90 minutters reisevei til nærmeste fødested.

Brukerne av følgetjenesten understreker at tryggheten i tjenesten påvirkes av organisering, kapasitet og kompetanse. Mange fremhever den økte trygghetsfølelsen de opplever når helsepersonell er lett tilgjengelige for å svare på spørsmål og raskt kan yte hjelp ved behov.

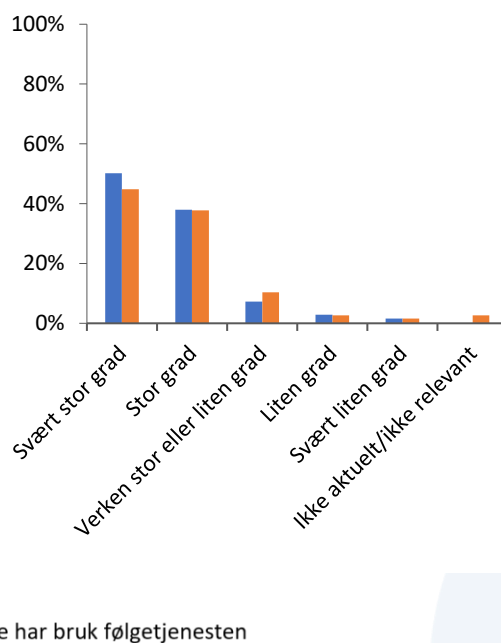
Samtidig påpeker noen brukere at tryggheten reduseres ved manglende informasjon om følgetjenestens innhold og rettigheter, utfordringer knyttet til bemanning og samtidigskonflikter.



Figur 313: Svar på spørsmålet «I hvor stor grad følte du trygg da du var i kontakt med helsetjenesten i løpet av svangerskapet?» N = 1 736.



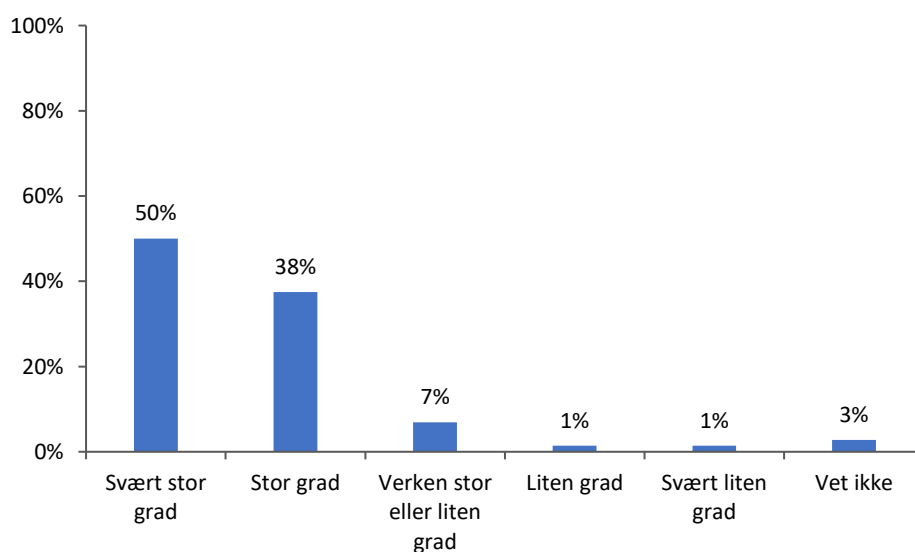
Figur 314: Svar på spørsmålet «I hvor stor grad følte du trygg da du var i kontakt med helsetjenesten i forbindelse med fødsel?» N = 1 735.



Kilde: Spørreundersøkelsen til kvinner som fødte i 2024 og var bosatt i en kommune med mer enn 90 minutters reisevei til nærmeste fødested.

Det er uvisst hva som er årsaken til at de gravide som bruker følgetjenesten har opplevd mer trygghet i møte med helsevesenet. En mulig forklaring er at gravide som har brukt følgetjenesten opplever å ha fått tettere oppfølging av helsevesenet enn de som ikke har benyttet seg av tjenesten.

Figur 315: Svar på spørsmålet: «I hvilken grad opplever du at brukerne av følgetjenesten opplever trygghet ved bruk av følgetjenesten?». N=72.

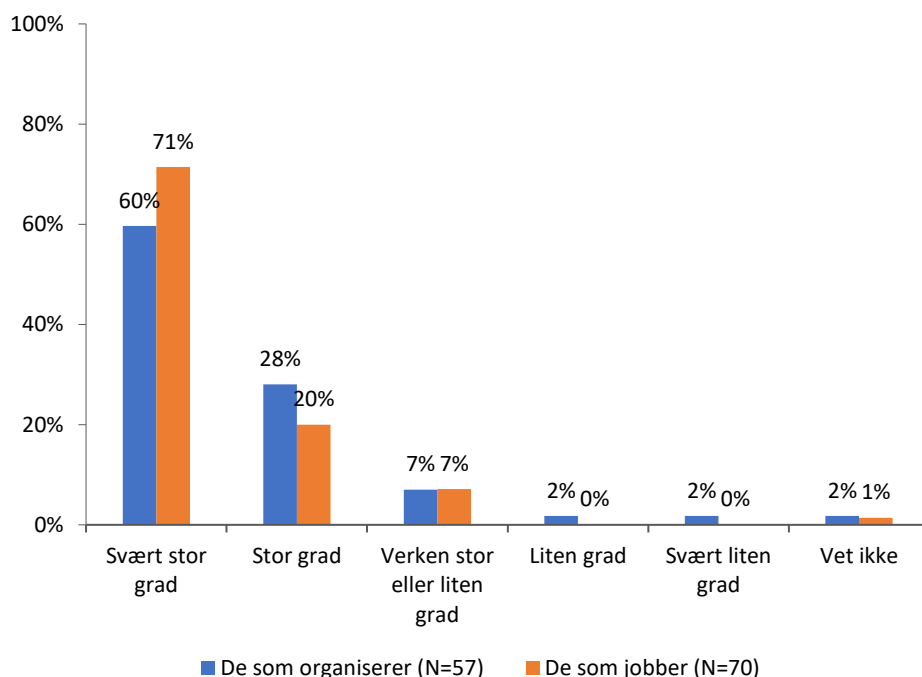


Kilde: Spørreundersøkelsen til helsepersonell som jobber i følgetjenesten.



I tillegg mener flertallet av både de som jobber i tjenesten og de som organiserer tjenesten at følgetjenesten er viktig for å sikre trygghet for gravide med lang reisevei til nærmeste sykehus (figur 316).

Figur 316: Svar på spørsmålet: «I hvilken grad opplever du at følgetjenesten er viktig for å sikre trygghet for gravide med lang reisevei til nærmeste fødested?».



Kilde: Spørreundersøkelsen til helsepersonell som jobber i følgetjenesten og spørreundersøkelsen til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.

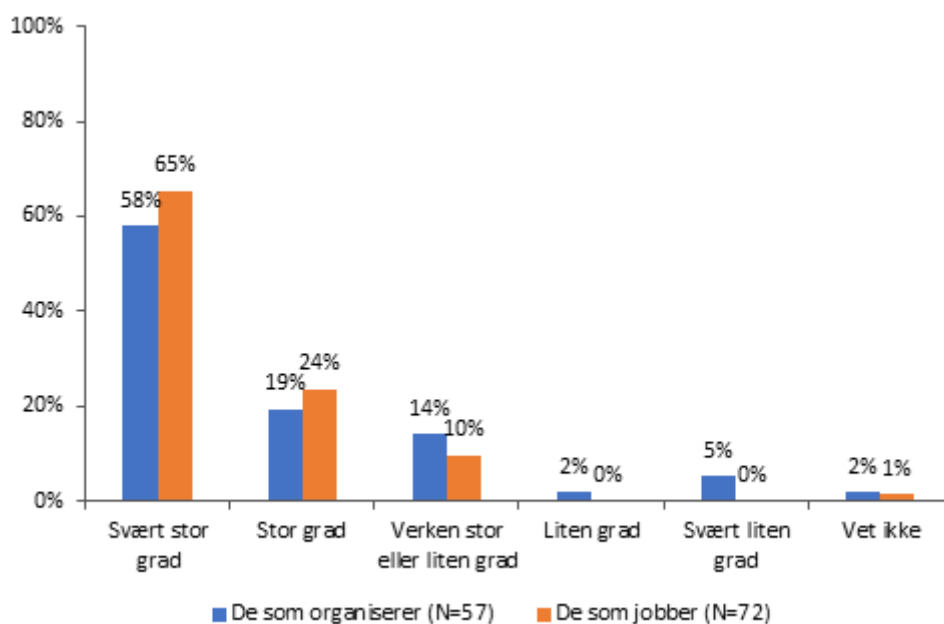
Likeverdig tilbud

For å kunne tilby et likeverdig tilbud for gravide med over 90 minutters reisevei er det viktig at det er etablert alternative løsninger tilpasset lokale forhold. Oversikt over dagens følgetjeneste i kapittel 2 viser tydelig at det er stor forskjell i hva som er etablert. Prosjektgruppen erfarer også lokale tilpasninger i hvordan tjenesten er organisert, både når det gjelder lokale forhold og tilgang til kompetanse.

Det store flertallet av både de som jobber i følgetjenesten og de som organiserer tjenesten mener at følgetjenesten i «svært stor» eller «stor» grad er viktig for å sikre et likeverdig fødetilbud. De som jobber i tjenesten, mener det er noe mer viktig enn de som organiserer tjenesten (figur 318).



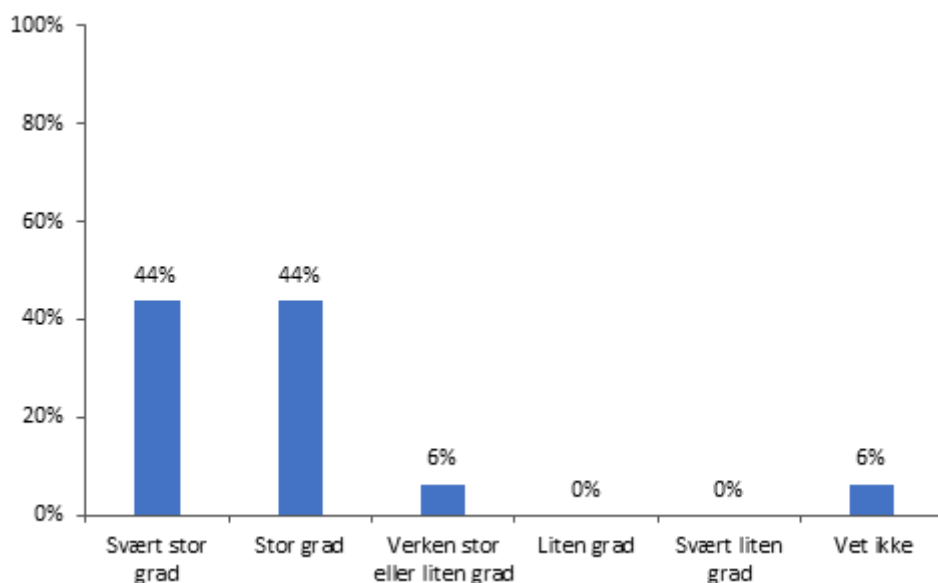
Figur 318: Svar på spørsmålet «I hvilken grad opplever du at følgetjenesten er viktig for å sikre et likeverdig fødetilbud i Norge?»



Kilde: Spørreundersøkelsen til helsepersonell som jobber i følgetjenesten og spørreundersøkelsen til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.

De som organiserer/administrerer følgetjenesten vurderer også at alternative løsninger, som hotell, er viktig for å sikre et likeverdig fødetilbud (figur 319).

Figur 319: Svar på spørsmålet: «I hvilken grad opplever du at de alternative løsningene er viktig for å sikre et likeverdig fødetilbud i Norge?» N = 16.



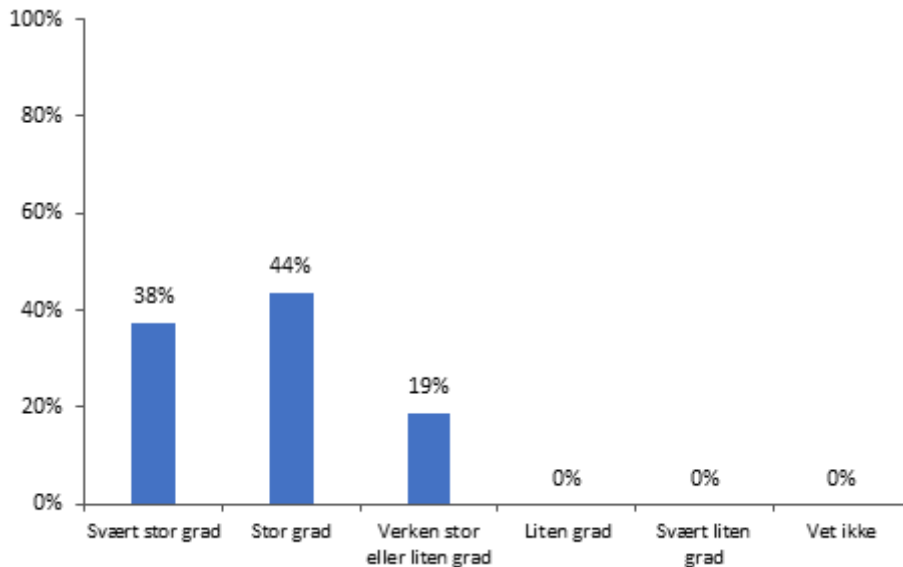
Kilde: Spørreundersøkelsen til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.

De som organiserer/administrerer følgetjenesten ble også spurt om de vurderer at alternative løsninger, som hotell, er viktig for å sikre et likeverdig fødetilbud. Av dem som har svart på dette, synes de fleste dette er med på sikre både trygghet



og likeverdighet i tjenesten. Alternative løsninger vurderes imidlertid å være mindre viktige for et likeverdig fødetilbud sett opp mot følgetjenesten. De som organiserer/administrerer følgetjenesten anser også alternative løsninger, som hotell, som viktig for å sikre likeverdig behandling og trygghet for de gravide (figur 317).

Figur 317 Svar på spørsmålet: «I hvilken grad opplever du at de alternative løsningene er viktig for å sikre trygghet for gravide med lang reisevei til nærmeste fødested?». N=16.



Kilde: Spørreundersøkelsen til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.

De som har benyttet seg av hotellopphold i forkant av fødsel har delte erfaringer. Mange rapporterer om positive opplevelser der de følte seg trygge og godt ivaretatt av personalet. Nærheten til sykehuset ble fremhevet som en fordel, da det muliggjorde tett kontakt med sykehuset. Noen gravide beskrev negative sider ved hotellopphold som lav komfort, stress og følelse av isolasjon. Flere poengterte også belastningen av å være alene og problematikken rundt at partnerens hotellopphold ikke ble finansiert, her gjelder samme regelverk som for andre pårørende. Fritekstsvar gir inntrykk av at det er ulike avtaler rundt hotellopphold og refusjon mellom helseforetak. Flere av respondentene oppga også at de ikke brukte tilbudet fordi de av ulike årsaker allerede var innlagt eller hadde født før det var aktuelt med hotellopphold.

Flere ga inntrykk av at de var ukjent med ordningen, noe som kan bety at det er behov for mer standardisert informasjon om følgetjenesten.

På bakgrunn av svarene fra de gravide kan det se ut til at noen gravide som har fått vurdering av jordmor ikke var klar over at vurdering inngår som en del av følgetjeneste.

Flere enn 80 prosent av de som jobber i følgetjenesten oppgir derimot at de i «svært stor» eller «stor» grad opplever at gravide med rett på følgetjeneste er tilstrekkelig informert om tilbudet. Prosjektgruppen har diskutert dette og



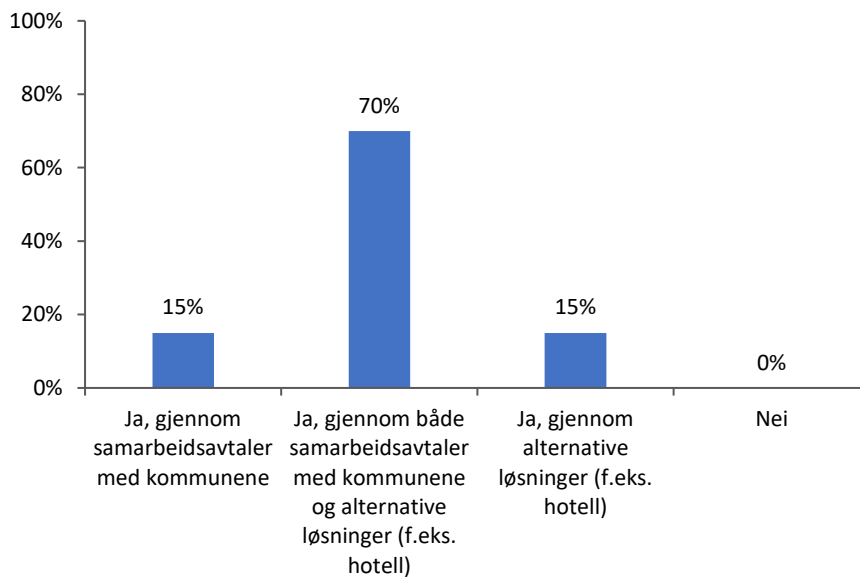
kommet fram til at det brukes ulike begrep for følgetjenesten både blant de som organiserer, jobber i følgetjenesten og blant de gravide som har rett på tjenesten.

Resultatmål

Hensiktsmessig organisering

Når det gjelder de som organiserer følgetjenesten fra helseforetakene oppgir de som har svart på spørreundersøkelsen at alle gravide med over 90 minutters reisevei til nærmeste fødeinstitusjon er sikret et tilbud om følgetjeneste. Dette løses enten gjennom samarbeidsavtaler med kommunene eller gjennom alternative løsninger (figur 320). Dette indikerer at gravide i enkelte helseforetak kun tilbys alternative løsninger.

Figur 320: Svar på spørsmålet: «Er alle gravide med mer enn 90 minutters reisevei til nærmeste fødested sikret et tilbud om følgetjeneste?» N=20.

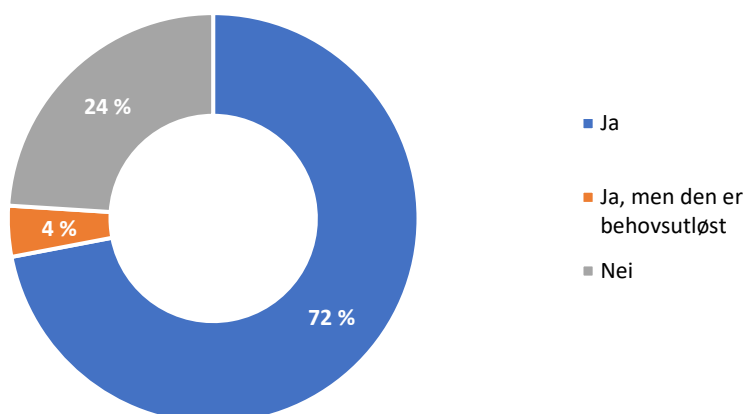


Kilde: Spørreundersøkelsen til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.

Blant de som organiserer følgetjenesten fra kommunens side oppgir om lag 25 prosent av de som organiserer følgetjenesten at det ikke er etablert en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste i kommunen (figur 321).



Figur 321: Svar på spørsmålet: «Har dere etablert en døgkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste for gravide med over 90 minutters reisevei til nærmeste fødested?» N=25.



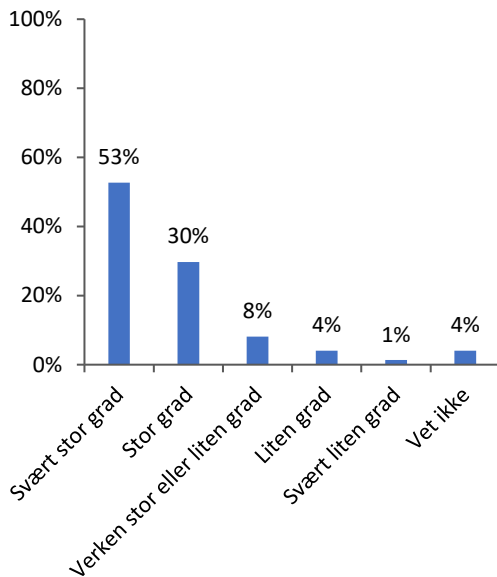
Kilde: Spørreundersøkelsen til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.

Videre oppgir 20 prosent av respondentene fra kommunene, som har etablert en døgkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste, at det er perioder der følgetjenesten ikke er døgkontinuerlig. Dette forklares blant annet med begrenset tilgang på ressurser og utfordringer med å etablere samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

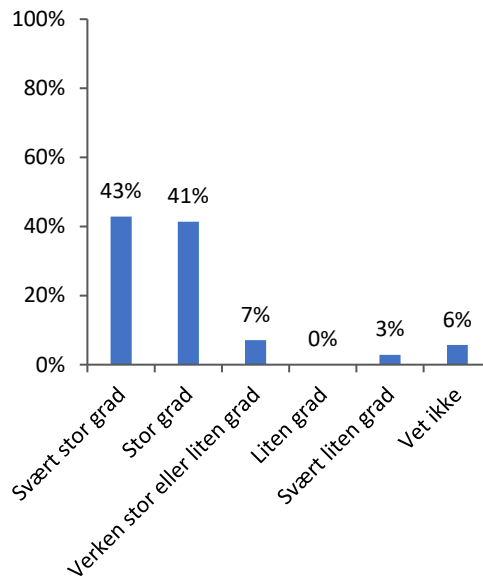
I fritekstsvar fra de gravide blir det beskrevet bekymring for å stå uten følgetjeneste på grunn av ferieavvikling eller annet som kan føre til at tjenesten ikke er operativ. Dette tyder på at de gravide opplever at tjenesten er noe sårbart organisert.

Mer enn 80 prosent av de som jobber i følgetjenesten opplever at kommunikasjonen med de som har rett på følgetjeneste i «svært stor» eller «stor» grad er god (figurene 322 og 323).

Figur 322: Svar på spørsmålet «I hvilken grad opplever du at gravide med rett på følgetjeneste er tilstrekkelig informert om tilbudet?» (t.v.). N=74.



Figur 323: Svar på spørsmålet «I hvilken grad opplever du at kommunikasjonen med gravide som har rett på følgetjeneste er god?» (t.h.) N=70.



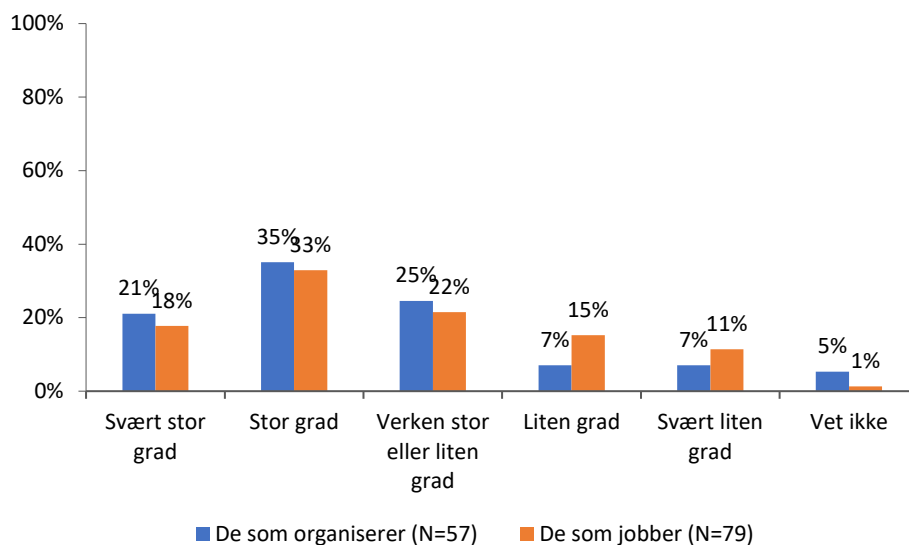
Kilde: Spørreundersøkelsen til helsepersonell som jobber i følgetjenesten.

Om lag halvparten av de som jobber og organiserer følgetjenesten oppgir at følgetjenesten er organisert på en hensiktsmessig måte. De som organiserer følgetjenesten, er noe mer positive til organiseringen enn de som jobber i tjenesten (figur 324).

Blant de som jobber i tjenesten mener 26 prosent at følgetjenesten i «liten» eller «svært liten» grad er organisert hensiktsmessig. Flere av disse peker på at fødeavdelingene er under stort press og at det ville vært mer fornuftig å ha jordmødre på fødeavdelingene fremfor i følgetjenesten. Andre påpeker at det er utfordringer med samarbeid og ansvarsdeling mellom kommuner og helseforetak.



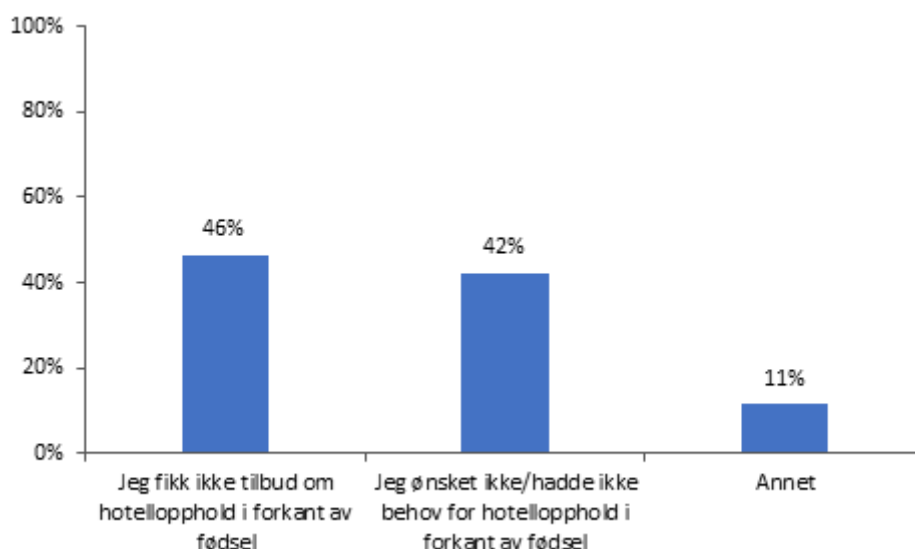
Figur 324: Svar på spørsmålet: «I hvilken grad mener du at følgetjenesten er organisert på en hensiktsmessig måte (eksempelvis ressursbruk og hvordan følgetjenesten løses i praksis)?»



Kilde: Spørreundersøkelsen til helsepersonell som jobber i følgetjenesten og spørreundersøkelsen til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.

Svar fra de gravide viser at 46 % sier de ikke fikk tilbud om hotell (figur 48). Følgetjenesten skal tilby vurdering og følge. Prosjektgruppen har diskutert figuren og sett på sammenheng med besvarelser som er kommet over og hva de gravide har svart angående hvilken type tjeneste de har brukt (se figur 38, side 21), og vurderer at den gravide kan ha fått vurdering av jordmor eller annen organisering lokalt. Da inngår ikke hotell i det lokale tilbudet.

Figur 48: Svar på spørsmålet: «Du har tidligere svart at du ikke oppholdt deg på hotell i forkant av fødsel. Hva er årsaken til at du ikke gjorde det?» N = 636.



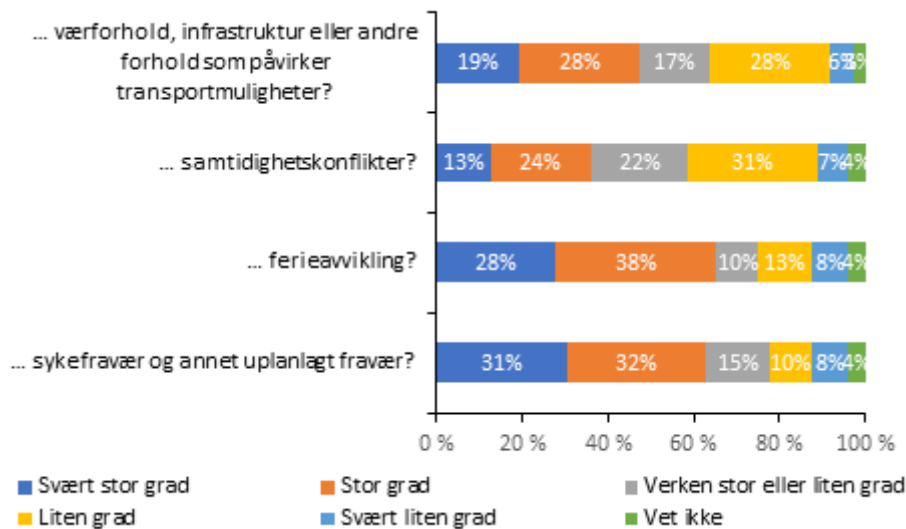
Kilde: Spørreundersøkelsen til kvinner som fødte i 2024 og var bosatt i en kommune med mer enn 90 minutters reisevei til nærmeste fødested.



Tilstrekkelig kapasitet

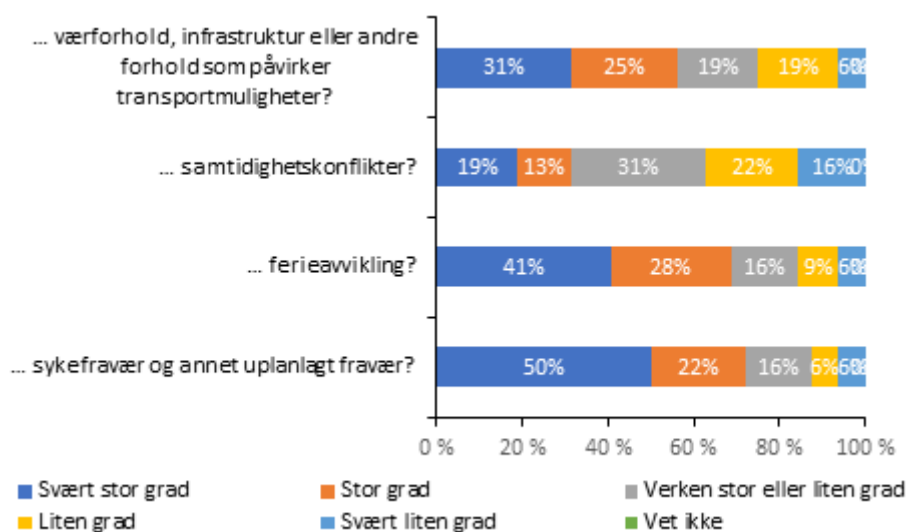
For å oppnå de overordnede formålene med følgetjenesten (effektmålene) er også tilstrekkelig kapasitet viktig. Tilstrekkelig kapasitet innebærer at de tilgjengelige ressursene dekker behovene til de gravide som har rett på tjenesten. Resultatene fra spørreundersøkelsene indikerer at følgetjenesten stort sett har tilstrekkelig kapasitet, men at det er en sårbar tjeneste. Tilgang på helsepersonell utfordrer blant annet følgetjenestens kapasitet. Det er særskilt ferieavvikling og uplanlagt fravær som gjør følgetjenesten sårbar samt ytre faktorer som vær og infrastruktur. (figur 440 og 441).

Figur 440: Svar på spørsmålet: «I hvilken grad er følgetjenestens tilgjengelighet sårbar for...». N = 72.



Kilde: Spørreundersøkelsen til helsepersonell som jobber i følgetjenesten.

Figur 441: Svar på spørsmålet: «I hvilken grad er følgetjenestens tilgjengelighet sårbar for...» N = 72.



Kilde: Spørreundersøkelsen til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.

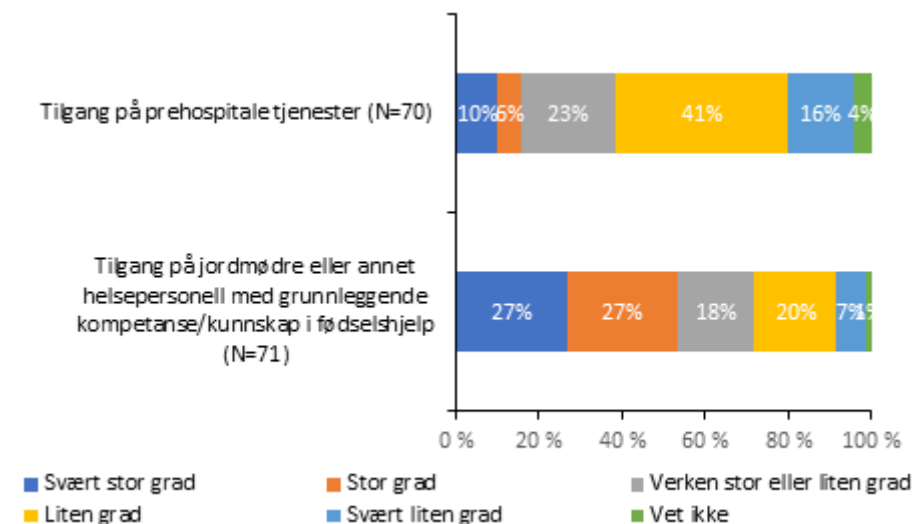


Flere rapporter beskriver utfordringer i tilgang til helsepersonell og sårbarhet i manglende tilgang på jordmødre er beskrevet i særdeleshet.^{11 1213}

Over halvparten av de ansatte i og de som organiserer tjenesten mener at den største flaskehalsen i tilbudet er å ha robust og tilstrekkelig tilgang på jordmødre/annet kompetent helsepersonell (figur 444 og 445).

Dette støttes i kommentarer i fritekst fra de gravide. Selv om få ansatte og sårbarhet ved sykdom og fravær kan utfordre kapasiteten, oppgir de fleste av de som jobber i og organiserer følgetjenesten at følgetjenesten i stor grad har tilstrekkelig kapasitet til å ivareta oppgavene sine.

Figur 444: Svar på spørsmålet: «I hvilken grad er du enig i at følgende forhold er en flaskehals i tilbudet av følgetjenesten?»



Kilde: Spørreundersøkelsen til helsepersonell som jobber i følgetjenesten.

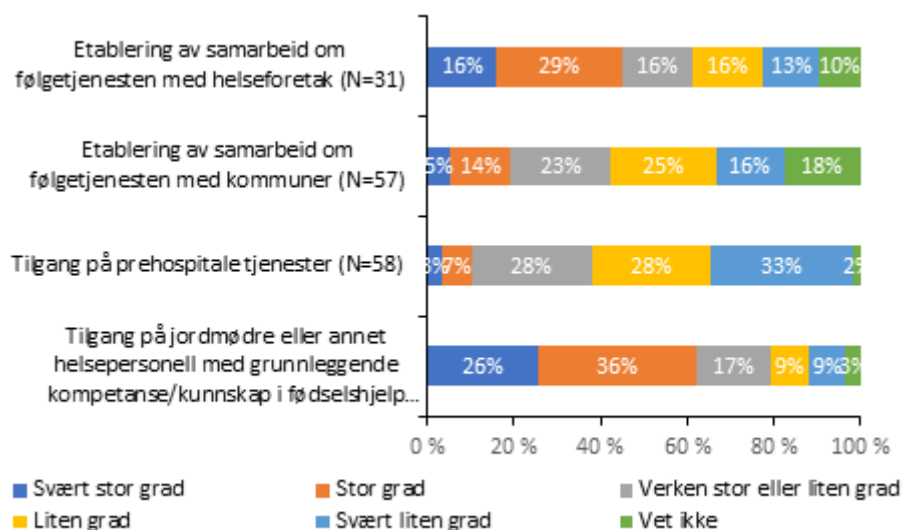
¹¹Helsepersonellkomisjonen (2023): Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

¹² Helsedirektoratet (2024) Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei

¹³ Helsedirektoratet (2021). Tilgang på og behov for jordmødre.



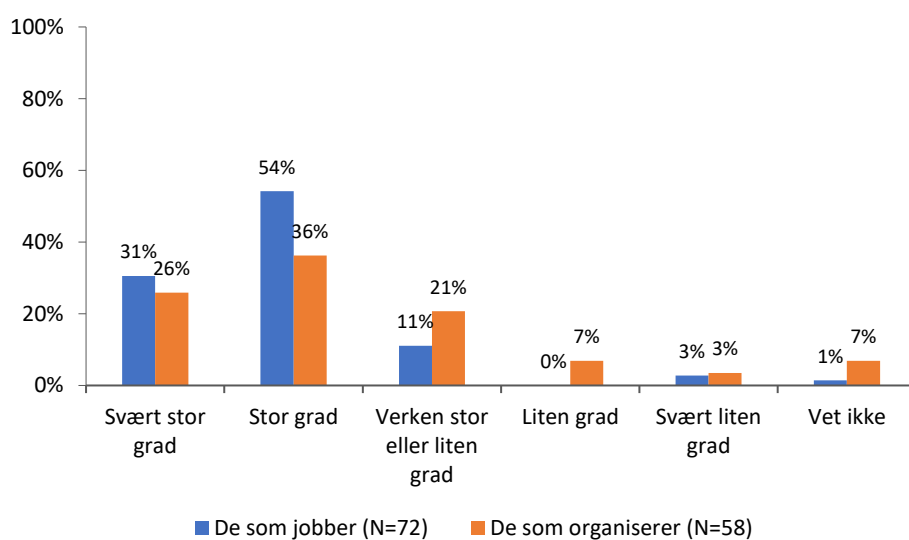
Figur 445: Svar på spørsmålet: «I hvilken grad er du enig i at følgende forhold er en flaskehals i tilbudet av følgetjenesten?»



Kilde: Spørreundersøkelsen til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.

På tross av at tilgang på kvalifisert personell oppleves som en sårbarhet, mener de fleste som jobber i tjenesten og de som organiserer tjenesten at denne har tilstrekkelig kapasitet (figur 325).

Figur 325: Svar på spørsmålet: «I hvilken grad mener du at følgetjenesten har tilstrekkelig kapasitet til å ivareta sine oppgaver?»



Kilde: Spørreundersøkelsen til helsepersonell som jobber i følgetjenesten og spørreundersøkelsen til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.

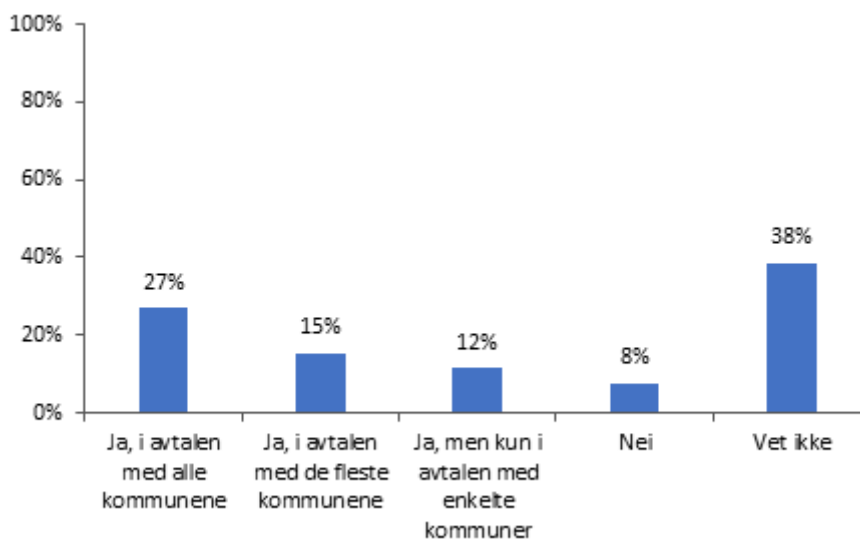


Tilstrekkelig kompetanse

Selv om flertallet vurderer følgetjenesten som medisinsk forsvarlig, uttrykker enkelte bekymring for at dette ikke alltid er tilfelle. Dette kommer frem i åpne svar i spørreundersøkelsen. En gjentakende bekymring er at tjenesten ikke til enhver tid er bemannet med jordmødre eller annet helsepersonell med tilstrekkelig fødselskompetanse. Noen setter dette i sammenheng med måten tjenesten er organisert på, for eksempel at legevakten overtar ansvaret i visse tidsrom og at legevakten ikke er rigget for å tilby følgetjeneste. Andre viser til kapasitetsutfordringer, som sårbarhet ved lav bemanning og begrenset tilgang på jordmødre som årsaker til at de opplever at følgetjenesten ikke er medisinsk forsvarlig.

Resultatene fra spørreundersøkelsene viser at under halvparten av kommunene har en plan for regelmessig ferdighetstrening og vedlikehold av akuttmedisinsk kompetanse (figur 448 og 449).

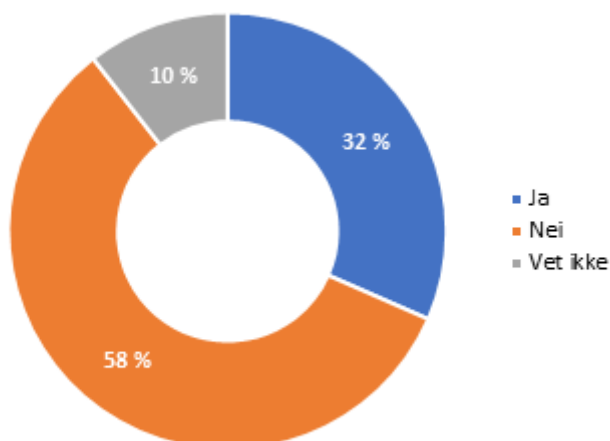
Figur 448: Svar på spørsmålet: «Er det utarbeidet en plan for regelmessig ferdighetstrening for helsepersonell som jobber i følgetjenesten?» N = 26.



Kilde: Spørreundersøkelsen til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.



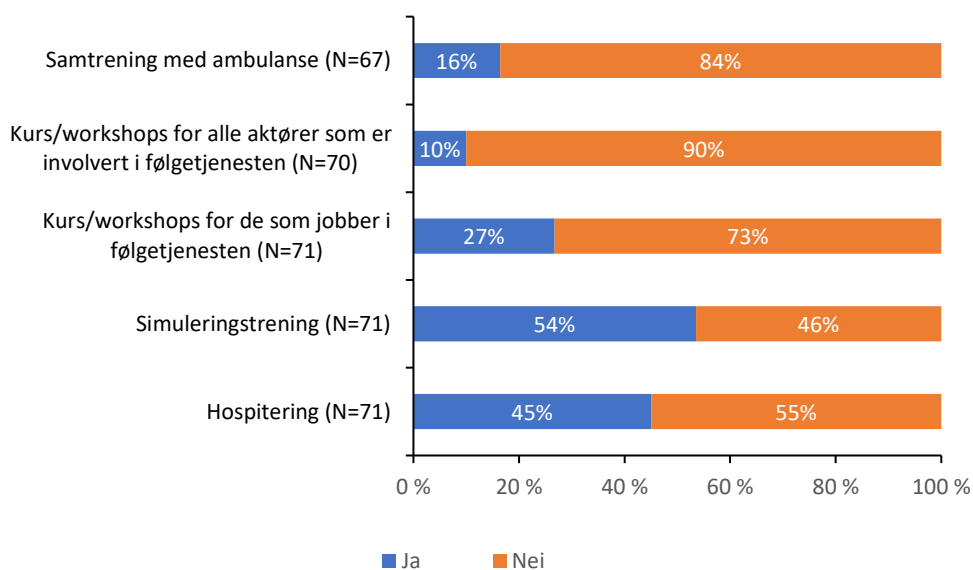
Figur 449: Svar på spørsmålet: «Er det utarbeidet en plan for vedlikehold av akuttmedisinsk kompetanse for helsepersonell som jobber i følgetjenesten?» N = 19.



Kilde: Spørreundersøkelsen til de som organiserer og/eller administrerer tjenesten.

Dette reflekteres i svarene til helsepersonell, der under halvparten av respondentene har fått tilbud om å delta på flere ulike kompetansetiltak det siste året. Det siste året har rett over halvparten av de ansatte fått tilbud om å delta på simuleringstrening, mens under halvparten har fått tilbud om å hospitere og om lag en firedel har fått tilbud om å delta på kurs for de som jobber i følgetjenesten (figur 326). At så få har fått tilbud om hospitering/ferdighetstrening kan tyde på at ikke planene for dette er tilstrekkelige.

Figur 326: Svar på spørsmålet: «Tenk på det siste året. Har du fått tilbud om å delta på følgende tiltak for ferdighetstrening og vedlikehold av akuttmedisinsk kompetanse?» N = 67-71.

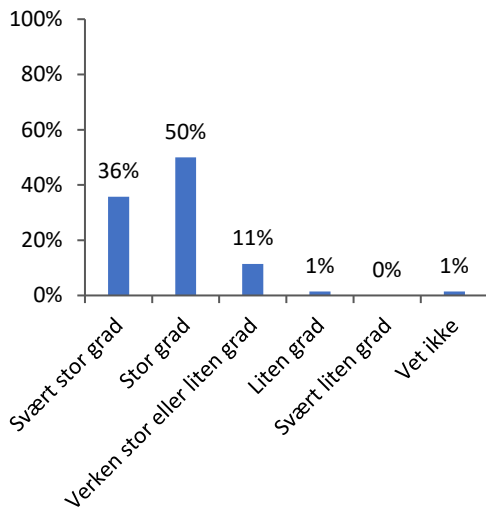


Kilde: Spørreundersøkelsen til helsepersonell som jobber i følgetjenesten.

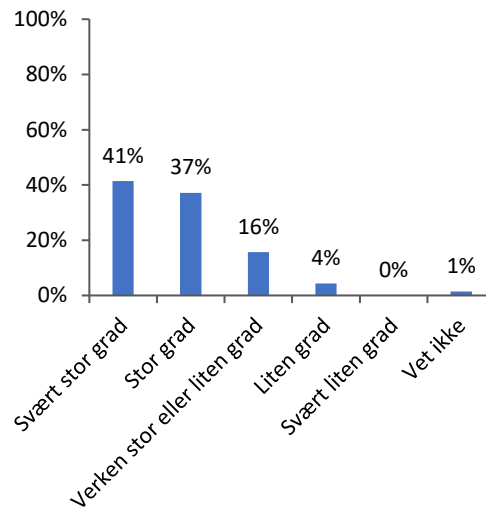


Til tross for lav deltakelse på kompetansehevende tiltak, oppgir om lag 80 prosent av de ansatte at de opplever at de er faglig trygge i sin rolle og at de har den medisinske kompetansen som kreves (figurene 327 og 328).

Figur 327: Svar på spørsmålet «I hvilken grad opplever du at du har den medisinske kompetansen som kreves for din rolle i følgetjenesten?» N=70



Figur 328: Svar på spørsmålet «I hvilken grad opplever du at du har faglig trygghet knyttet til din rolle i følgetjenesten?» N=70



Kilde: Spørreundersøkelsen til helsepersonell som jobber i følgetjenesten.

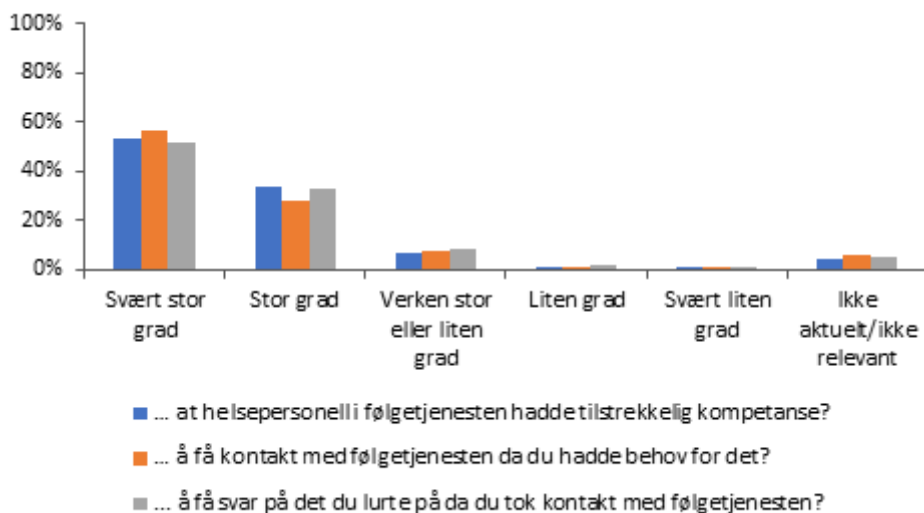
At de som jobber i følgetjenesten føler seg kompetente og faglig trygge til tross for manglende tilbud om kompetansehevende tiltak, kan skyldes at jordmødrene som har besvart spørreundersøkelsen har lang erfaring både som jordmødre og fra arbeid i følgetjenesten. Det kan og gjenspeile at det ikke foreligger formalkrav til hva slags kompetanse helsepersonell i følgetjenesten skal inneha.

Ifølge nasjonalfaglig retningslinje for fødselsomsorgen, skal helseforetak og kommunen inngå en samarbeidsavtale om jordmortjenester og akuttmedisinske tjenester der vaktberedskap og følgetjeneste inngår. Denne avtalen skal inkludere planer for regelmessig ferdighetstrening og vedlikehold av akuttmedisinsk kompetanse.¹⁴ Prosjektgruppen har ikke gått gjennom de enkelte foretaks samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner, men har god kjennskap til sine regioner.

¹⁴Helsedirektoratet (2024): Fødselsomsorgen – Nasjonal faglig retningslinje



Figur 416: Svar på spørsmålene «I hvor stor grad opplevde du at helsepersonell i følgetjenesten hadde tilstrekkelig kompetanse/å få kontakt med følgetjenesten da du hadde behov for det/å få svar på det du lurte på da du tok kontakt med følgetjenesten?» N = 916.



Kilde: Spørreundersøkelsen til kvinner som fødte i 2024 og var bosatt i en kommune med mer enn 90 minutters reisevei til nærmeste fødested.

Flertallet av kvinnene som har svart oppgir at tjenesten har tilstrekkelig kompetanse og at de får kontakt med tjenesten når de har behov for det (figur 416). Fritekstsvaret gir også inntrykk av det blant annet var lett å få kontakt med jordmor og få kompetent vurdering.

5.0 Evaluering av følgetjenesten

5.1 Metode for evalueringen

Evalueringen bygger på en samlet vurdering av funn fra spørreundersøkelsene og prosjektgruppens erfaringer med følgetjenesten. I arbeidet med resultatene ble det tydelig at en oppdeling av vår evaluering etter de definerte effektmålene ikke ga en naturlig struktur, da temaene i stor grad overlapper. Evalueringen er derfor gjennomført helhetlig, med utgangspunkt i oppdragets hovedfokus: å vurdere kvalitet og nytteeffekt av følgetjenesten for gravide med lang reisevei til fødested.

Prosjektgruppen vurderer datagrunnlaget som tilstrekkelig for å trekke gyldige konklusjoner, med god geografisk spredning og representativitet.

5.2 Kvalitet i følgetjenesten

Følgetjenesten skal være medisinsk forsvarlig og bemannet med personell som har nødvendig kompetanse. God kvalitet forutsetter riktig organisering og tilstrekkelig bemanning. Ansatte og ledere som har deltatt i evalueringen oppgir at tjenesten



oppleves som medisinsk forsvarlig og i tråd med faglige krav. Prosjektgruppen vurderer også at tjenesten er medisinsk forsvarlig, slik den er organisert i dag. Tjenesten fremstår samtidig som sårbar i enkelte områder på grunn av få lokale ansatte. Denne sårbarheten er også aktuell ved utrykning fra fødeinstitusjon, spesielt ved høy aktivitet og sykefravær. Dette gjør kontinuitet og robusthet utfordrende og utfordrer kvaliteten.

Det har ikke vært mulig å få tilgang til en oversikt over alvorlige uheldige hendelser i forbindelse med følgetjenesten, og prosjektgruppen har derfor i stor grad støttet seg på funn fra spørreundersøkelsene og analysen fra Menon. I rapporten *Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei* (2024), har Helsedirektoratet og FHI gjort en kunnskapssammenstilling av forskning på risiko ved lang avstand til fødeinstitusjon. Oppsummeringen konkluderer med at reisevei over 60 minutter kan gi en liten økning i risikoen for eklampsi/HELLP¹⁵ og mulig økt risiko for igangsetting av fødsel av logistiske grunner. Flere av de gravide oppga i fritekst at de ikke brukte følgetjenesteordningen fordi de allerede var innlagt på fødeavdeling og ble igangsatt og derfor ikke brukte organisert tjeneste. Noen studier viser økt risiko for uheldige utfall ved uplanlagt fødsel før ankomst til fødestedet, der kompetansen til fødselshjelperen under transport kan være en medvirkende faktor.¹⁶

Flere kommuner med døgkontinuerlig beredskap rapporterer at det er krevende å opprettholde tjenesten, blant annet på grunn av begrenset tilgang på ressurser og utfordringer med samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Kommuner med behov for følgetjeneste har ansvar for å samarbeide om rekruttering, mens helseforetaket finansierer tjenesten. Prosjektgruppen mener at samarbeidet utfordres ytterligere av at tjenesten er organisert på tvers av to ulike forvaltningsnivåer. I fritekst fra ansatte peker enkelte på at fødeavdelingene er under stort press, og at det ville vært mer hensiktsmessig å ha jordmødre ansatt på fødeavdelingene fremfor i følgetjenesten. Andre fremhever utfordringer med ansvarsdeling og samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

Rekruttering av jordmødre er en vedvarende utfordring. Erfarne jordmødre går av med pensjon, og helseforetak og kommuner har en stor jobb med å erstatte personell og sikre tilstrekkelig kompetanse. Prosjektgruppen erfarer at enkelte kommuner utlyser stillinger uten oppgaver knyttet til følgetjenesten, og ansetter jordmødre kun til kommunale oppgaver.

Jordmødrene som deltar i følgetjenesten, utgjør en sammensatt gruppe med ulike faglig bakgrunn og erfaring. Mange har lang klinisk erfaring fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten, og kombinerer arbeidet i følgetjenesten med andre

¹⁵ HELLP-syndrom: en alvorlig komplikasjon i svangerskapet, ofte knyttet til svangerskapsforgiftning. Navnet står for Hemolyse, Forhøyede leverenzymmer og Lavt antall blodplater.

¹⁶ Helsedirektoratet (2024): *Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei*



oppgaver ved fødeavdeling, jordmorstyrt enhet eller helsestasjon. Denne brede erfaringen gir faglig trygghet i møte med uforutsette hendelser under transport og fødsel. Erfaringer fra prosjektgruppen indikerer at dette er i endring. Allerede i dag kan erfaringsnivået variere betydelig mellom tjenestestedene. Opplevelsen er at flere relativt nyutdannede jordmødre kommer over i kommunehelsetjenesten. Dette vil nødvendigvis utfordre kompetanse og trygghet. Spørreundersøkelsen spurte etter erfaring som jordmor, men ikke etter alder, erfaring fra ulike nivåer, eller hvordan erfaringen sikres nå. Erfaring fra akutt fødselshjelp og selvstendig arbeid er særlig viktig i følgetjenesten, der jordmødrene ofte må håndtere krevende situasjoner med begrenset støtte og lang avstand til fødeinstitusjon. Prosjektgruppen har erfart at det ofte har vært en «livsstil» å være jordmor i kommuner med få innbyggere, og det er usikkert om yngre jordmødre vil videreføre denne tradisjonen.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten¹⁷ slår fast at virksomheten skal sørge for at helsepersonell har nødvendig kompetanse og legge til rette for opplæring og faglig utvikling. Organiseringen av tjenesten må inkludere vedlikehold av kompetanse og nødvendig opplæring. Under halvparten av kommunene oppgir å ha en plan for vedlikehold av akuttmedisinsk kompetanse. Arbeidsgiver har ansvar for å følge opp kompetansebehov som avdekkes gjennom evaluering og tilsyn. Dette er et felles ansvar for både kommune og foretak, og bør forankres i samarbeidsavtaler der hvor det er et felles anliggende.

Prosjektgruppen har også erfart utfordringer med å identifisere og komme i kontakt med relevante ledere i kommunene under innhenting av respondenter. Dette kan tyde på høy turnover blant ledere med ansvar for tjenesten, noe som kan påvirke kontinuitet, kompetanse og lokal forankring.

Helsepersonellkommissjonen peker på store utfordringer knyttet til utdanning og rekruttering av jordmødre¹⁸. Kunnskapsgrunnlag utgitt av RHF-ene, Statistisk sentralbyrå og NAV støtter dette. Økt samarbeid mellom kommuner og helseforetak vil derfor bli helt nødvendig fremover. Alternative tilbud må tilpasses lokale forhold, både demografiske, geografiske og klimatiske. Det vil være nødvendig med tydeligere krav til kompetanse og plan for vedlikehold av ferdigheter for deltakende helsepersonell.

Oppfølging av anbefalingene i revidert nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorg, og Helsedirektoratets rapport fra 2024 bør prioriteres i Helsefellesskapene og i samhandlingsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

1920

¹⁷ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

¹⁸ Helsepersonellkommissjonen (2023): Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

¹⁹ Helsedirektoratet (2024): Fødselsomsorgen - Nasjonal faglig retningslinje

²⁰ Helsedirektoratet (2024): Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei



Når rekruttering til døgnkontinuerlig tjeneste er vanskelig, kan alternative løsninger slik som for eksempel tilbud om opphold på hotell i forkant av fødsel være aktuelt. Noe som i dag tilbys gravide i flere kommuner i samarbeid med helseforetakene.

Resultatene fra spørreundersøkelsene viser at følgetjenesten i hovedsak oppfyller målene om medisinsk forsvarlighet, trygghet og likeverdighet, men at det finnes forbedringspunkter innen alle tre områder.

Det mangler systematikk i kompetanseheving og opplæring, og tjenesten er sårbar ved lav bemanning og fravær. I og med at det også har vært vanskelig å finne god informasjon om bruken av følgetjenesten ser prosjektgruppen også et behov for at det etableres en form for regelmessig evaluering av følgetjenesten, for å sikre kvalitet og utvikling over tid. For eksempel at spørsmål om følgetjenesten og bruken av den inkluderes i nasjonale brukerundersøkelser.

5.3 Nytteeffekt for gravide med rett til følgetjeneste

For gravide med rett til følgetjeneste er tjenestens nytteverdi tett knyttet til opplevelsen av trygghet og tilgjengelighet. Følgetjenesten skal bidra til at den gravide får nødvendig støtte og hjelp i en sårbar fase, og skal oppleves som en trygghet både for henne og hennes nærmeste.

Evalueringen viser at de fleste brukere opplever tjenesten som trygg og tilgjengelig, og at den gir økt trygghet både i svangerskapet og i forbindelse med fødsel. Vi ser imidlertid også at de som ikke benytter tjenesten i stor grad opplever trygghet i den samme fasen. Samtidig fremgår det at manglende kontinuitet, særlig ved fravær eller ferieavvikling, skaper utrygghet. Enkelte gravide har opplevd at jordmor ikke var tilgjengelig, og at de selv måtte finne alternative løsninger. Dette understreker behovet for mer robuste strukturer og bedre organisering.

Prosjektgruppen vurderer at interkommunalt samarbeid kan være en nøkkel til å styrke nytteeffekten og sikre bedre kontinuitet og tilgjengelighet, men ser samtidig at dette kan by på utfordringer der avstanden er stor mellom aktuelle kommuner og helseforetak. Det ser ut til at kontinuerlig tilgang på kompetent personell gir stor trygghet.

Følgetjenesten innebærer en vurdering av kvinnen før transport til sykehus, der jordmor vurderer hvor langt i fødselen kvinnen er kommet og om det er reell fare for transportfødsel. Tilstrekkelig vurderingskompetanse og vurderingskapasitet er derfor avgjørende for riktig bruk av både følgetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Ut fra svarene fra kvinnene kan det virke som om de ikke alltid er godt nok informert om hvilken ordning som gjelder i bostedskommunen og hvordan tilbudet er organisert. Kjennskap til tjenesten varierer betydelig mellom regioner og kommuner, og man får inntrykk av at informasjonen som gis kan være avhengig



av den enkelte jordmor som gir den og tidspunktet i svangerskapet den gis. Informasjon kan variere etter hvordan følgetjenesten er organisert, og tjenesten kan omtales med andre begreper enn "følgetjeneste". Noen gravide oppgir at de ikke kjente til følgetjenesten, selv om svarene bekreftet at de faktisk hadde benyttet den. Prosjektgruppen ser av svarene at det kan dreie seg om bruk av ulike begreper. For å sikre de gravide god nytteeffekt av følgetjenesten er det viktig med god informasjon. Det er viktig at jordmor/fastlege dokumenterer i journal at den gravide har fått informasjonen om rett til følgetjeneste. Samtidig kan et informasjonsskriv som er likt nasjonalt om følgetjenesten og hva det innebærer, som den gravide kan få ved besøk hos jordmor/fastlege være nyttig. Prosjektgruppen vurderer at det er viktig at den gravide får informasjon om tilbudet i god tid.

Prosjektgruppen vurderer at opplevelse av manglende eller ulik informasjon kan svekke trygghetsopplevelsen og bidra til usikkerhet. Det bør derfor sikres at informasjonen som gis er korrekt, lik og standardisert, uavhengig av bosted. Informasjon bør formidles gjennom flere kanaler, inkludert HelseNorge.no, elektronisk helsekort og dokumentasjon i den gravides elektroniske pasientjournal. Journalføring av informasjonen som er gitt bør være systematisk for å sikre kvalitet og oppfølging. Prosjektgruppen har ikke kontrollert hvordan informasjonen formidles i dag.

Alternative løsninger som hotellopphold i påvente av fødsel skal være enkelt for den gravide å bruke. Det bør foreligge en tydelig plan for bestilling og betaling, og det må sikres at kvinner ikke påføres merutgifter. De gravide har i sine svar gitt uttrykk for at erfaringer med hotellopphold varierer, noen opplever trygghet, mens andre savner komfort og støtte. Prosjektgruppen ser at organiseringen rundt hotellopphold varierer, og det er behov for standardiserte avtaler og praksis, spesielt når det gjelder refusjon av utlegg.

Likeverdige tjenester innebærer at alle har tilgang på helsetjenester av god kvalitet, tilpasset behov og lokale forhold. Det betyr ikke at tilbudet må være identisk i alle kommuner, men at det gir samme mulighet for trygg og forsvarlig fødsel. Prosjektgruppen erfarer at det i undersøkelsen kommer frem at det er utviklet tilbud tilpasset lokale forhold, og at alternative tiltak er iverksatt der det har vært nødvendig. På bakgrunn av svarene ser det ut til at dette i stor grad fungerer tilfredsstillende. Oversikten over regionene i kapittel 2 viser stor variasjon mellom regionene når det gjelder organisering og etablering av tjeneste.

De gravide understreker at tryggheten i tjenesten påvirkes av organisering, kapasitet og kompetanse. Mange fremhever den økte trygghetsfølelsen de opplever når helsepersonell er lett tilgjengelige for å svare på spørsmål og raskt kan yte hjelp ved behov. Samtidig påpeker noen at tryggheten reduseres ved manglende informasjon om tjenestens innhold og rettigheter, utfordringer knyttet til bemanning og samtidighetskonflikter.



Flere respondenter peker på at fødeavdelingene er under stort press, og at det ville vært en mer fornuftig ressursbruk å styrke jordmorbemanningen på fødeavdelingene. Andre påpeker utfordringer med samarbeid og ansvarsdeling mellom kommuner og helseforetak. Enkelte kommuner utlyser stillinger uten oppgaver knyttet til følgetjenesten og ved mangel på jordmødre bidrar ikke dette til en organisering som er bærekraftig. En større forventning til interkommunalt samarbeid kan bidra til å organisere tjenesten uten å legge ytterligere press på tilgangen til jordmødre. Dette er mest aktuelt i regioner med kort avstand mellom kommuner. Fleksible løsninger slik som kombinerte stillinger mellom helseforetak og kommuner vil også avhjelpe utfordringen med en fornuftig ressursbruk.

Prosjektgruppen anbefaler også at avtaler mellom helseforetak og kommuner inkluderer simulering og samtrening mellom nivåene, slik retningslinjen for fødselsomsorgen beskriver. Krav om hospitering vil kunne være et nyttig tiltak for å sikre god kompetanse.

Det bør også etableres standardisert dokumentasjon av følgetjenesten og vurderes om det er behov for regelmessig evaluering av tjenesten for å sikre kvalitet og utvikling over tid.

6.0 Faglige innspill fra kommuner med følgetjeneste og helseforetak

Prosess

Underveis i prosjektet ble det bestemt at aktuelle kommuner og helseforetak skulle få komme med faglige og administrative innspill til rapporten. Henvendelsen ble sendt til 130 kommuner og 30 helseforetak etter at prosjektgruppen hadde ferdigstilt sin evaluering. Bakgrunnen for dette var at å sikre relevante innspill fra involverte aktører i tjenesten. Det ble bedt om faglige innspill til det som omhandler de tre sentrale effektmålene i rapporten:

- medisinsk forsvarlighet
- trygghet for fødende
- likeverdig tilbud i rapporten.

Prosjektgruppen har lagt inn noen presiseringer og tydeliggjøringer i rapporten etter innspill fra kommuner og helseforetak.

Faglige innspill fra kommuner og helseforetak

Fjorten kommuner og fire helseforetak bidro med faglige og administrative innspill til den nasjonale evalueringen av følgetjenesten, fordelt på totalt elleve



tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene gir et bredt bilde av utfordringer og erfaringer knyttet til de tre sentrale effektmålene.

Innsendte innspill gir uttrykk for at rapporten beskriver følgetjenesten godt. Noen tilbakemeldinger tar opp sårbarhet med hensyn til tilgangen på kompetanse og at et godt samarbeid mellom nivåene er viktig for å få en god tjeneste. Behovet for tilpassing til lokale forhold fremheves.

Det kom innspill med ønske om at rapporten burde suppleres med statistiske data om bruk av følgetjenesten, for eksempel antall gravide som benytter pasienthotell, hvor mange som reiser med privat transport, og bruk av ulike følgetjenesteløsninger. Bakgrunnen for at spørreundersøkelser ble valgt som metode er nærmere beskrevet i kapittel 1.2.

Flere kommenterer den lave svarprosenten i deler av undersøkelsen, noe prosjektgruppen også har diskutert. Dette er redegjort for i kapittel 4.1

Et innspill etterlyste en tydeligere ansvars plassering, der helseforetakene blir tildelt hovedansvaret for beredskap og følgetjeneste. Det kom også innspill med ønske om en diskusjon rundt interkommunale løsninger, som i noen tilfeller kan oppleves som utrygge og lite tilpasset lokale forhold.

Medisinsk forsvarlighet

Innspillene viser at følgetjenesten oppfattes som forsvarlig der den fungerer godt, men at det finnes betydelige sårbarheter. Lav bemanning og manglende døgkontinuerlig beredskap er gjennomgående utfordringer. Gravide som velger fødested i et annet fylke kan falle utenfor den etablerte følgetjenesten i hjemkommunen, andre steder oppleves interkommunal organisering ikke helt optimalt for alle som er omfattet av den.

Bemanningsutfordringer er et sentralt tema i flere tilbakemeldinger og støtter det rapporten har beskrevet i forhold til både lav bemanning, organisering og det faktum at man allerede opplever mangel på jordmødre flere steder i landet. Stillinger blir ikke besatt, og ordningene fremstår som lite attraktive på grunn av lav stillingsprosent, lav lønn og krevende turnus. Innspillene bekrefter det som er kommet inn i spørreundersøkelsene om at kompetanseheving er mangelfull; kurs og hospitering skjer i liten grad, både for jordmødre og annet personell som må bistå når jordmor ikke er tilgjengelig. Flere etterlyser obligatorisk årlig hospitering og systematisk ferdighetstrening, også for fastleger, sykepleiere og ambulanspersonell.

Tilbakemeldingene støtter rapportens vurdering om at fremtidens jordmødre vil ha mindre erfaring enn dagens, noe som øker behovet for kompetansetiltak.

Gravide har gjerne tilbud om rask transport, men det er ikke alltid jordmor i ambulansen.



Trygghet for fødende

Tilgjengelig jordmor gir trygghet, men tjenesten er sårbar ved fravær. Kapasitetsutfordringene forsterkes særlig i ferietid.

Gravide ønsker å være hjemme før fødsel, og hotelopphold oppleves ofte som belastende selv om det medisinsk sett er trygt. Alternative løsninger gir ikke samme trygghet som følgetjeneste. Trygghet skapes gjennom god informasjon og kompetente behandlere, men praksis varierer. Hotelopphold vurderes individuelt. Det beskrives at asylsøkere og andre sårbare grupper opplever ekstra utfordringer knyttet til språk og økonomi. Det er også rapportert om ulik informasjon og tilbud mellom regioner, samt bekymring for bruk av luftambulansse uten jordmor.

Det beskrives lokal motstand mot interkommunale løsninger, som oppleves som utrygge. Individuelt tilpassede ordninger vurderes som forsvarlige. Videre påpekes det at en forsvarlig bemanning ved føde- og barselavdelingen er en forutsetning for at jordmor skal kunne rykke ut i modeller der dette inngår.

Likeverdig tilbud

Innspillene viser store forskjeller i organisering og praksis. Geografiske forhold, som fergeavhengighet og lange avstander, påvirker organiseringen. Det pekes på at manglende samarbeidsavtaler og uklare ansvarsforhold mellom kommuner og helseforetak skaper uforutsigbarhet. Enkelte innspill peker på at hotelopphold ikke gir et likeverdig tilbud og medfører økonomiske og sosiale utfordringer. Det beskrives noe variasjon i når alternative tilbud settes i verk mellom regionene, noe som innspillene mener svekker likeverdighet.

For å sikre et godt tilbud må gravide få presis og tidlig informasjon, og det vektlegges at samarbeid mellom kommuner og helseforetak må styrkes. Flere kommuner har rapportert endringer i avtaler og organisering bare siden spørreundersøkelsen ble gjennomført, noe som understreker behovet for fleksible og bærekraftige løsninger.



Referanser

1. Helsedirektoratet (2024): Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei
2. Helsedirektoratet (2010): Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen 12/2010
3. Helse- og omsorgsdepartementet (2009) St.meld. nr 12 (2008-2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg
4. Helse- og omsorgsdepartementet (2024): Meld St. 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Vår felles helsetjeneste
5. Helsedirektoratet (2024): Fødselsomsorgen - Nasjonal faglig retningslinje
6. Styresak 121/2012 Implementering av nasjonale kvalitetskrav til fødselsomsorgen i Helse Nord
7. Menon Economics (17.09.2025): Kunnskapsgrunnlag om kvalitet og nytteeffekt om følgetjenesteordningen
8. Helsepersonellkommissjonen (2023): Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste
9. Helsedirektoratet (2021). Tilgang på og behov for jordmødre.
10. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten



Oversikt over deltakere i styringsgruppe og prosjektgruppe

Styringsgruppen

Interregionalt fagdirektørmøte

Trude Basso	Direktør for medisin og helsefag, Helse Midt-Norge RHF, leder
Ulrich Johannes Spreng	Direktør for medisin og helsefag, Helse Sør-øst RHF
Bjørn-Egil Vikse	Direktør for medisin og helsefag, Helse Vest RHF
Geir Tollåli	Direktør for medisin og helsefag, Helse Nord RHF Deltok 2024
Synøve Kalstad	Konstituert direktør for medisin og helsefag, Helse Nord RHF Deltok 2025

Kommunale representanter

Solveig Skarhol	Ass. Helse- og omsorgssjef, Porsanger kommune
Lene Sletta	Kommunalsjef, Smøla kommune

Brukerrepresentant

Marthe Kristin Haugan	Brukerrepresentant oppnevnt av regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge RHF
-----------------------	--

Konserntillitsvalgte

Anne Bi Hoffsten	Unio HSØ
Kari M Baadstrand Sandnes	LO HN

Prosjektgruppen

Representanter fra Helse Midt-Norge RHF

Runa Heimstad	Seniorrådgiver	St. Olavs hospital Prosjektleder 2024
Tone Shetelig Løvvik	Klinikkssjef	St. Olavs hospital Prosjektleder 2025
Ann Jorunn Sandstå	Helsefaglig rådgiver	Helse Midt-Norge RHF Koordinator
Cecilie Lysgård	jordmor	Sykehuset Nordmøre og Romsdal

Representanter fra Helse Nord RHF

Bente Mietinen	Seniorrådgiver	Helse Nord RHF
Nina Jamissen	Avdelingsleder	Nordlandssykehuset



Representanter fra Helse Vest RHF

Beth Reistad	Jordmor/rådgiver	Helse Bergen
Kristin Opseth Rygg	Seksjonsleder/jordmor	Kvinneklinikken Helse Førde
Kathrine Onarheim Nesse	Kvalitetsrådgiver	Helse Bergen

deltok september 2024

Representanter fra Helse Sør-Øst RHF

Jorunn Kverndalen Frisch	Jordmor	Sykehuset Telemark
Helene Aarsnes	Seksjonsleder føde/barsel	Sørlandet sykehus
Thomassen		

Kommune representanter

Ann-Elin Stenberg	Enhetsleder Helse og familie	Surnadal kommune
Hege Thomassen Fosslund	Kommunalsjef	Bardu kommune
Kari Dalen	Kommunalsjef	Vinje kommune

deltok september 2024

Konserntillitsvalgte

Sissel Alterskjær	Unio Helse Nord
Hildegunn Enge	SAN Helse Vest

Brukerrepresentant

Marthe Kristin Haugan	Brukerrepresentant oppnevnt av regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge RHF
-----------------------	--

