

Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei

Først publisert: 01. mars 2024

Siste faglige endring: 01. mars 2024

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	4
3. Om oppdraget	6
4. Bakgrunn	7
5. Personellsituasjonen (utdypet i vedlegg 1)	18
6. Ambulansetjenesten	22
7. Mulige konsekvenser av en endret modell	26
8. Forbedringsforslag	30
9. Helsedirektoratets oppsummering og vurdering	33
10. Referanser	34
11. Vedlegg 1: Utdypet informasjon om personellsituasjonen ...	37

Sammendrag

Helsedirektoratet mottok i TB 2023 et oppdrag om å utrede hva konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei vil være og især synliggjøre konsekvensene knyttet til økt bruk av personellressurser. Representanter fra RHF-ene har deltatt i arbeidet. Rapporten innleder med historikken for følgetjeneste i Norge og en oppsummering av litteraturen for risiko for uheldige utfall for mor og barn og uplanlagte fødsler ved lang reisevei. Det er publikasjoner som dokumenterer at med økt avstand til fødeinstitusjon øker risikoen for transportfødsler. Dog er det for lite dokumentasjon til å kunne fastslå at avstanden er korrelert til risikoen for uheldige utfall for mor og barn.

Menon Economics har på oppdrag fra Helsedirektoratet [utredet konsekvensene knyttet til økt bruk av personellressurser i en egen rapport \(pdf\)](#). I Helsedirektoratets rapport gis en oppsummering av resultatene som viser analyse og beregning for antall fødende som omfattes av tilbudet, antall årsverk knyttet til å betjene tilbudet, samt den økonomiske kostnaden ved å drive tilbudet. Resultatene viser en tilnærmet dobling av fødende som vil omfattes av tilbudet. En endring til 60 minutter vil øke behovet for personell med opp mot 50 årsverk. De forventede totale kostnadene ved dagens tilbud er 82 millioner kroner. Kostnaden vil øke til totalt 143 millioner kroner ved en eventuell omlegging til tidsgrense på 60 minutter reisevei.

Rapporten omtaler også forbedringsområdene for følgetjenesten. Her fremheves blant annet viktigheten av å tilstrebe gode arbeidsmiljø som rekrutterer jordmødre, styrke samarbeidet mellom kommuner og helseforetak og styrke kompetansen til andre personellgrupper som ansatte ved prehospitale tjenester og legevakt.

Rapporten avslutter med Helsedirektoratets anbefalinger:

- Helsedirektoratet anbefaler at dagens tilbud evalueres.
- Helsedirektoratet anbefaler at nåværende grense med 90 minutter opprettholdes.
- Helsedirektoratet anbefaler at forbedringstiltakene som er beskrevet i denne rapporten vurderes å gis som oppdrag til helseforetakene for å bedre kvaliteten i dagens tilbud.

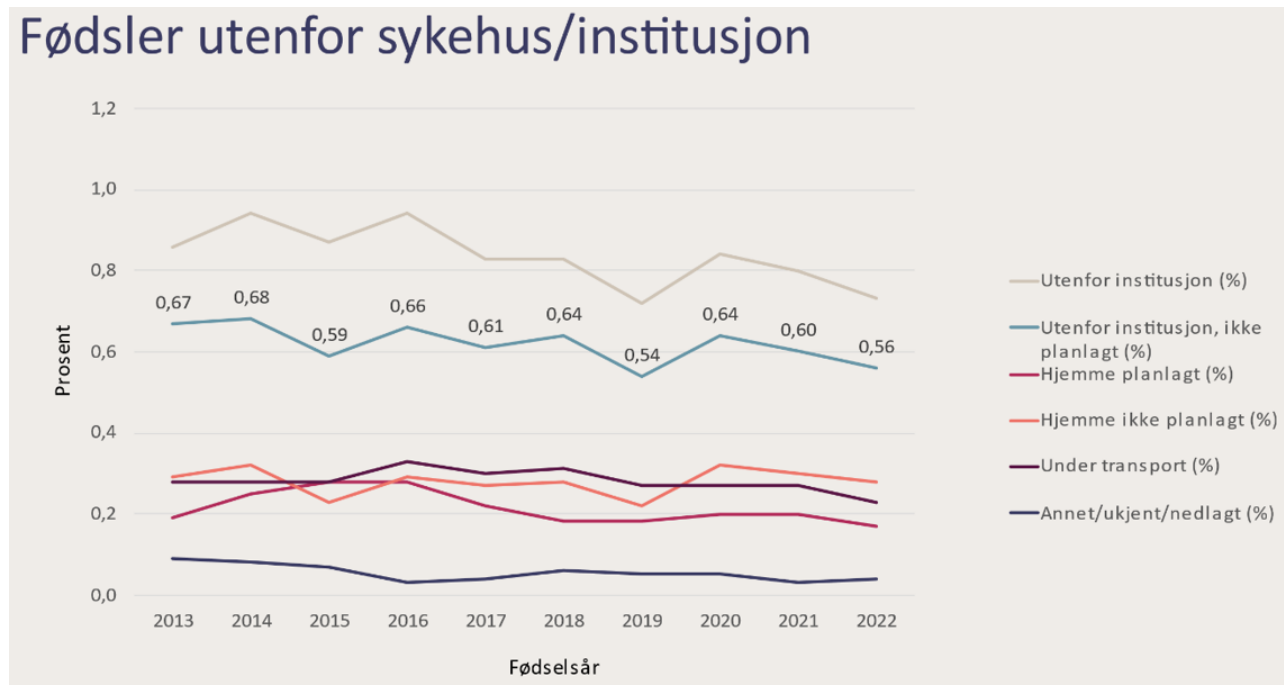
Innledning

Gravide med mer enn 90 minutters reisevei fra hjemmet til fødeinstitusjon har i dag tilbud om følge av jordmor eller lege; jmfør "Et trygt fødetilbud", Kvalitetskrav til fødselsomsorgen (Helsedirektoratet, 2010).

Følgetjenesten med vaktberedskap skal omfatte jordmor eller lege med tilstrekkelig kompetanse innen fødselshjelp. Det betyr at jordmor eller lege gjør opp klinisk status ved fødsel eller andre hendelser hos gravide (f.eks. vannavgang, blødning, premature rier), har dialog med fødeinstitusjonen og vurderer egnet transport; ambulanse - bil/båt/fly og om det er behov for følge av jordmor eller lege. I tillegg er prehospitale tjenester involvert i helsetjenestetilbudet.

Følgetjenesten skal organiseres i samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, hvorav spesialisthelsetjenesten har ansvar for å finansiere ordningen. Det er ulikt hvordan følgetjenesten er organisert i dag i regionene. Noen har møte-tjeneste, noen kombinasjonsstillinger i sykehus og kommune, mens andre har dette som en del av arbeidet sitt i kommunehelsetjenesten. Det er også store variasjoner når det gjelder beredskapsordninger, lønn, og om det i det hele tatt er etablert følgetjenestetilbud i kommuner som har gravide med mer enn 90 minutters reisevei.

Medisinsk fødselsregister presenterte i en rapport i 2021 tall på forekomsten av uplanlagte fødsler utenfor institusjon ([2020-tallene fra Medisinsk fødselsregister - FHI](#)). Helsedirektoratet har fått oppdaterte tall til og med 2022 (se bildet under). Tallene er stabile på om lag 300 fødsler per år, om noe går det litt ned siste to år når det gjelder uplanlagt fødsel hjemme og fødsel under transport. FHI påpeker at det er små tall og at det derfor er viktig å tolke variasjon fra år til år med varsomhet. I rapporten fra 2021 ble det rapportert hyppigst forekomst av uplanlagte fødsler utenfor institusjon i Trøndelag, Møre og Romsdal, og Innlandet. Av disse var det 167 som fødte uplanlagt hjemme, og det forekom hyppigst i Innlandet, Trøndelag, Rogaland og Viken.



Kilde: FHI/MFR

Andelen uplanlagte fødsler utenfor institusjon med følge av jordmor eller jordmor til stede hjemme har ikke Helsedirektoratet tall på, men tilbakemeldinger fra de regionale helseforetakene tilsier at om lag 25% benytter følgetjeneste av de som er omfattet av tilbudet.

Tidsgrensen for tilbud om følgetjeneste har over år vært debattert, og senest i 2019 behandlet Stortinget et forslag om å gi helseforetakene en lovfestet plikt til å tilby følgetjeneste for fødende med mer enn 60 minutters reisevei til fødestedet. Forslaget om å lovfeste et krav på 60 minutter ble ikke vedtatt.

Helsedirektoratet har nå blitt bedt om å utrede konsekvenser av en endring til 60 minutter med særlig fokus på personellressurser.

Om oppdraget

Helsedirektoratet mottok følgende oppdrag i tildelingsbrevet for 2023:

TB 2023-57: Oppdrag gitt i 2020 om å revidere nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen skal ferdigstilles i 2023. Som ledd i arbeidet skal Helsedirektoratet utrede hva konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei vil være. Utredningen må særlig synliggjøre konsekvensene knyttet til økt bruk av personellressurser. De regionale helseforetakene skal involveres i utredningsarbeidet.

Helsedirektoratet skal også komme med forslag til tiltak for å forbedre følgetjenesten. Det må ses i sammenheng med rapporten om endringer i fødepopulasjonen fra 2020 der følgetjeneste er omtalt.

Frist: 26. Juni

Organisering av arbeidet

Helsedirektoratet har hatt en arbeidsgruppe med representanter fra de fire regionale helseforetakene. Arbeidsgruppen har bidratt med tallgrunnlag, statusrapport for vakt- og følgetjeneste i sine regioner, utfordringsområder og forbedringsforslag samt tekstinnsnitt til rapporten. Vi har også hatt en intern arbeidsgruppe med representanter fra ulike avdelinger i Helsedirektoratet for å løse oppdraget. I tillegg har vi benyttet et eksternt konsulentfirma, Menon Economics, som har levert en egen rapport som ligger vedlagt. Konsulentfirmaet har levert på den delen av oppdraget som omhandler omfanget av gravide med tilbud om følgetjeneste, og konsekvenser for personellressurser og økonomi ved en endret modell for følgetjeneste og beredskap.

Bakgrunn

Historikk

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

Før 2010 var følgetjenesten mer eller mindre ansett som kommunens ansvar. Siden 2010 har det vært helseforetakenes ansvar å sikre beredskapen og tilby følgetjeneste. I 2012 ble ansvaret for finansiering av følgetjeneste og beredskap lagt til RHF-ene. Ifølge akutforskriften §10 har de regionale helseforetak ansvar for ambulansetjenester (HOD, 2021).

Tidsgrensen for rett til følgetjeneste har over år vært debattert, og senest i 2019 behandlet Stortinget et forslag om å gi helseforetakene en lovfestet plikt til å tilby følgetjeneste for fødende med mer enn 60 minutters reisevei til fødestedet. Forslaget om å lovfeste et krav på 60 minutter ble ikke vedtatt.

Det er skrevet flere saker i media om at kvaliteten på følgetjenesten varierer, eller er for svak, flere steder i landet. Dette inkluderer manglende samarbeid mellom helseforetak og kommune, og ulik tolking og praktisering av anbefalingen om 90 minutters reisevei. Fagforeningene rapporterer om medlemmer som opplever at kommuner satser på at jordmor rykker ut på frivillig basis for å følge fødende inn til sykehus.

I 2019 ba Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene om en kartlegging av tjenesten som ble rapportert tilbake i årsmeldingene. Helse- og omsorgsdepartementet ga videre de regionale helseforetakene i oppdrag om å få på plass følgetjeneste i samarbeid med kommunene der hvor det manglet. Samme år fikk Helsedirektoratet et oppdrag til om å se på "Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem" (Helsedirektoratet, 2020a) Rapporten skrev også om følgetjenesten.

I 2020 kom oppdraget om å revidere "Et trygt fødetilbud" på bakgrunn av overnevnte rapport. De tre normerende produktene, "Et trygt fødetilbud", "Retningslinje for hjemmefødsel" og "svangerskap passert termin" fra retningslinjen for svangerskapsomsorg, samles i ett normerende produkt; en retningslinje for fødselsomsorgen. Retningslinjen vil også omfatte en anbefaling om følgetjeneste og vaktberedskap. Arbeidet med retningslinjen ble forsinket på grunn av pandemien. Ekstern høring ble avsluttet i januar 2023 og det planlegges publisering i løpet av 2023.

Gjennomgang av litteratur

Noe forskning er gjort på tematikken, både når det gjelder risiko for å føde uplanlagt utenfor institusjon, utfall for mor og barn, og hvordan de ulike aktørene opplever en slik situasjon. FHI har bistått Helsedirektoratet i søk etter litteratur, i tillegg til at de har laget kunnskapsoppsummeringen med tittel "Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende" (Folkehelseinstituttet, 2021). Vi er også kjent med at FHI har pågående forskning på betydning av fødested for utfall for mor og barn, hvor uplanlagte fødsler utenfor institusjon er en av kategoriene for fødested. Tallene er foreløpige, og omtales derfor ikke her. Det er også en artikkel som venter på publisasjon i "The Lancet" som omhandler

risikoen for uheldige utfall for mor og barn relatert til fødeinstitusjonens størrelse (antall fødsler på år), samt reisetid.

I denne rapporten vil vi dele inn kunnskapsgrunnlaget i de ovennevnte tema. Litteraturen er både norsk og internasjonal. Den internasjonale litteraturen om følgetjeneste og beredskap som er vurdert, gjenspeiler forhold i svangerskaps- og fødselsomsorgen fra land som kan være sammenlignbare med Norge.

Risiko for å føde uplanlagt utenfor institusjon

Kunnskapsoppsummeringen fra FHI konkluderte med at en reiseavstand over 60 minutter til fødeinstitusjon sannsynligvis gir en stor økning i oddsen for ikke-planlagt fødsel utenfor fødeinstitusjon (Folkehelseinstituttet, 2021). De sammenlignet avstand på over eller under 60 minutter til fødested.

Sverige publiserte i 2019 en stor kohort- studie som inkluderte 365 604 kvinner i tidsrommet 2014-2017 (Ortqvist, Haas, Ahlberg, Norman, & Stephansson, 2021). De fant at av de som fødte uplanlagt utenfor institusjon hadde 65% reisevei på under 30 minutter. Risikoen for uplanlagt fødsel utenfor institusjon doblet seg ved 31-60 minutters reisevei, og var mer enn tredoblet ved reisevei over 60 minutter sammenlignet med under 30 minutters reisevei.

En systematisk oversiktsartikkel fra 2020 fant at avstand til fødeinstitusjon har innvirkning på risiko for å føde uplanlagt utenfor institusjon (Malouf et al., 2020). Denne artikkelen oppga avstand i kilometer og ikke i tid. De fant at jo lengere avstand man hadde til fødeinstitusjon jo større risiko for å føde før ankomst. Artikkelen har kun inkludert studier fra høyinntekstland med full dekning for helsehjelp enten ved forsikring eller via offentlig helsetjeneste.

Utfall for mor og barn ved uplanlagt fødsel utenfor institusjon

Kunnskapsoppsummeringen fra FHI konkluderer med at en avstand over 60 minutter fra fødeinstitusjon gir kanskje en liten økning i risikoen for eklampsi/HELLP og mulig risiko for igangsetting av fødsel av logistiske grunner (Folkehelseinstituttet, 2021). De kan ikke si noe sikkert om betydningen av avstand på andre utfall for gravide/fødende og fostre eller nyfødte på grunnlag av de inkluderte studiene. De beskriver behov for mer forskning og da med mer standardiserte målemetoder. Det er viktig å merke seg at det også mangler forskning om effekter av følgetjeneste for fødende med lang reisevei til fødeinstitusjon, for alle relevante utfall.

Malouf et. al. sin oversiktsartikkel indikerer at det var lite evidens for uheldige maternelle og neonatale utfall. De inkluderte studiene hadde inkonsistente utfallsmål og ujusterte data (Malouf et al., 2020).

Den svenske kohort-studien av Örtqvist et. al. så også på utfall for foster og det nyfødte barnet (Ortqvist et al., 2021). De fant ingen sammenheng mellom uplanlagt fødsel utenfor institusjon og nyfødt sykелighet. De fant ikke en statistisk signifikant sammenheng mellom uplanlagt fødsel utenfor institusjon og dødfødsel, peripartum død, perinatal død og neonatal død, etter justerte analyser. Populasjonen som fødte uplanlagt utenfor institusjon var generelt eldre, rapporterte hyppigere røyking og hadde lavere BMI ved svangerskapets start enn de som fødte på fødeinstitusjon. Av kvinner født utenfor Norden var det kvinner fra land sør for Sahara som hadde den høyeste andelen av fødsler utenfor institusjon. Forskerne indikerer at sosioøkonomiske faktorer som mors fødeland kan påvirke risikoen for uheldige utfall for foster og nyfødte barn.

En annen artikkel basert på den samme svenske kohorten så på mulige konsekvenser for den fødende (Holowko, Haas, Ahlberg, Stephansson, & Ortvist, 2023). De fant at kvinner med reisevei over eller lik 60 minutter gjerne kom tidligere til fødeinstitusjonen, og hadde dermed et lenger opphold der enn de med kortere reisevei. Kvinner med over 60 minutters reisevei hadde økt risiko for planlagt keisersnitt, men lavere risiko for store perinealrifter og postpartumbldning, i denne studien definert som blødning over 1000ml. Kvinner med reisevei over 60 minutter var i denne studien yngre, med en høyere BMI, og flere nordisk fødte enn i gruppen med kortere reisevei.

Minion et. al har sett på reisetid til fødeinstitusjon og komplikasjoner for mor og barn i Pennsylvania (Minion, Krans, Brooks, Mendez, & Haggerty, 2022). Studien er en kohort-studie med over 600 000 inkluderte i tidsrommet 2011- 2015. De fant en sammenheng mellom økt reisevei og risiko for uheldige maternelle utfall, samt innleggelse på nyfødtavdeling. De setter spørsmålsteget ved om funnene deres er på bakgrunn av reisevei eller om behandlingen på fødeinstitusjonen kan påvirke resultatene, og belyser behov for mer forskning. Reisetid i denne studien er oppgitt i kilometer og ikke tid.

Flanagan et. al. ville teste oppfatningen om at uplanlagt fødsel utenfor institusjon skjer sjelden, og forløper normalt og ukomplisert (Flanagan, Lord, & Barnes, 2017). Forskerne undersøkte alle prehospitale fødsler som hadde skjedd før eller under ambulansetjeneste i tidsrommet 2010 og 2011 i Queensland, Australia; til sammen 6135 journaler fra kvinner og barn. De fant:

- Antenatal og/eller intrapartum komplikasjoner i 27.3% av tilfellene
- Avvikende maternelle vitalia i 30% av tilfellene
- Av de 5722 kvinnene som ble transportert av ambulanse fødte 10.8% utenfor institusjon
- Majoriteten av de som fødte utenfor institusjon var fleregangsfødende
- Av de som hadde dokumentert Apgar-skår hadde 21,8% Apgar-skår under eller lik 7

De konkluderte med at selv om transportfødsler representerer under 1% av alle fødsler i Queenslandregionen, og mange av dem er ukompliserte, er det grunnlag for at ambulansepersonell trenger økt kompetanse på fødsel og komplikasjoner for å kunne håndtere dette bedre.

Woodward et.al har gjort en studie i North Carolina på sammenhengen mellom prenatalt stressnivå og avstand til fødeinstitusjon (Woodward et al., 2023). De fant en økning i prenatalt stress per 10 minutter lenger avstand til fødested, og kvinner som nylig hadde opplevd at deres nærmeste fødested hadde stengt, hadde et økt stressnivå.

Aktørenes opplevelse av uplanlagt fødsel utenfor institusjon

De fødende og partner

En norsk studie intervjuet 10 kvinner om deres opplevelser med uplanlagt fødsel utenfor institusjon (Vik, Haukeland, & Dahl, 2016). 2 av kvinnene var førstegangsfødende og 8 var fleregangsfødende, alle fra helseregion vest. Kvinnene beskriver jordmødre ved fødeinstitusjoner som portvakter, og at det var vanskelig å få komme inn til fødeinstitusjonen. De opplevde at de ikke ble tatt på alvor og at det ble argumentert med travle og fulle avdelinger. De beskrev det å føde før ankomst som dramatisk, men at det på et tidspunkt gikk fra redsel for å føde alene til en følelse av mestring og styrke. De beskriver det å føde alene som en spesiell opplevelse som ikke alltid anerkjennes av jordmødre. Det samme beskriver fedrene i en annen norsk studie (Jarneid, Gjestad, Roseth, & Dahl, 2020). De følte stolthet, mestring og glede etter fødselen, men ingen spurte dem om hvordan de hadde det. De savnet en samtale om hvordan de hadde opplevd situasjonen og en mulighet til å snakke igjennom det med for eksempel en jordmor, da de ellers

ble sittende alene med opplevelsen sin. Jarneid et. al. gjorde en kvalitativ studie med intervju av 12 fedre fra 6 ulike fylker i Norge, som hadde vært til stede under uplanlagt fødsel utenfor institusjon i perioden 2015-2020; 3 førstegangsfedre, resten fleregangsfedre. Fedrene beskrev ellers stress og uro for hvordan de skulle klare å beholde roen og tenke rasjonelt i en situasjon de var totalt uforberedt på. De beskrev behov for hjelp og en betryggende følelse når de oppnådde kontakt med kvalifisert helsepersonell. De opplevde en økt tilknytning til både barnet sitt og partneren sin, men de følte seg ekskludert og lite ivaretatt etter fødsel. WHO sine prinsipper for perinatal omsorg fremhever viktigheten av at partners behov anerkjennes på lik linje med kvinnen og barnets behov (World Health Organization. Regional Office for, 2002).

En svensk studie støtter funnene fra den norske studien om kvinners opplevelse (Erlandsson, Lustig, & Lindgren, 2015). De beskriver også balansen av følelser mellom redsel og styrke, selvtillit og stolthet, samt frykten for hva som kunne gått galt i ettertid. Denne studien inkluderte 8 kvinner 1-3 år etter de hadde født. En annen svensk studie fant det samme da de sendte ut spørreskjema til kvinner som hadde født uplanlagt utenfor institusjon (Svedberg, Stromback, & Engstrom, 2020). Totalt 9 fødselshistorier ble inkludert. Kvinnene i den studien fremhevet også viktigheten av at ambulansepersonellet fremstod rolige og trygge uavhengig av alvorlighetsgraden i situasjonen, og at de lyttet og hensyntok kvinnenens ønsker.

Helsepersonell

En norsk studie undersøkte ambulansearbeideres opplevelse av fødsel utenfor institusjon (Vagle, Haukeland, Dahl, Aasheim, & Vik, 2019). De inkluderte 12 ambulansearbeidere, alle fra helseregion vest, og de gjorde tre hovedfunn:

- Diskrepans mellom samfunnets forventninger og hva ambulansepersonell faktisk har av kompetanse i fødselsomsorg.
- Praktiske utfordringer i samarbeid med sykehus-jordmødre.
- Mangel på læresituasjoner, samtidig som de er forventet å kunne bidra i en akutsituasjon. De beskriver en forventning fra jordmødrene som er med i følgetjeneste at de skal holde seg i bakgrunnen inntil det er behov for dem.

Funnene fra den norske studien støttes av flere forskere.

En svensk studie intervjuet 9 spesialiserte ambulansesykepleiere som hadde vært til stede under en eller flere fødsler prehospitalt (Persson, Engstrom, Burstrom, & Juuso, 2019). De følte angst og stress, men også glede og lettelse når fødselen var overstått. De følte seg lite forberedt med for lav kompetanse og ønsket seg mer trening/utdanning. Som tiltak ble det foreslått scenariotrening.

En australsk studie støtter også disse funnene (Hill, Flanagan, Mills, Hansen, & Hopper, 2022). De inkluderte 14 ambulansearbeidere med ulik fartstid og erfaring. De uttrykte lav selvtillit og frykt i møte med fødsler. De hadde ingen opplæring i fødselshjelp under studiet, og kun sporadisk eller ingen trening etter at de har begynt å jobbe. De erkjente at kunnskapsnivået deres i verste fall kunne påvirke utfallet for den fødende og barnet.

En tysk studie så på alle fødsler utenfor institusjon i tidsrommet 2007-2011, i Hamburg (Hensel et al., 2022). De fant at 103 barn var født utenfor institusjon i det aktuelle tidsrommet, noe som utgjorde 0,1% av alle fødsler. De konkluderte utfra det med at ambulansearbeidere får lite mengdetrening på dette og at det må kompenseres for ved trening på annet vis.

I Norge er det gjort en kvalitativ studie med intervju av 12 jordmødre som jobber med beredskap og følgetjeneste (Jakobsen, Udjus, Roseth, & Dahl, 2023). Jordmødrene følte følgetjeneste-oppgaven som et stort ansvar, men at det samtidig var veldig givende. Det å være i vakt og beredskap ble en livsstil, og de ble motivert av relasjonene til kvinnene de hadde vakt og beredskap for. Det var viktig for kvinnene at

jordmødrene fremstod trygge og erfarne. Jordmødrene så på samarbeid med annet helsepersonell som avgjørende for god følgetjeneste. Jordmødrene løftet forbedringsområder som debriefing, ivaretagelse og fellesskap. Noen følte seg veldig alene både om ansvaret og med opplevelsene. De løftet behovet for en arena der de kunne dele opplevelser og erfaringer med andre kollegaer.

Oppsummering/diskusjon

Forskere finner sammenheng mellom reisetid til fødested og risiko for uplanlagt fødsel utenfor institusjon. Likevel er det slik at den største andelen av de som føder før ankomst er de som bor nærmest, stort sett definert som reisevei under 30 minutter. Man kan tenke seg flere årsaker til dette. En hovedårsak kan man tenke seg er at det største volumet av fødende bor nært fødeinstitusjonene slik at i absolutte tall blir andelen størst for de med kort vei (Haugen & Hove, 2023). En annen årsak kan være at med kort reisevei velger man å vente lenger hjemme fordi man forventer å rekke frem. Man har gjerne en god formening om hvordan man skal komme seg til fødestedet både med tanke på transportmiddel og reiserute, og hvor lang tid man må beregne på ulike tider av døgnet. Det man ikke kan beregne er hvor lang tid en fødsel vil ta, og det kan medføre at planen man har lagt på forhånd gjør at man ikke rekker inn. En annen årsak kan være at jordmoren man ringer til på fødestedet anmoder om å være hjemme lenger på bakgrunn av forskjellige årsaker. Det kan være en misoppfattelse av situasjonsbeskrivelsen fra den som ringer eller at det er fullt i "herberget" og jordmor anser det som trygt at den fødende venter hjemme litt til på bakgrunn av situasjonsforståelsen. Noen beskriver at de møter jordmødre de opplever som portvakter (Vik et al., 2016) og at man må ha en bestemt situasjonsbeskrivelse for å få komme inn til fødestedet. Man kan tenke seg at i dagens situasjon med høyt press på de store klinikkene, må jordmødre gjøre såkalt strengere vurderinger på telefonen for å unngå at fødende som ikke er i aktiv fødsel eller av andre grunner ikke har behov for overvåking/behandling eller trygghet opptar en plass i avdelingen.

Dette med portvaks fenomen viser også studiene til Eri et al. som inkluderte henholdsvis 17 førstegangsfødende og 18 jordmødre (T. Eri, Blystad, Gjengedal, & Blaaka, 2010) og (T. S. Eri, Blystad, Gjengedal, & Blaaka, 2011). Kvinnene beskrev utfordringer med å argumentere/forhandle for at de skulle få komme inn til fødeavdelingen, at det var diskrepans mellom hva som var den teoretiske definisjonen på aktiv fødsel og hva de selv følte behov for, og frykten for å bli sendt hjem igjen. Jordmødrene beskrev en tilnærming som var at de oppfordret kvinnene til å være hjemme så lenge som mulig for deres eget beste. Flanagan et. al gjorde en studie i Australia som inkluderte 22 kvinner som hadde født uplanlagt utenfor institusjon de siste fem årene (Flanagan, Lord, Reed, & Crimmins, 2019). De beskriver det samme i forhold til portvaks fenomenet, samt frykten for unødige medisinske intervensjoner dersom de kom for tidlig til fødeinstitusjonen.

Det er flere studier som undersøker sammenhengen mellom reisetid/reiseavstand og risiko for uheldige utfall for mor og/eller barn, men det dokumenteres ikke at det er en sikker sammenheng.

Enkelte studier viser en forskjell på risiko for uheldige utfall dersom man faktisk føder/blir født uplanlagt før ankomst til fødestedet. En medvirkende faktor kan være kompetansen til fødselshjelperen under transport. WHO fremhever viktigheten av kvalifisert personell for en trygg fødselsomsorg (WHO, 2018). I Norge er ikke prehospitalt personell opplært i fødselshjelp, og kvalifisert personell er av Helsedirektoratet definert som jordmor eller lege (Helsedirektoratet, 2020a). Dersom man ikke har følgetjeneste av jordmor eller lege er det enten prehospitalt personell eller andre hjelpere, for eksempel partner, som bistår fødselen og det er mindre mulighet for å forebygge og håndtere komplikasjoner både for mor og barn.

Refererte studier viser også at det er ulik demografi på populasjonen som bor i sentrale strøk og de som bor lenger unna fødeinstitusjonene. Man kan tenke seg at det også kan påvirke risiko ved manglede overvåking og kvalifisert fødselshjelp, da noen av disse gruppene har økt risiko for komplikasjoner også ved fødsel på institusjon med riktig omsorgsnivå. Det kan også være varierende tilgang på jordmor/lege for

vurderinger lokalt av for eksempel stadium i fødsel, hastegrad og risikovurdering før en eventuell transport til fødested.

Når det gjelder aktørenes opplevelser av uplanlagt fødsel utenfor institusjon er det gjennomgående de samme funnene i litteraturen. Kvinnene føler seg tidvis redde og utrygge, men på et tidspunkt endrer det seg til mestring og stolthet. Tilsvarende følelses-spenn finner man hos fedrene. Vi har ikke sett studier på om det påvirker fremtidige fødsler, men det er diskutert som behov for videre forskning i flere av studiene.

Når det gjelder helsepersonell er det primært ambulansepersonell som er inkludert i studiene. De opplever at de kommer til kort med kompetansen de har fra sin utdanning, og at det er lite mulighet for opplæring og trening etter endt utdanning. De beskriver paradokset mellom å være forventet å kunne bidra i en akutt-situasjon, men samtidig holde seg i bakgrunnen inntil behovet er der. Dermed får de få læresituasjoner. Jordmødre i følgetjeneste beskriver følelsen av et stort ansvar, men at de føler en lojalitet til kvinnene det gjelder og trives med relasjonene.

Helsedirektoratet har fått tall fra noen av helseforetakene når det gjelder antall fødsler utenfor institusjon og utkomme for mor og barn. Ettersom dette ikke er data som er hentet systematisk med de samme utfallsmålene gjengir vi ikke de i denne rapporten.

Dagens situasjon (sammendrag fra de regionale helseforetakene)

Organisering av følgetjeneste for fødende med mer enn 90 minutters reisevei er organisert ulikt i landet, og da behovene er ulike, er dette forventet. Det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder antall gravide som omfattes av følgetjenestetilbudet, antall kommuner med avtale om følgetjeneste og antall jordmødre tilgjengelig til å ta på seg følgetjenesteoppdrag. I tillegg fører ulik geografi, ulik organisering av fødetilbudet og ulik tilgjengelighet av sykehusinnleggelse eller andre overnattingstilbud i forkant av termin, til at helseforetakene og kommunene organiserer dette forskjellig. Helseforetakene melder også om variasjon i avtaler inngått med jordmødrene/kommunene, varierende muligheter til å samarbeide om følgetjeneste med andre helseforetak, og om det er jordmødre eller andre helsepersonell-grupper (som leger eller ambulansearbeidere) som ivaretar hele eller deler av følgetjeneste-oppdragene. Dette medfører at ressurs-bruken varierer. Det er også ulikt om tilbudet om følgetjeneste praktiseres ut fra avstand fra hjemmet til fødeinstitusjonen, eller fra kommunesenteret til fødeinstitusjonen. De regionale helseforetakene har rapportert organisering av tjenestene på ulike måter, og dette gjenspeiles i beskrivelsen. Helseforetakene har også meldt inn tall på antall kommuner, fødsler, ressursbruk og antall gjennomførte oppdrag noe ulikt, og disse tallene gjengis ikke her.

Helse Vest regionale helseforetak

Helse Vest består av helseforetakene Helse Bergen, Helse Førde, Helse Fonna og Helse Stavanger, alle med fødeinstitusjon. Det er til sammen 6 fødeinstitusjoner med 2 ulike behandlingsnivå, fødeavdeling og kvinneklinikk. Helse Stavanger organiserer ikke følgetjeneste.

Helseforetakene har ulike løsninger for å sikre følgetjeneste, og det kan være flere løsninger innen samme helseforetak:

- Avtaler mellom helseforetak og kommunalt ansatte jordmødre, der helseforetakene refunderer kommunens utgifter/kjøper beredskap og følgetjeneste
- Noe interkommunalt samarbeid

- Utrykning fra føde/barselavdelinger deler av døgnet (Helse Førde, Helse Fonna)
- Jordmor ansatt på føde/barselavdeling tilgjengelig på hjemmevakt deler av døgnet
- Følgetjeneste ivaretatt av AMK/legevakt (3 kommuner, helse Bergen)

Helseforetakene benytter vanligvis både ambulanse og ambulansebåt i følgetjeneste-oppdragene.

Helse Bergen tilbyr kvinner opphold på pasienthotell fra uke 38, uten at det foreligger medisinsk indikasjon. Kun 3 kvinner benyttet dette tilbudet i 2022. Helse Førde tilbyr overnatting nær fødeinstitusjon eller på pasienthotell før termin for kvinner med lang reisevei.

Helse Sør-Øst regionale helseforetak

Helse Sør-Øst består av 8 helseforetak med fødeinstitusjon; Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Sykehuset Østfold, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet, Sykehuset Telemark, Sørlandet sykehus og Vestre Viken. De 4 sistnevnte helseforetakene organiserer følgetjeneste. De helseforetakene som organiserer følgetjeneste har til sammen 12 fødeinstitusjoner med 3 ulike behandlingsnivå, både fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker.

Helseforetakene har ulike løsninger for å organisere følgetjeneste, og det kan være flere løsninger innen samme helseforetak:

- Avtaler mellom helseforetak og kommunalt ansatte jordmødre, der helseforetakene refunderer kommunens utgifter/kjøper beredskap og følgetjeneste.
- Felles jordmor-base noen steder (Innlandet, Telemark)
- Noe interkommunalt samarbeid
- Helseforetakets egne jordmødre leies ut til kommunene og ivaretar svangerskapsoppfølging og følgetjeneste fra fødestue (Innlandet)
- Følgetjeneste ivaretas av AMK/legevakt deler av døgnet

Helse Midt-Norge regionale helseforetak

Helse Midt-Norge består av 3 helseforetak, alle med fødeinstitusjon; St. Olavs hospital, Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag. Det er til sammen 6 fødeinstitusjoner med 2 ulike behandlingsnivå, fødeavdelinger og kvinneklinikker.

Helseforetakene har ulike løsninger for å organisere følgetjeneste, og det kan være flere løsninger innen samme helseforetak:

- Avtaler mellom helseforetak og kommunalt ansatte jordmødre, der helseforetakene refunderer kommunens utgifter/kjøper beredskap og følgetjeneste
- Felles jordmor-base (Kristiansund)
- Noe interkommunalt samarbeid
- Avtale der et helseforetak (HMR) kan benytte et annet helseforetaks følgetjeneste (St.Olav)
- Tilstreber kombinerte stillinger kommune/fødeavdeling for opprettholdelse av kompetanse (St. Olav)
- Behovsutløst beredskap i 3 kommuner (trer i kraft 6 dager før termin og varer til fødsel)

St. Olavs hospital tilbyr overnatting på pasienthotell for kvinner med lang reisevei. Helse Møre og Romsdal har også tilbud om overnatting nær fødeinstitusjon 2 uker før termin for kvinner med lang reisevei og deres partner. Det tilbys også en ekstra kontroll/samtale på fødeinstitusjonen mot slutten av svangerskapet for økt trygghet. For øvrig tilbys innleggelse, pasienthotell eller annen overnatting nær fødeinstitusjon også til andre gravide etter individuell vurdering, uavhengig av reiseavstand.

Det benyttes vanligvis både ambulanse og/eller ambulansebåt i følgetjeneste-oppdragene.

Helse Nord regionale helseforetak

Helse Nord består av 4 helseforetak med fødeinstitusjon; Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. Det er til sammen 11 fødeinstitusjoner med 3 ulike behandlingsnivå, fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker.

Helseforetakene har ulike løsninger for å organisere følgetjeneste, og det kan være flere løsninger innen samme helseforetak:

- 3 av 4 helseforetak, med unntak av Helgelandssykehuset, har avtaler med kommunalt ansatte jordmødre, der helseforetakene refunderer kommunens utgifter/kjøper beredskap og følgetjeneste
- Noe interkommunalt samarbeid
- Ikke alle avtaler inkluderer døgnskuttet beredskap, noen avtaler i Finnmark er behovsutløst.
- Noen steder ivaretas følgetjeneste fra fødestue (Helgeland, Finnmark, Nordlandssykehuset)
- UNN har avtale der følgetjeneste ivaretas fra fødestuer, men jordmødrene er kommunalt ansatt
- Følgetjeneste fra lokal fødeinstitusjon dersom kvinnen er selektert til å føde på et høyere omsorgsnivå vurderes etter behov, men forekommer relativt sjeldent
- I perioder med alternerende stengning i forbindelse med sommerferiedrift etableres følgetjeneste fra Narvik og Harstad til fødeinstitusjon som holder åpent. Sommerstengt fødeavdeling og fødestue på Helgeland ivaretar også følgetjeneste på sommeren.
- Følgetjeneste ivaretas av leger i en kommune (Hattfjelldal på Helgeland)
- Praktisering av møtekjøring av jordmor fra fødeinstitusjon til ambulanse (Helgeland). Dette er ikke hensyntatt i bemanningen, og kan kun gjøres ved rolig avdeling og det er jordmødre til stede som ønsker å rykke ut. Dette inngår altså ikke i planleggingen av tjenestetilbudet ved fødeavdelingen.

Bardu kommune har på eget initiativ opprettet en 50 % stilling avsatt til følgetjeneste der utgiftene per i dag ikke refunderes av UNN.

Bindal kommune har grunnet geografi valgt å ha følgetjeneste fra Trøndelag (Helse Midt-Norge RHF).

Alle helseforetakene tilbyr kvinner med tilbud om følgetjeneste overnatting nær fødeinstitusjon i ukene før termin, det gjelder også for kvinner bosatt på Svalbard.

Det benyttes vanligvis både bilambulanse og/eller ambulansebåt, helikopter/ambulansefly i følgetjeneste-oppdragene.

Generelt om organisering

Disse punktene er ulikt beskrevet, og av enkelte helseforetak ikke beskrevet:

- Organisering av opprettholdelse av kompetanse varierer. Noen steder deltar følgetjeneste-jordmødre på helseforetakenes fagdager, eller hospiterer jevnlig ved fødeinstitusjon. Andre steder organiserer kommunene egne fagdager.
- Lønnskostnadene varierer både når det gjelder fastlønn og avlønning av beredskap/utrykning. Avlønning for beredskapstid ligger mellom 1:1-1:5. Kompensasjon ved utrykning i hviletid varierer mellom 50% til 100%
- Organisering og ansvar for administrasjon er ulikt organisert, og øvrige arbeidsoppgaver for de kommunalt ansatte (svangerskaps/barselomsorg/andre oppgaver) varierer

- Det er ulikt om lokalisering av beredskapen er sentralisert et fast sted eller ikke. Det antas at noen jordmødre er i beredskap fra hjemmet

Ikke alle følgetjeneste-opppdrag fører nødvendigvis til at jordmor følger til fødeinstitusjonen. De fleste oppdrag omhandler vurderinger av hvorvidt kvinnene er i aktiv fødsel eller ikke, og om de har behov for følge av jordmor. Det er stor variasjon i hvor mange som har tilbud om følgetjeneste, og som faktisk benytter tilbudet.

Utfordringer i følgetjenesten med dagens organisering

Helseforetakene beskriver utfordringsbildet med dagens ordning noe ulikt, men flere utfordringer virker å være felles:

Begrenset tilgang på jordmødre

Begrenset tilgang på jordmødre gjør allerede i dag rekruttering til følgetjeneste-opppdrag utfordrende. Enkelte kommuner har ikke lyktes med å rekruttere da det ikke er jordmødre tilgjengelig, og mangler derfor følgetjeneste. Særlig utfordrende er det å rekruttere til små stillinger, eller stillingsandeler mindre enn 100%, i kommuner med få fødsler.

Begrenset jordmor-tilgang fører også til at flere helseforetak har problemer med å rekruttere fast ansatte til fødeinstitusjoner, og ser det som utfordrende å måtte avse jordmødre til følgetjeneste.

Rekrutteringsproblemer kan føre til at helseforetakene ikke oppnår en fast stab av ansatte, og blir avhengige av dyre vikarløsninger. Dette kan gå ut over muligheten til å sikre en forsvarlig drift på fødeinstitusjonene.

Ivaretagelse av følgetjeneste fordrer et samarbeid med prehospitale tjenester. Ved overflytting til et høyere omsorgsnivå, kan det være vanskelig å sende med jordmor, da det ikke finnes ressurser på de små fødeavdelingene til dette.

Enkelte fødeavdelinger praktiserer møtetjeneste i dag, men det er ikke tilstrekkelig bemanning til å kunne garantere at dette praktiseres.

Det kan også være begrensede muligheter til å benytte legevaktslege til slike oppdrag, men i noen kommuner ivaretas følgetjenesten av fastleger/legevakt. Tilbakemelding fra Helgeland er at det ikke er ønsket av fødekvinnene, de ønsker følge av jordmor.

Økonomiske rammer og avlønning av jordmødre

Utfordrende økonomiske rammer beskrives for flere av fødeavdelingene. Følgetjenesten har vært vanskelig å kostnadsberegne, og derav vanskelig å ressurs-sette. Ivaretagelse av følgetjeneste har vist seg å være en større kostnad for helseforetakene enn forventet, og kostnadene kan være høyere enn budsjettet. Det beskrives at det er beredskapen som koster, ikke antall kvinner som faktisk får følge til fødeinstitusjonen.

For kommunehelsetjenesten kan det være kostbart; noen kommuner opplever at de ikke får refundert det følgetjenesten faktisk koster.

Det kan være stor variasjon i kommunene når det gjelder antall gravide og omfang av beredskap og følgetjeneste. Det blir foreslått at det bør være sentrale føringer på et nedre antall fødende i en kommune

før det er nødvendig med samarbeidsavtale med kommunene, for å unngå at det er uforholdsmessig dyrt for relativt få fødende flere steder i landet. Alternativt inngå behovsutløst følgetjeneste.

Avlønning av jordmødre til følgetjeneste-oppdrag varierer, og forskjellige kommuner fastsetter ulik lønn til kommunalt ansatte jordmødre med ansvar for følgetjeneste. Ulikhet i avlønning, særlig i samme region, kan skape utfordringer for rekruttering og kan være en kilde til frustrasjon.

Uforutsigbarhet

Det er en utfordring å beregne behovet for følgetjeneste, og det meldes også at det er vanskelig å planlegge budsjettmessig.

Samarbeid mellom kommuner og helseforetak

Siden 2010 har det vært helseforetakenes ansvar å sikre beredskap og tilby følgetjeneste, og i 2012 ble ansvaret for finansiering av følgetjeneste og beredskap lagt til RHF-ene. Helseforetakene beskriver at et fungerende tjenestetilbud er helt avhengig av et samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, men at dette samarbeidet ikke alltid fungerer optimalt. Blant annet ansettes jordmødre i enkelte kommuner med behov for følgetjeneste, uten at ansettelsen inkluderer følgetjeneste. Enkelte helseforetak beskriver at det savnes sentrale føringer på at kommunene også har et medansvar for følgetjeneste, slik at tjenesten forankres kommunalt, gjerne interkommunalt. I dagens organisering er det heller ikke tydelige nok avtaler for hva foretakene er ansvarlig for å ivareta. Er for eksempel helseforetaket ansvarlig for å sørge for utgifter knyttet til transport av jordmor ved bruk av leasingbil?

Andre utfordringer

Helse Nord beskriver særskilte utfordringer knyttet til geografiske forhold som lange avstander, bosetting på øyer uten fastlandsforbindelse, og tidvis utsatte værforhold. Få innbyggere og spredt bosetting medfører at det bor kvinner flere steder som bør ha tilbud om følgetjeneste, men det er vanskelig å få nok jordmødre til å ivareta det. Også flere av de andre helseforetakene beskriver de samme utfordringene, men de trekkes særlig frem i nord. Flere steder har man til nå forsøkt å løse dette med at kvinnene får tilbud om å bo i nærheten av nærmeste sykehus i påvente av fødsel. For flere er dette ikke en gunstig løsning, da kvinnen blir lenge borte fra familien og hjemmet, og det er ulikt hvor mange som benytter seg av tilbudet. For noen kvinner er imidlertid dette eneste mulighet, for eksempel kvinner fra Finnmark som er selektert til å føde på UNN. Det er variasjon mellom helseforetakene rundt hva som dekkes ved behov for opphold nært fødested når det nærmer seg termin. Enkelte steder dekkes opphold også for partner, og det er ulikt hvor mange dager i forkant av termin kvinnene kan benytte seg av tilbudet. Muligheten til å dekke reise og opphold for partner er beskrevet blant annet i "Forskrift om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester" (pasientreiseforskriften) [Forskrift om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester \(pasientreiseforskriften\) - Lovdata](#), men regelverket praktiseres ulikt.

I Finnmark og Nord-Troms kan lange avstander også skape utfordringer ved at kommunen i perioder er uten jordmor-vakt om det ikke er bakvakt til stede som kan overta vakt i kommunen. Dette kan også gjelde vakthavende lege som ikke kan være borte fra kommunen over tid. I enkelte tilfeller er ikke jordmor som bistår med følge til fødeinstitusjon tilbake i kommunen før neste dag, da det kan være nødvendig å benytte rutegående transport for hjemreise. Fra Helgeland meldes det også om manglende rutiner for å få jordmor hjem etter endt følgeoppdrag til Bodø, og jordmødrene må selv legge ut for transport og eventuell overnatting.

Helgeland beskriver at pre-hospital tjeneste kan bli stående alene med kvinner som skulle hatt følge av jordmor, og denne helsepersonell-gruppen har mindre fagkunnskap og mengdetrening for å håndtere gravide og fødende. Denne utfordringen forsøkes løst ved faste årlige øvinger sammen med AMK og

prehospital tjeneste. Ambulansepersonell har ikke ordinasjon på medikamenter til å stoppe for eksempel blødninger hos mor etter fødsel.

St. Olav hospital beskriver at det er en utfordring at nåværende organisering av følgetjenesten i landet ikke er godt evaluert. Dette gjelder både nytte, kostnader, og omfang/faktisk bruk av tjenesten. Det har vært vanskelig å hente ut eksakte tall rundt dagens organisering, og tjenesten mangler data og oversikt over faktisk bruk: Antall telefoner, konsultasjoner, turer som har endt med retur til hjemstedet da de allikevel ikke var i fødsel, antall transportfødseler med følgetjeneste involvert og så videre.

Helse Sør-Øst beskriver at følge- og beredskapstjeneste medfører økt ansvar i ferier og helger, da det oppholder seg gravide turister særlig i de store hyttekommunene i Innlandet, Telemark, Viken og Sørlandet. Disse har krav på helsehjelp, og det er særlig sårbart under ferieavvikling da tjenestene er marginalt bemannet.

Helseforetakene beskriver også at tilbud om følgetjeneste krever en del administrasjon, både planlegging og administrering av fakturaer og krav.

Personellsituasjonen (utdypet i vedlegg 1)

Overordnet om helsepersonellsituasjonen

Tall fra NAV estimerer at det er en mangel på nesten 13 000 helsepersonell innen helse- og omsorgstjenestene (NAV, 2023) samtidig har det i Norge vært en stor vekst over tid og vi har god dekning i et internasjonalt perspektiv. Norge har en av de høyeste lege- og sykepleierdekningen i Europa (Tid for handling, 2023) og har ligget blant de 10 landene med høyest jordmordekning de siste 10 årene samtidig som det har vært endringer i fødepopulasjon og endret arbeidsfelt (WHO, 2022). 15 prosent av alle sysselsatte i Norge jobber i helse- og omsorgstjenestene som er det høyeste i EU/EØS (Tid for handling, 2023) Det tilsier at vi ligger høyt på personelldekning samlet sett også.

Det er flere faktorer som er med og påvirker helsepersonellmangelen. Den demografiske utviklingen mot at det blir stadig flere eldre, flere som (over)lever med kroniske sykdommer over tid, økte forventninger og styrkede pasientrettigheter, sentraliseringstrender samt at noe helsepersonell ikke ønsker å jobbe der det er størst behov og at utdanningskapasiteten ikke har vært tilstrekkelig. Det at Norge har spredt befolkning, lange avstander og desentralisert helsetjeneste gir personellintensive helse- og omsorgstjenester.

I 2020 ble bioteknologiloven endret, og genetisk fosterdiagnostikk og tidlig ultralyd er nå tillatt for alle gravide og skal tilbys gjennom den offentlige helsetjenesten. Dette vil mest sannsynlig øke etterspørselen etter ultralydkompetanse (Helsedirektoratet, 2020c). For nærmere diskusjon om endrede ressursbehov som følge av tidlig ultralyd og NIPT, henvises det til Helsedirektoratets rapport fra 2020 "Forslag til organisering og innføring av tilbud om NIPT og ultralydundersøkelse i første trimester". Det er rimelig å anta at tiltaket vil kreve kompetanseheving i helsetjenesten og økte ressurser mht. både personell og utstyr (Helsedirektoratet, 2020b).

Der det frem til nå har vært mulig å øke andelen som er sysselsatt i helse- og omsorgstjenesten uten at det har ført til reduksjon i sysselsettingen i andre næringer som helhet, går vi nå inn i en tid der antallet personer i typisk arbeidsfør alder ikke lenger vil vokse, mens det blir stadig flere eldre (Tid for handling, 2023).

Dette innebærer at man i tillegg til å utdanne nok helsepersonell også må arbeide aktivt for å rekruttere og beholde helsepersonell i tjenestene. Nye måter å organisere arbeidet på og muligheter for oppgavefordeling vil være viktige faktorer for at fremtidens helsevesen skal være bærekraftig. En av de viktigste faktorene for å beholde helsepersonell knytter seg til at det finnes fagmiljø og karriereveier for helsepersonellet (Helsedirektoratet, 2020d, 2021a)

Behov for helsepersonell i helse- og omsorgstjenestene

SSB framskriver tilbud og etterspørsel etter jordmødre og andre helseyrker ved hjelp av sin framskrivningsmodell Helsemod. Sammenlignet med framskrivningene publisert i 2019, er det benyttet mer oppdatert informasjon om den faktiske utviklingen samtidig som framskrivingene er knyttet opp mot SSBs befolkningsframskrivninger i 2022 (Jia, Kornstad, Stølen, & G, 2023).

I SSBs mellomalternativ[1] er det forventet underskudd på nesten 70 000 årsverk samlet i helse- og omsorgstjenesten i 2040, hvorav sykepleiere og helsefagarbeidere samlet utgjør over 54 000 av disse (Tid for handling, 2023) Andre yrkesgrupper som det vil være betydelig underskudd av mot 2024 er vernepleiere og sammenslått kategorien helsesekretærer og tannhelsesekretærer. Dette gjelder også, om enn i noe mindre grad for leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter og bioingeniører. Det er også beregnet et underskudd av

jordmødre og helsesykepleiere. Selv om disse gruppene er relativt små, er de å regne som nøkkelpersonell i tjenestene de er utdannet for å jobbe i (Tid for handling, 2023). Helsedirektoratet har ikke tilsvarende beregninger for ambulansesarbeidere og paramedisinere.

Tabell 1: Avvik mellom fremskrevet tilbud og etterspørsel for ulike typer helsepersonell i 2040.

Normalårsverk

	2019	Lavalternativet	Mellomalternativet	Høyalternativet
Psykologer	-450	2 600	1 800	1 800
Tannleger		1 000	400	400
Tannpleiere		300	200	100
Helsesykepleiere		300	-200	-300
Radiografer		100	-400	-600
Jordmødre	-200	-200	-500	-600
Bioingeniører		-100	-800	-1 200
Fysioterapeuter		500	-1 000	-1 700
Ergoterapeuter		-100	-1 100	-2 100
Leger	-600	2 500	-1 700	-3 400
Helsesekretærer og tannhelsesekretærer		-3 000	-4 600	-5 300
Vernepleiere	-700	-2 400	-7 400	-13 400
Helsefagarbeidere	-1 700	-6 200	-24 400	-47 400
Sykepleiere	-5 500	-9 500	-29 700	-50 000
Sum		-14 100	-69 500	-123 600

Tabellen er sortert etter avviket i mellomalternativet. De fremskrevne tallene er rundet av til nærmeste 100.

Kilde: Jia mfl. (2023), tabell 5.5. referert i NOU2023:4, tabell 2.1

Tilgang på og behov for jordmødre

I dag tilbys det jordmorutdanning ved 6[2] universiteter og høyskoler. Jordmorutdanningen inngår i RETHOS fase 3 og utviklingsarbeidet for disse utdanningene startet opp i oktober 2021 med planlagt iverksetting av den nasjonale retningslinjen for jordmorutdanningen juli 2023 (Kunnskapsdepartementet, 2021).

Tabellen under viser at det i 2022 ble fullført 122 mastergrader innen jordmorfaget. Korrigert for personer som har fullført videreutdanning tidligere blir tallet ca. 115 fullførte mastergrader. Dette er lavere enn Kunnskapsdepartementet kandidatmåltall[3] på 148 fullførte studier i 2022 og 2023. Det er i statsbudsjettet for 2023 bevilget ekstra penger til 200 nye utdanningsstillinger for jordmødre og helsesykepleiere (Nasjonalbudsjettet, 2023)

Tabell 2: Tabellen viser utdannede jordmødre ved norske universitet og høyskoler 2019 – 2022.

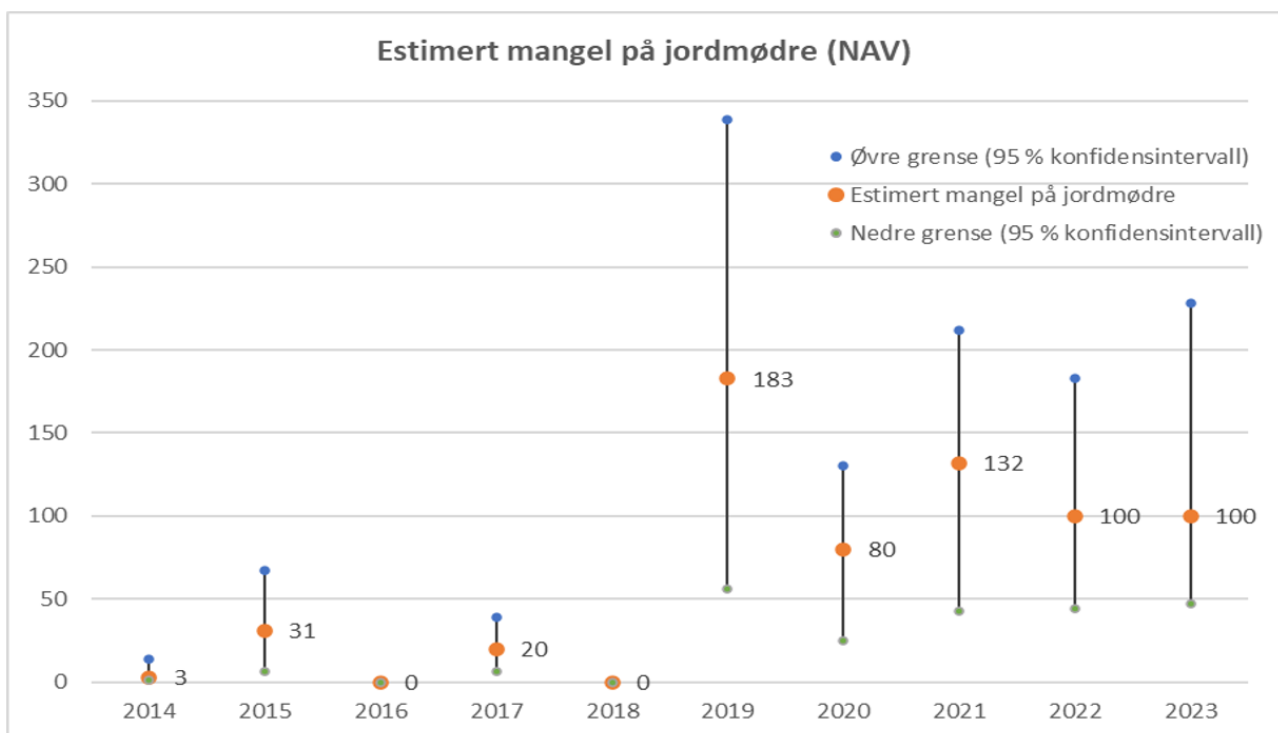
	2019	2020	2021	2022
Jordmorutdanning, toårig	18	34	1	
Master, jordmorfag, toårig	93	99	127	122
Totalsum	111	133	128	122

Totalsum ekskludert personer som har fullført videreutdanning tidligere	ca. 100	ca. 130	ca. 120	ca. 115
--	------------	------------	------------	------------

Behov for jordmødre

I NAVs bedriftsundersøkelse for 2023 estimerer NAV at det er en mangel på rundt 100 jordmødre. Dette er på samme nivå som i 2022, og figuren under viser at mangelen kan se ut til å ha stabilisert seg de seneste årene. Mangelen på jordmødre ble tydelig i 2019, men dette året var usikkerheten høy, som det kommer fram av figuren, og mangelen var trolig overestimert.

Den rapporterte mangelen er som regel i somatiske sykehus, men det hender også at det rapporteres om mangel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og offentlig administrasjon.



Figur 1. Estimert mangel på jordmødre. NAV. 2014-2023.

Kilde: NAVs bedriftsundersøkelser 2014 - 2023. Sammenstilt av Helsedirektoratet

[1] SSBs mellomalternativ ansees som en mer realistisk utvikling for tjenestebehovene enn ytteralternativene. For mer inngående vurderinger av tilbud og etterspørsel av helsepersonell i ytteralternativene henvises det til NOU2023:4.

[2] Universitetet i Sørøst Norge, Høgskulen på Vestlandet, UiT Norges arktiske universitet, OsloMet, NTNU, Universitetet i Stavanger

[3] Kunnskapsdepartementet fastsetter kandidatmåltall for utdanninger der det er særlig viktig at utdanningssektoren når målene for å møte behovet i samfunnet. Måltallet er et minstekrav til antall uteksaminerte kandidater fra den enkelte institusjonen. Kunnskapsdepartementet vil gå igjennom bruken av kandidatmåltall og vurdere alternative virkemiddel i arbeidet med den kommende stortingsmeldingen om profesjonsutdanningene (

[orientering-om-statsbudsjettet-2023-for-universitet-og-hogskular-etter-vedtak-i-stortinget-14.12.22.pdf](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/orientering-om-statsbudsjettet-2023-for-universitet-og-hogskular-etter-vedtak-i-stortinget-14.12.22.pdf) (regjeringen.no))

Ambulansetjenesten

Organisatoriske og rettslige rammer

Det er de regionale helseforetakene som har sørge-for-ansvaret for ambulansetjenesten, men den operative tjenesten er i hovedsak organisert under de ulike helseforetakene.

§10 i akuttmedisinforskriften sier at de regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenesten omfatter:

- a. å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt frem til alvorlig syke eller skadde pasienter
- b. å utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten
- c. å bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted og mellom behandlingssteder
- d. å ha beredskap for å kunne dekke behovet for ambulansetjenester ved større ulykker og kriser innenfor egen helseregion og på tvers av regions- og landegrensene
- e. **å ha beredskap for nødvendig følgetjeneste for gravide til fødestedet** og
- f. å delta i enkle søk og redningsoperasjoner.

Akuttmedisinforskriften §11 sier videre at:

Ambulansebiler som brukes i ambulansetjenester skal være bemannet med minst to personer, hvorav minst én skal ha autorisasjon som ambulansearbeider eller paramedisiner. Begge personene som bemanner ambulansen skal ha førerkort for kjøretøyklassen og minst én av personene skal ha kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy. Der det kun er én ambulansearbeider eller paramedisiner, må den andre personen ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell og nødvendig ambulansesfaglig kompetanse.

Ambulansebiler som brukes til oppgaver etter denne forskriften skal være bemannet med tilstedevakt. Unntak kan gjøres der det er et lavt antall akuttoppdrag pr. år og ambulansen kan være bemannet innen forsvarlig tid etter varsling.

Ambulansebåter som brukes i ambulansetjenester skal i tillegg til båtfører være bemannet med minst én person med autorisasjon som ambulansearbeider eller paramedisiner.

Det var i 2021 registrert 4809 årsverk totalt i ambulansetjenesten. Den dominerende profesjonen er ansatte med autorisasjon som ambulansesfagarbeidere.

Årsverk i ambulansetjenesten

Utdanning	Antall
Antall årsverk faste ansatte med autorisasjon som ambulansesfagarbeider	3928,9
Herav årsverk ansatte med paramedisinsk bachelor utdanning	159,97
Herav årsverk ansatte med modulbasert paramedisin (nasjonal)	846,33
Herav årsverk ansatte med sykepleierutdanning	621,05
Antall årsverk faste ansatte med autorisasjon som sykepleier	68,5
Antall årsverk totalt	4809,15

Formell utdanning

Autorisasjon som ambulansearbeider kan oppnås på bakgrunn av følgende kriterier (Helsedirektoratet):

1. Fagbrev i ambulansefag
2. Overgang/konverteringsordning for autorisert sykepleier og
 - minst to års praksis fra ambulansetjeneste i 100% stilling, alternativt 50 % i 4 år)
 - kurs i AMLS (Advanced Medical Life Support)
 - kurs i PHTLS (Prehospital Trauma Life Support)
 - kurs i AHLR (Avansert hjerte-lungeredning)
3. 3-årig bachelorutdannelse som fra 2022 gir autorisasjon som paramedisiner, og som tidligere medførte autorisasjon som ambulansearbeider.

Ambulansebler

I Helsedirektoratets rundskriv "Krav til godkjenning og bruk av ambulanser og andre helserelaterte kjøretøyer i de akuttmedisinske tjenestene" (IS-12/2015) er det beskrevet ulike kjøretøyer som er i bruk i de akuttmedisinske tjenester og hvordan disse skal uniformeres og merkes. Akuttambulanse (Emergency Ambulance) og Intensivambulanse (Medical Intensive Care Unit) er beskrevet i dette rundskrivet og er de ambulansekjøretøyene som er inkludert i kvalitetsindikatoren for responstid. Disse bilene kan ha en eller to bårer og er i dag den vanlige akuttambulanse i Norge.

I 2021 var det registrert 299 ambulansestasjoner i Norge, som ble betjent av 543 ambulansebler. Prosentmålene til høyre i figuren indikerer at ingen av RHFene oppnådde den veiledende målsettingen om at ambulansetjenesten skal være fremme ved hendelsesstedet ved 90% av alle akuttoppdrag inn 12 og 25 minutter fra det ringer hos AMK, i henholdsvis tettbygde og griskrendte strøk.



Aktivitet

I 2020 var antall oppdrag med ambulansebler på 714 568 oppdrag, mens ambulansebåter hadde 6899 oppdrag.

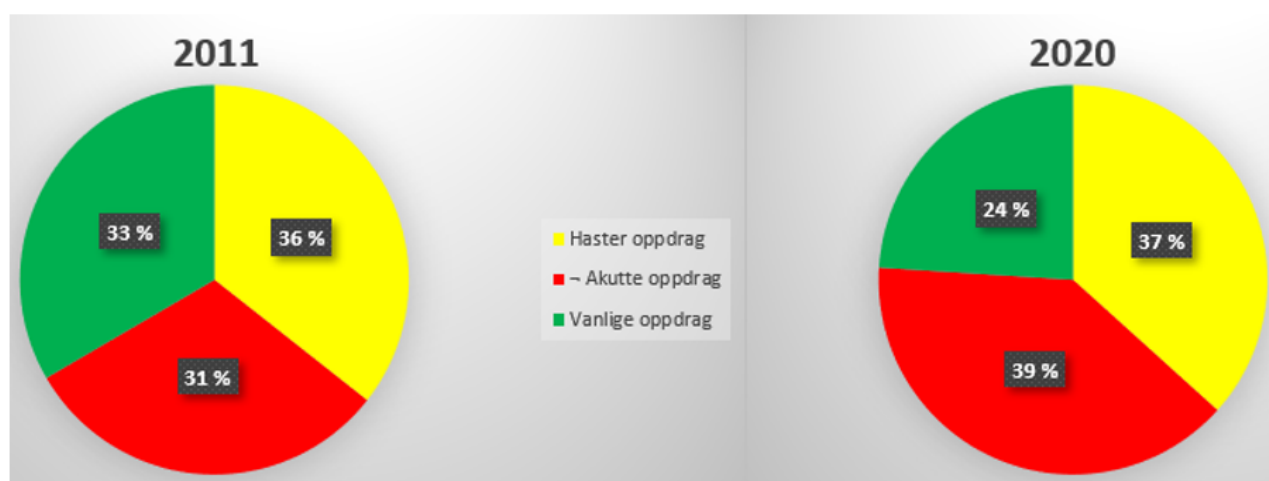
Tabell 1 Ambulansetjenesten, etter aktivitet, statistikkvariabel og år, hentet fra SSB

	Ambulansetjenester 2020
Oppdrag med ambulansebiler	714 568
Oppdrag med ambulansebåter	6 899

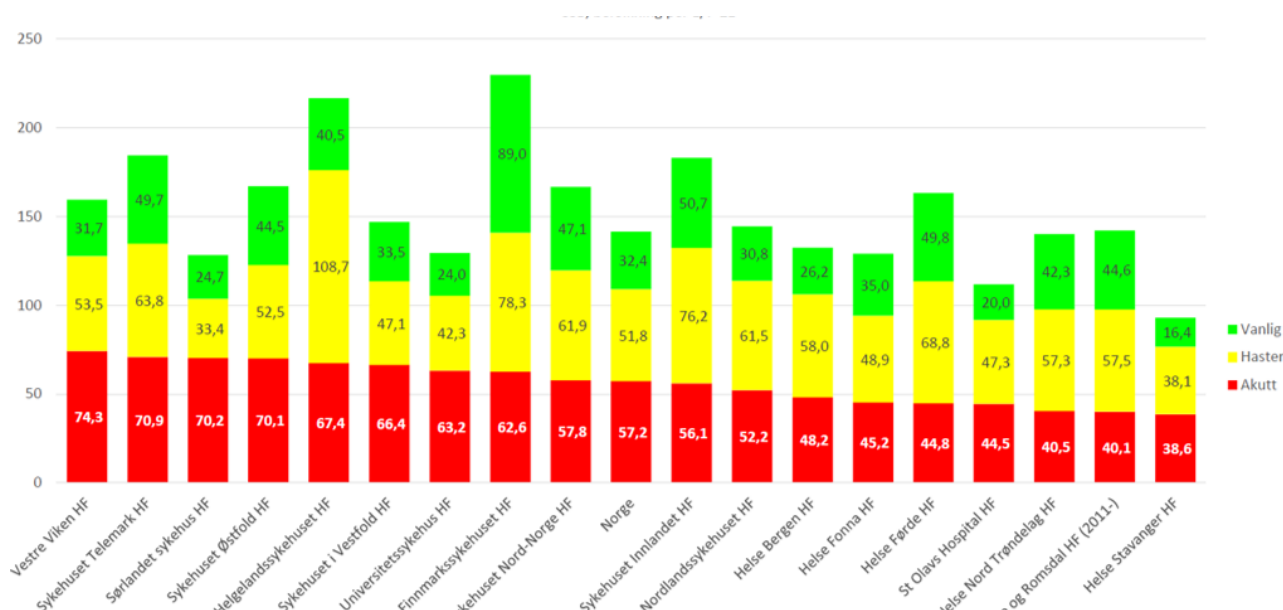
Den nasjonale luftambulansetjenesten gjennomførte i 2020 totalt 16 500 oppdrag ([luftambulanse.no.pdf](https://luftambulanse.no/pdf)). Oppdragene var fordelt mellom ambulanshelikopter 7 149, ambulansfly 8 009 og redningshelikopter 1 342. I tillegg ble 2 215 helikopteroppdrag påbegynt, men av ulike grunner avbrutt. Alle ambulanshelikopter og redningshelikopterbasen er oppsatt med legebemannet utrykningskjøretøy som aktiveres på samme indikasjon som helikoptrene. I 2020 ble det gjennomført 1604 oppdrag.

Bilambulanse utførte derfor i underkant av 97 prosent av det totale antall pasientforflytninger i ambulansetjenesten sett under ett i 2020. Det bemerkes at ved både båt- og luftambulans oppdrag vil det i de aller fleste oppdrag av denne typen også medføre oppdrag for bilambulanse. Andelen av akutte oppdrag som luftambulanse blir sendt ut på er dog større.

Utviklingen i tjenesten har gått i retning av flere ambulans oppdrag totalt og større andel akutte oppdrag blant disse:



Aktiviteten i ambulansetjenesten varierer stort mellom helseforetakene og antall akutte oppdrag per 1000 innbyggere er nesten dobbelt så høyt i det helseforetaket som har høyest antall akutte oppdrag (Vestre Viken HF) sammenliknet med det helseforetaket som har lavest antall (Helse Stavanger HF).



Antall ambulanseoppdrag per 100 innbyggere per HF per hastegrad i 2021.

SSB, befolkning per 1/7-21. *Kilde: SSB*

Ambulanseoppdrag relatert til følgetjeneste

Ambulanseoppdrag relatert til fødende og statistikk på om de får følgetjeneste med jordmor er utfordrende å hente ut gode tall på. Antall oppdrag for ambulansetjenesten ifbm følgetjeneste er en veldig liten del av den totale oppdragsmengden for ambulansetjenesten. Menon Economics har i sine beregninger estimert antall fødende kvinner som benytter seg av følgetjeneste og de har fått innspill om at den største andelen av kvinnene med tilbud om følgetjeneste ikke har behov for transport til fødested med ambulanse, men benytter i stedet privat transport. Menon beskriver i sin rapport at det finnes enighet blant aktørene om at det er om lag en fjerdedel av kvinner som får følge til fødestedet med ambulanse.

Det bemerkes at det i løpet av 2023 vil alle 4 RHF-ene sine prehospital ambulanse tjenester benytte samme leverandør av PEPJ (prehospital elektronisk pasient journal). Det jobbes med at alle ambulansene skal benytte samme kodeverk i PEPJ slik at en kan hente ut styringsdata og statistikk på nasjonalt nivå.

Rekvirering av ambulanse gjøres ved at jordmor kontakter Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK). AMK vil da gjøre vurderinger om hvilken ressurs som de varsler og som vil være hensiktsmessig å bruke til denne transporten. AMK vil også gjøre løpende vurderinger om eventuelle beredskapsflytninger fra nabolag som må gjøres for å ivareta beredskapen om denne ambulansen blir borte fra primærområde i lengre tid.

Ambulanse bemannet med 2 ambulansearbeidere vil transportere følgejordmor og den fødende til avtalt leveringssted. Hvis ambulansen tilhører et annet distrikt så vil denne måtte returnere til eget distrikt. Denne vil da kunne bli omdisponert til andre primæroppdrag av AMK om dette er nødvendig når den er ledig på hjemturen. Dette vil kunne medføre at om følgejordmor sitter på for å komme seg hjem så vil hen enten måtte bli med på dette omdisponerte oppdraget eller måtte finne alternativ transport.

Mulige konsekvenser av en endret modell

Oppdraget er å gi et kunnskapsgrunnlag for en beslutning om hvor vidt det bør gis en anbefaling om å endre tidsgrensen for følgetjeneste for fødende fra 90 til 60 minutter. Kunnskapsgrunnlaget skal særlig fokusere på konsekvensene knyttet til personell ved en endring. Helsedirektoratet har også sett på andre mulige konsekvenser av en endret modell for følgetjeneste.

Økonomiske konsekvenser og omfanget av gravide

For å kunne beregne personellkostnader har vi innhentet opplysninger om ressurser som benyttes i dag fra representantene for RHF'ene i arbeidsgruppen. Behovet og tilgang til kompetent personell er ulikt i regionene, følgelig er beredskap og følgetjenesten organisert ulikt i regionene. Dette gjelder også innenfor hver region. Ulikheten gjenspeiles i samarbeidsavtaler med kommunene.

Det er flere personellgrupper involvert i beredskap og følgetjenesten for fødende. Jordmødre er den mest aktuelle personellgruppen, og er i hovedsak de som medregnes i beregningene, samt personell i prehospitale tjenester.

Oppdraget er omfattende og krever kompetanse i beregnings-metodikk som sannsynliggjør kostnadene ved en ev endring i tilbudet på nasjonalt og regionalt nivå. Etter en intern vurdering av oppdraget fant Helsedirektoratet det mest hensiktsmessig å sette ut denne delen av oppdrag til en ekstern leverandør, både av kapasitetsmessige årsaker innen leveringsfrist og for å få hjelp til beregninger som i størst mulig grad er pålitelige.

Det ble presisert i anbudskonkurransen at formålet er å få mer kunnskap om kostnadssiden ved en utvidelse av tjenesten. Dette inkluderte en kartlegging av følgende punkter:

- Antall fødende som omfattes av dagens modell med grense på 90 minutter
- Antall fødende som omfattes av en endring av tidsgrense til 60 minutter
- Hvor mange ressurser som brukes til følgetjeneste i dag (årsverk)
- Hvor mange ressurser en omlegging vil kreve (årsverk)

Kartleggingen skal gi tall på både regionalt og nasjonalt nivå.

Videre skal de gi en analyse med vurdering av:

- Hvordan en omlegging eventuelt vil påvirke regionenes beredskap og prehospitale tjenester.
- En beregning av økonomiske konsekvenser av en omlegging av følgetjenestetilbudet.

Etter en anbudskonkurranse fikk Menon Economics tilslaget, og de har utarbeidet en egen rapport som vedlegges. Menon Economics har arbeidet i samarbeid med representantene fra de regionale helseforetakene, innhentet nødvendig dokumentasjon/informasjon fra helseforetak og deltatt i arbeidsgruppemøter både med intern arbeidsgruppe i Helsedirektoratet og med de regionale helseforetakene.

Oppsummering fra rapport av Menon Economics

Følgetjeneste for fødende er et tilbud til gravide med lang reisevei til nærmeste fødested. I dag er det krav til minst 90 minutter reisevei for å omfattes av dette tilbudet, men det utredes hva som vil være virkningene ved å redusere denne grensen til 60 minutter. Den vedlagte rapporten presenterer beregninger for antall fødende som omfattes av tilbudet, antall årsverk knyttet til å betjene tilbudet, samt den økonomiske kostnaden ved å drive tilbudet. Resultatene viser både omfanget av tjenesten med dagens grense på 90 minutter, og hvordan dette vil påvirkes ved en eventuell omlegging til grense på 60 minutter. Vi finner at de forventede totale kostnadene ved dagens tilbud er 82 millioner kroner, og at kostnaden vil øke til totalt 143 millioner kroner ved en eventuell omlegging til tidsgrense på 60 minutter reisevei.

Beregningene bygger på en helhetlig vurdering av reisetidsberegninger til nærmeste fødested, samt ulik organisering av tilbudet, samhandling med kommunene, geografiske forskjeller og andre lokale forhold. Her kommer en oppsummering av rapporten. Rapporten er i sin helhet vedlagt.

Antall fødende som omfattes av tilbud om følgetjeneste

Gitt en grense på minst 90 minutters reisevei, vil det være forventet 2 197 fødende som omfattes av tilbud om følgetjeneste per år (mellom 2 134 og 2 261 fødende i et 80 prosent konfidensintervall). Dersom grensen reduseres til 60 minutter innebærer dette en økning i forventet antall fødende som omfattes av tilbud om følgetjeneste til 4 143 (4 051 – 4 234 fødende, 80%-KI). Med andre ord vil en omlegging til 60 minutters grense, innebære en forventet økning på nær 90 prosent, målt i antall fødende som omfattes av tilbudet på nasjonalt nivå. Resultatene for antall fødende som omfattes av tilbudet bygger på en teknisk beregning av reisetidsberegning til nærmeste fødested, bosetningsmønster og fødselstall. Lokale forskjeller i hvordan tilbudet er organisert, geografiske forhold (f.eks. fergeforbindelse, vanskelige kjøreforhold) med mer kan innebære at de tekniske beregningene avviker noe fra faktisk omfang.

På helseforetak-nivå (HF) vil det imidlertid være relativt store forskjeller. Eksempelvis vil en endring fra 90 til 60 minutter ha svært liten påvirkning på antall forventede gravide som omfattes av tilbudet for Finnmarkssykehuset. Mens Ahus, Sykehuset i Østfold og Helse Stavanger vil gå fra å ikke ha noen fødsler som omfattes av tilbudet i sitt dekningsområde, til et forventet antall fødsler på hhv. 24, 34 og 173.

Bruk av helsepersonell

Følgetjenesten er i de fleste tilfeller organisert i et samarbeid mellom helseforetak og kommune. For kommunene som inngår i et samarbeid om følgetjeneste, innebærer dette en ordning der jordmødre dekker en døgntkontinuerlig vaktberedskap med utrykning ved behov. Samarbeidsavtaler med kommunene og organisering av tilbudet, vil variere betydelig på lokalt nivå. Dette innebærer likevel at den viktigste driveren for bruk av helsepersonell og økonomiske konsekvenser er antall kommuner som omfattes av tilbudet, mens antall fødende som omfattes av tilbudet er av underordnet betydning.

Samlet krever driften av en døgntkontinuerlig vaktberedskap 67 årsverk (51 – 83 årsverk, 80%-KI) fra jordmødre i kommunene som omfattes av tilbudet ved en grense på 90 minutter. En eventuell omlegging til 60 minutter tidsgrense vil øke omfanget av antall kommuner som omfattes, og innebære et estimert økt behov for 49 årsverk (37 – 61 årsverk, 80%-KI). En omlegging til 60 minutter tidsgrense vil dermed kreve et forventet antall årsverk på 116 på nasjonalt nivå fra jordmødre på vaktberedskap i kommunene.

På RHF-nivå er det Helse Sør-Øst som har flest forventede årsverk (22) knyttet til ordningen med dagens grense på 90 minutter. Til sammenligning har Helse Midt-Norge færrest med 12 årsverk, mens Helse Vest og Helse Nord begge har 16 forventede årsverk til ordningen. Ved en omlegging til tidsgrense på 60 minutter, ser vi en relativt jevn økning i antall forventede årsverk på RHF-nivå.

Det er viktig å presisere at en omlegging til grense på 60 minutter vil innebære lokale forskjeller. For enkelte HF vil en omlegging innebære små eller ingen endringer for nye samarbeidsavtaler med kommunene, mens for andre HF vil det gi en vesentlig økning i behovet for jordmor årsverk.

Økonomiske konsekvenser

Det estimeres en samlet årlig kostnad knyttet til tilbudet om følgetjeneste på 82,2 millioner kroner (64,8 – 100,9 mill.kr, 80%-KI) ved en tidsgrense på 90 minutter reisevei. Ved en eventuell omlegging til tidsgrense på 60 minutter vil dette innebære en forventet økning i årlige kostnader på 60,6 millioner kroner (47,5 – 74,5 mill.kr, 80%-KI). Det vil si en forventet årlig kostnad på om lag 143 millioner kroner i året.

De totale årlige kostnadene er summen av ressursbruk knyttet til døgntilgjengelig vaktberedskap, i tillegg til kostnader for alternative tjenester og prehospitale tjenester. Alternative tjenester innebærer andre løsninger enn å etablere en fast døgntilgjengelig vaktberedskap i kommunene, som for eksempel tilbud om hotell i perioden før termin. I beregningene er det lagt til grunn at i kommuner med færre enn 25 forventede fødsler som tilfredsstiller kravene til tilbud om følgetjeneste, vil det kunne brukes alternative tjenester, slik som hotellopphold. Erfaring fra helseforetakene viser at det ofte er få som benytter seg av tilbud om hotellopphold. For transport til fødested med prehospitale tjenester og følge av jordmor, viser erfaringene at dette benyttes i om lag 25 prosent av fødslene som kvalifiserer til tilbud om følgetjeneste.

Det er kostnader knyttet til den døgntilgjengelige vaktberedskapen for jordmødre i kommunene som er den viktigste kostnadsdriveren, og utgjør om lag 85 prosent av de totale kostnadene ved ordningen. Kostnaden knyttet til alternative tjenester til å etablere vakttjeneste, som for eksempel tilbud om hotell, utgjør til sammenligning kun 2 prosent av det samlede kostnadsanslaget. Kostnader til prehospitale tjenester utgjør resterende 13 prosent.

Helsedirektoratets kommentar til Menon Economics sin rapport

Ved beregning av økonomiske konsekvenser ved en omlegging av følgetjenestetilbudet har Helsedirektoratet hentet inn ekstern hjelp etter en anbudskonkurranse hvor Menon Economics fikk tilslaget. Menon Economics har arbeidet både med intern arbeidsgruppe i Helsedirektoratet og med representanter fra de regionale helseforetakene for å innhente nødvendig dokumentasjon til beregningene.

Helsedirektoratet stiller seg bak den metodiske tilnærmingen Menon Economics legger til grunn i sin rapport. Informasjonen som er inkludert i tilnærmingen dekker faktorer som Helsedirektoratet mener er tilfredsstillende for å belyse de økonomiske konsekvensene ved en omlegging av følgetjenestetilbudet. Slike beregninger vil være forbundet med usikkerhet og usikkerhetsspennet i beregningene er belyst ved et lavt, middels og høyt anslag. Dette belyser usikkerheten i de ulike faktorene i modellen på en god måte.

De økonomiske konsekvensene Menon Economics har kommet frem til ved en eventuell omlegging vil ha en forventet økning i årlige kostnader på 60,6 millioner kroner (47,5 – 74,5 mill. kr, 80%-KI) hvor tre ulike kilder til kostnader er godt beskrevet, samt tydeligheten av størrelsen og betydningen av disse kostnadskildene. Helsedirektoratet stiller seg bak disse resultatene og er enige i konklusjonen at den største og viktigste kostnadsdriveren til omleggingen er knyttet til den døgntilgjengelige vaktberedskapen. Usikkerheten knyttet til de økonomiske konsekvensene er godt belyst og beskrevet gjennom anslagene og usikkerhetsspennet i modellen hvor betydningen for bruk av helsepersonell og organisering mellom kommuner og helseforetak er beskrevet.

Rapporten underbygger godt Helsedirektoratets antakelser over eventuelle konsekvenser ved en omlegging og hvordan dette vil påføre både HF- og RHF-ene økte økonomiske kostnader, samt behov for økt behov for personell.

Øvrige konsekvenser

Det er særlig to aspekter som er aktuelle å belyse her og det er bruk av personell, og konsekvenser for kvinnene.

Norge har en nasjonal jordmor mangel, og det er utfordrende å rekruttere jordmødre flere steder (Helsedirektoratet, 2021b; Jia et al., 2023; NAV, 2023). De regionale helseforetakene uttrykker stor bekymring dersom fødeavdelingene skal måtte avse flere jordmødre til følgetjeneste, da de er redd at det vil gå på bekostning av tilbudet til fødende på sykehusene. Kommunene er nå flere steder konkurrenter til sykehusene når det gjelder arbeidsplasser for jordmødre, og en utbygget følgetjeneste vil kreve flere jordmødre i kommunehelsetjenesten enn de som jobber der i dag. Tilbakemeldingen fra de regionale helseforetakene er at det handler om prioriteringer av et knapphetsgode, og de setter spørsmålsteget ved om dette er riktig prioritering av tilgjengelige ressurser.

For kvinner med lang reisevei til fødeinstitusjon kan det være positive konsekvenser av en ny modell med tilgjengelig følgetjeneste for flere gravide og fødende. Det er publikasjoner som dokumenterer at med økt avstand til fødeinstitusjon øker risikoen for transportfødsler. Dog er det for lite dokumentasjon til å kunne fastslå at avstanden er korrelert til risikoen for uheldige utfall for mor og barn.

Det er også lite forskning på psykiske konsekvenser for den gravide og familien, men en av de refererte studiene pekte på økt stress i svangerskapet hos kvinner med lang reisevei. For kvinner i distriktene er det en trygghet å vite at de kan få en kvalifisert faglig vurdering før de for eksempel reiser med egen transport til fødestedet. Kvinnene føler seg også trygge når de har følge av jordmor i ambulansen. Det har vist seg gjennom dette arbeidet at de fleste fødende reiser selv til fødeinstitusjonen uten bruk av følgetjeneste. Vaktberedskap med tilbud om en vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for vurdering vil kunne forhindre unødvendige transporter med ambulanse og følge av jordmor.

Man kan tenke seg at en mer utbredt følgetjeneste vil oppmuntre kvinner i fertil alder til å søke ut av de store byene og dermed ha betydning for bosetting. Medieoppslag de siste årene kan bidra til å skremme kvinner i fertil alder fra å bo i distriktene på grunn av mangel på hjelp i forbindelse med svangerskap-, fødsel- og barseltid. Regjeringen har vært opptatt av likeverdige helsetjenester i hele landet og en godt utbygd følgetjeneste kan være et bidrag i dette.

Forbedringsforslag

Helsedirektoratet ble også bedt om å se på forbedringsforslag til dagens ordning på bakgrunn av områder som ble belyst i rapporten "Endringer i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem" (Helsedirektoratet, 2020a). Arbeidsgruppen både eksternt og internt har også kommet med forslag til forbedringer. I Helsedirektoratets rapport fra 2020 ble det belyst utfordringer rundt samarbeid mellom helseforetak og kommuner, behov for opplæring av prehospitalt personell, samt alternative løsninger for kommuner med få gravide per år. Dette er områder som kommer opp igjen i sammenheng med dette oppdraget, i tillegg til flere andre forslag.

Styrket samarbeid helseforetak/kommune

Noen helseforetak opplever at kommuner ikke vil inngå samarbeidsavtaler til tross for at dette er lovpålagt. Flere kommuner opplever at de ikke finansieres fullverdig for den jobben de gjør på vegne av helseforetakene. Det problematiseres fra de regionale helseforetakene at dagens finansieringsmodell ikke har vært evaluert, og at kostnadsestimatet var langt lavere enn de faktiske kostnadene til følgetjeneste har vist seg å være.

Styrke kompetansen til andre yrkesgrupper

Bruk av andre yrkesgrupper er også et forslag, herunder prehospitalt personell og legevakt. Helsedirektoratets rapport fra 2020 løfter dette som et prioritert område. For at det skal være et godt alternativ til følge av jordmor med spisskompetanse på fødselsomsorg, kreves god opplæring på flere områder. Dette er problematisert av særlig prehospitalt personell selv, i forskning, og av jordmødre både i følgetjenesten og på sykehus. Fødselsomsorg er lite, om noe, omtalt i utdanningen av prehospitalt personell. Hvordan man i tilfelle skal organisere en slik opplæring krever ytterligere utredning i samarbeid med både utdanningene og fagmiljøet. Helsedirektoratet har blitt kjent med at Universitetssykehuset i Nord Norge har satt i gang et prosjekt for å heve kompetansen til paramedic-studentene innenfor fødselsomsorg. Dette innebærer at ressurser ved fødeavdelingen i Tromsø har undervisning for paramedic-studentene om den normale fødsel tidlig i utdanningsløpet, og dypere undervisning om svangerskap, mulige komplikasjoner i fødsel samt ferdighetstrening lenger ut i utdanningsløpet. Det hele kulminerer i en hel dag med simuleringstrening hvor det simuleres ulike situasjoner rundt fødsel som paramedic-personell kan komme ut for. I tillegg til dette har de 3-4 vakter i fødeavdeling i tospann med jordmor studenter hvor de skal observere og har ulike mål som skal oppfylles. Det er ikke publisert noe rundt resultatene av dette, men det er planlagt publikasjoner. En evaluering av en slik praksis kan gi overføringsverdi nasjonalt, og man kan tenke seg at dette også kan være aktuelt for ambulansearbeidere. Finnmarksykehuset har også felles opplæring og trening av jordmødre/leger i følgetjeneste og ambulanse-personell. Helgelandsykehuset har undervisning og casetrening i samarbeid jordmødre/ambulanse/AMK. Flere ambulansetjenester i ulike helseforetak har tatt i bruk video med hodekamera til bruk for beslutningsstøtte. Dette gir ambulansearbeideren/paramedisinen mulighet til å konsultere medisinske problemstillinger opp imot legevakslege, anesthesi lege osv. Det vil være naturlig at video også kan være et nyttig hjelpemiddel under pågående eller forestående fødsel for å få faglig veiledning fra jordmor om denne ikke er til stede.

Alternative løsninger for kommuner med få gravide

Mange kommuner i Norge har få gravide per år, og det har kommet forslag om at det settes en "cut off" på en nedre grense for når man har døgnkontinuerlig vakt og beredskap, og mulighet for alternative løsninger for å

imøtekomme kvinnes behov for trygghet. I rapporten fra 2020 ble det foreslått alternative løsninger i kommuner med færre enn 10 gravide, mens Menon Economics i sin rapport har definert få gravide som under 25 etter samtaler med de regionale helseforetakene og egne analyser. En alternativ løsning kan være mulighet for overnatting i tilknytning til fødeinstitusjonen i tiden før termin, som flere allerede praktiserer i dag. Et annet foreslått alternativ er behovsutløst tjeneste, altså at det opprettes vakt- og beredskapstjeneste i ukene før og etter termin for de aktuelle kvinnene i kommunen.

Attraktive arbeidsmiljø

Det å skape attraktive arbeidsmiljø er et samstemt forslag fra arbeidsgruppen. I det ligger det flere punkter som:

- Interkommunalt samarbeid eller sentermodeller slik at jordmødre har kollegier, og mulighet for attraktive stillingsbrøker med lik avlønning for likt arbeid.
- Mulighet for å holde seg faglig oppdatert
- Økt bruk av jordmor kompetansen

Grunnet mangel på jordmødre og utfordringen med å få besatt ledige stillinger har forslag som økt interkommunalt samarbeid kommet opp. Telemark har god erfaring med sin modell hvor alle jordmødrene er ansatt i samme kommune med lik lønn, til tross for at de har sitt virke i ulike kommuner. De har over tid jobbet opp en modell som de ansatte er fornøyde med, og som de opplever funksjonell. De hadde ved forrige ansettelsesprosess flere søkere enn stillinger. Norge har mange små kommuner hvor det kan være økonomisk utfordrende å finansiere full tids jordmor og tilgjengelig følgetjeneste hele døgnet, som kunne ha glede av et interkommunalt samarbeid. De regionale helseforetakene anerkjenner at lik lønn for lik jobb, samt attraktive stillingsbrøker er tiltak som kan fremme rekruttering og styrke dagens følgetjeneste-tilbud. Interkommunalt samarbeid vil også kunne imøtekomme jordmødrenes behov for et kollegium og fellesskap som etterlyses i forskningen, samt redusere vaktbelastningen på den enkelte.

Økt bruk av jordmor kompetansen i vakt er et annet forslag som har kommet, men som ikke er uten utfordringer i dagens finansieringsmodell. Man kunne tenke seg at jordmor i kommunen kunne gjøre flere vurderinger av gravide slik at man trenger færre turer til sykehus som for eksempel avklaring av lite liv, spørsmål om vannavgang og andre problemstillinger som dukker opp rundt termin og fødsel. Kommunal jordmor kunne også bruke tid på hjemmebesøk, ammeveiledning, vektkontroller, svangerskapskontroller osv. Fødestuene i Helse nord benytter denne modellen i dag. Utfordringen med dette alternativet i dagens finansieringsmodell er at spesialisthelsetjenesten ikke finansierer oppgaver som ligger til kommunehelsetjenesten, og denne grenseoppgangen kan være vanskelig. Samtidig er det viktig at man ikke har finansielle ordninger som står i veien for god bruk av knappe ressurser, som jordmødre er i Norge i dag.

Det er viktig å opprettholde kompetansen til de som allerede i dag er en del av følgetjenesten, og tilrettelegge for jevnlig hospitering og faglig oppdatering ved tilhørende helseforetak. Finnmarkssykehuset og UNN arrangerer årlig egne fagdager og hospitering for å opprettholde kompetansen hos følgetjeneste-jordmødre/leger.

Møtetjeneste

Ett forbedringsforslag har blitt løftet absolutt flest ganger fra de regionale helseforetakene, og det er å endre modell fra at jordmødrene er ansatt i kommunene til at man styrker beredskapen i sykehusene og i større grad har møtetjeneste. Som tidligere skrevet er det en stor bekymring for mangel på jordmødre og at helseforetakene skal måtte avse ytterligere flere jordmødre til kommunene og et tilbud som kommer et fåtall til gode. På den måten vil jordmødrene kunne følge opp kvinner i sykehus, og rykke ut sammen med ambulanse

dersom det er behov for det. Det vil kreve en oppbemanning i helseforetakene, men det vil være en løsning som kommer flere til gode. Ved en slik løsning vil man imidlertid miste muligheten til å gjøre vurderinger der kvinnen er, og i så måte anledningen til å avverge en transport.

Evaluering

For å kunne forbedre en tjeneste bør man ha en god evaluering av ordningen. Det finnes ikke per i dag når det gjelder følgetjeneste for gravide med lang reisevei, og det er ønsket fra de regionale helseforetakene. Det er ingen forskning på om følgetjeneste av jordmor som sådan har effekt på utfall for mor og/eller barn, og det er liten oversikt over hvordan beredskapen brukes og hvor ofte følgetjenesten benyttes. Dagens fødedatasystemer gir så vidt Helsedirektoratet bekjent ikke mulighet for å registrere følgetjeneste, eller om det har vært jordmor til stede ved fødselen eller ikke. Det er fremmet et forslag fra arbeidsgruppen om standardiserte registreringsskjema slik at ordningen kan følges og evalueres.

Helsedirektoratets oppsummering og vurdering

I Norge har det de siste årene vært i gjennomsnitt 300 uplanlagt fødsler utenfor institusjon pr år (ca 0,6%) Følgetjeneste og beredskap er et etablert tilbud i alle regioner.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra HOD, og ved hjelp av Menon Economics, utredet konsekvenser for følgetjenestetilbudet ved en eventuell endring fra 90 minutter til 60 minutters reisevei fra hjemmet til fødeinstitusjonen. Resultatene viser et estimert økt behov nasjonalt for 49 jordmørårsverk og at kostnaden vil øke med omlag 60 millioner kroner ved en eventuell omlegging til tidsgrense på 60 minutter reisevei. Antallet av gravide som vil omfattes blir nærmest doblet.

Helsedirektoratet har også gjort en oppdatert vurdering av litteraturfunn for om en endring vil ha betydningen for utfallet for mor og barn. En endring til 60 minutters reisevei vil med stor sannsynlighet redusere antall uplanlagte fødsler utenfor institusjon, men dokumenterer ingen sikker betydning for utfallet for mor og barn. Enkelte studier har vist en sammenheng mellom uheldige utfall og reisetid. FHI's kunnskapsoppsummering fra 2021 konkluderer med at det mangler forskning på effekter av følgetjenester for fødende med lang reisevei til fødeinstitusjon, for alle relevante utfall.

Dagens ordning med en 90 minutters grense har vært praksis i mange år. Det er ikke utført en nasjonal evaluering av helsetjenestetilbudet - kvaliteten, nytteeffekt og ressursbruk er ikke vurdert. Tatt i betraktning av manglende sikker dokumentasjon på uheldige utfall for mor og barn knyttet til en endring fra 90 til 60 minutter kombinert med et økt behov for ressurser vurderer Helsedirektoratet at det ikke er grunnlag for å endre tilbudet med dagens kunnskapsgrunnlag. En vurdering av om tilbudet bør endres bør baseres på en evaluering av dagens tilbud og legge til grunn prioriteringsforskriften: alvorlighetsgrad, ressursbehov og nytteeffekt. Det bør innføres standardiserte registreringsskjema for helsetjenestetilbudet som kan gi et godt grunnlag for en evaluering.

En eventuell endring bør også vurderes opp mot helsepersonellkomisjonenes rapport som nylig er publisert og som varsler store utfordringer med helsepersonell i fremtiden, også jordmødre. De regionale helseforetakene uttrykker stor bekymring dersom fødeavdelingene skal måtte avse flere jordmødre til følgetjeneste. De er redd at det vil gå på bekostning av tilbudet til fødende på sykehusene. Kommunene er nå flere steder konkurrenter til sykehusene når det gjelder arbeidsplasser for jordmødre, og en utbygget følgetjeneste vil kreve flere jordmødre enn de som jobber i kommunehelsetjenesten per i dag. Helsedirektoratet vurderer at det handler om prioritering.

Helsedirektoratet peker på flere forbedringsområder i dagens tilbud. Sammenfattet dreier det seg i stor grad om å etablere interkommunale samarbeid for å oppnå mer attraktive arbeidsmiljø som rekrutter godt, attraktive stillingsbrøker, lik lønn for lik jobb, og gode muligheter for å opprettholde kompetansen. Å styrke det interkommunale samarbeidet, utvide samarbeidet om møtetjenester og å styrke opplæring av prehospitalt personell anses som det mest hensiktsmessige i fremtiden.

Helsedirektoratets anbefalinger:

- Helsedirektoratet anbefaler at dagens tilbud evalueres
- Helsedirektoratet anbefaler at nåværende grense med 90 minutter opprettholdes
- Helsedirektoratet anbefaler at forbedringstiltakene som er beskrevet i denne rapporten vurderes å gis som oppdrag til helseforetakene for å bedre kvaliteten i dagens tilbud.

Referanser

Eri, T., Blystad, A., Gjengedal, E., & Blaaka, G. (2010). Negotiating credibility: first-time mothers' experiences of contact with the labour ward before hospitalisation,. *Midwifery*, Volume 26(Issue 6), 25-30.

Eri, T. S., Blystad, A., Gjengedal, E., & Blaaka, G. (2011). 'Stay home for as long as possible': Midwives' priorities and strategies in communicating with first-time mothers in early labour. *Midwifery*, 27(6), e286-e292.

Erlandsson, K., Lustig, H., & Lindgren, H. (2015). Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in Sweden - a phenomenological description. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 6(4), 226-229.

Flanagan, B., Lord, B., & Barnes, M. (2017). Is unplanned out-of-hospital birth managed by paramedics 'infrequent', 'normal' and 'uncomplicated'? *BMC Pregnancy & Childbirth*, 17(1), 436.

Flanagan, B., Lord, B., Reed, R., & Crimmins, G. (2019). Listening to women's voices: the experience of giving birth with paramedic care in Queensland, Australia. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 19(1), 490.

Folkehelseinstituttet. (2021). Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende: Systematisk oversikt– revidert utgave. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/betydningen-av-lang-reisevei-til-fodeinstitusjon-o>

Haugen, S., & Hove, I. (2023). Hvor lang tid tar det å kjøre til nærmeste fødested? Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/spesialisthelsetjenesten/artikler/hvor-lang-tid-tar-det-a-kjore-til>

Helsedirektoratet. Autorisasjon og spesialistutdanning. Helsedirektoratet: Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning>.

Helsedirektoratet. (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f>

Helsedirektoratet. (2020a). Endringer i fødepopulasjonen og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansi>

Helsedirektoratet. (2020b). Forslag til organisering og innføring av tilbud om NIPT og ultralydundersøkelser i første trimester. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/forslag-til-organisering-og-innforing-av-tilbud-om-nipt-og-ultralydunde>

Helsedirektoratet. (18.11.2020). Informasjon om fosterdiagnostikk til helsepersonell i svangerskapsomsorgen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. [Database]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 09.05.2023, fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/bioteknologi/fosterdiagnostikk/informasjon-om-fosterdiagnostikk-til-helsep>

Helsedirektoratet. (2020d). Praksis i kommunene- En økonomisk og administrativ utredning. Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/praksis-i-kommunene/Praksis%20i%20kommunene.pdf/_attachment

Helsedirektoratet. (2021a). Spesialistutdanning for leger- LIS1. Helsedirektoratet Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/spesialistutdanning-for-leger-lis1/Spesialistutdanning%20for%20leger>

Helsedirektoratet. (22.11.2023). Tilgang på og behov for jordmødre. Helsedirektoratet. Hentet 09.05.2023, fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-jordmodre>

Hensel, M., Mallon, A., Paschen, H. R., Tank, S., Wenderoth, S., & Kerner, T. (2022). Out-of-hospital Childbirths Attended by Emergency Medical Service Personnel - Rare Event and Challenge at the Same Time: A 5-year Retrospective Observational Study in Hamburg, Germany. [German]. [Rettungsdienstlich betreute außerklinische Geburten - seltenes Ereignis und Herausforderung zugleich: eine retrospektive Analyse über 5 Jahre in Hamburg.]. Notarzt, 38(5), 252-258.

Hill, M. G., Flanagan, B., Mills, B., Hansen, S., & Hopper, L. (2022). Paramedic training, experience, and confidence with out-of-hospital childbirth (OOHB) in Australia. Australas Emerg Care.

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). (2021). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Holowko, N., Haas, J., Ahlberg, M., Stephansson, O., & Ortqvist, A. (2023). More than time: travel time to the delivery ward and maternal outcomes - onset of labour, postpartum haemorrhage and obstetric anal sphincter injury. Public Health, 217, 105-114.

Jakobsen, M. H., Udjus, E., Roseth, I., & Dahl, B. (2023). Midwives' experiences with accompaniment service work in Norway: A qualitative study. European Journal of Midwifery, 7, 5.

Jarneid, H., Gjestad, K., Roseth, I., & Dahl, B. (2020). Fathers' Experiences of Being Present at an Unplanned Out-of-Hospital Birth: A Qualitative Study. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 13, 1235-1244.

Jia, Z., Kornstad, T., Stølen, N., & G, H. (2023). Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040 (2). Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040/_/att

Kunnskapsdepartementet. (2021). RHETOS: Fremdriftsplan [Press release]. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--r>

Malouf, R. S., Tomlinson, C., Henderson, J., Opondo, C., Brocklehurst, P., Alderdice, F., . . . Dretzke, J. (2020). Impact of obstetric unit closures, travel time and distance to obstetric services on maternal and neonatal outcomes in high-income countries: a systematic review. BMJ Open, 10(12), e036852.

Minion, S. C., Krans, E. E., Brooks, M. M., Mendez, D. D., & Haggerty, C. L. (2022). Association of Driving Distance to Maternity Hospitals and Maternal and Perinatal Outcomes. Obstetrics & Gynecology, 140(5), 812-819.

Nasjonalbudsjettet. (2023). Oslo: Finansdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/85ceadfcd04b4f23b291223280efc83f/no/pdfs/stm202220230001000d>

NAV. (2023). Bedriftsundersøkelsen våren 2023. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/bedriftsur>

Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (FOR-2017-02-17-192). (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-17-192>

Ortqvist, A. K., Haas, J., Ahlberg, M., Norman, M., & Stephansson, O. (2021). Association between travel time to delivery unit and unplanned out-of-hospital birth, infant morbidity and mortality: A population-based cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(8), 1478-1489.

Persson, A. C., Engstrom, A., Burstrom, O., & Juuso, P. (2019). Specialist ambulance nurses' experiences of births before arrival. *International emergency nursing*, 43, 45-49.

Riksrevisjonen. (2019). Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene. Riksrevisjonen

Svedberg, E., Stromback, U., & Engstrom, A. (2020). Women's experiences of unplanned pre-hospital births: A pilot study. *International emergency nursing*, 51, 100868.

Tid for handling. (2023). (Norges offentlige utredninger). Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

Vagle, H., Haukeland, G. T., Dahl, B., Aasheim, V., & Vik, E. S. (2019). Emergency medical technicians' experiences with unplanned births outside institutions: A qualitative interview study. *Nursing Open*, 6(4), 1542-1550.

Vik, E. S., Haukeland, G. T., & Dahl, B. (2016). Women's experiences with giving birth before arrival. *Midwifery*, 42, 10-15.

WHO. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

WHO. (2022). Health and care workforce in Europe: time to act. Geneva: WHO. Hentet fra <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>

Woodward, R., Mazure, E. S., Belden, C. M., Denslow, S., Fromewick, J., Dixon, S., . . . Sullivan, M. H. (2023). Association of prenatal stress with distance to delivery for pregnant women in Western North Carolina. *Midwifery*, 118, 103573.

World Health Organization. Regional Office for, E. (2002). Essential antenatal, perinatal and postpartum care : training modules: Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.

Vedlegg 1: Utdypet informasjon om personellsituasjonen

Overordnet om helsepersonellsituasjonen

Tall fra NAV estimerer at det er en mangel på nesten 13 000 helsepersonell innen helse- og omsorgstjenestene (NAV, 2023) samtidig har det i Norge vært en stor vekst over tid og vi har god dekning i et internasjonalt perspektiv. Norge har en av de høyeste lege- og sykepleierdekningen i Europa (Tid for handling, 2023) Og har ligget blant de 10 landene med høyest jordmordekning de siste 10 årene samtidig som det har vært endringer i fødepopulasjon og endret arbeidsfelt (WHO, 2022). 15 prosent av alle sysselsatte i Norge jobber i helse- og omsorgstjenestene som er det høyeste i EU/EØS (Tid for handling, 2023) Det tilsier at vi ligger høyt på personelldekning samlet sett også.

Det er flere faktorer som er med og påvirker helsepersonellmangelen. Den demografiske utviklingen mot at det blir stadig flere eldre, flere som (over)lever med kroniske sykdommer over tid, økte forventninger og styrkede pasientrettigheter, sentraliseringstrender samt at noe helsepersonell ikke ønsker å jobbe der det er størst behov og at utdanningskapasiteten ikke har vært tilstrekkelig. Det at Norge har spredt befolkning, lange avstander og desentralisert helsetjeneste gir personellintensive helse- og omsorgstjenester.

I 2020 ble bioteknologiloven endret, og genetisk fosterdiagnostikk og tidlig ultralyd er nå tillatt for alle gravide og skal tilbys gjennom den offentlige helsetjenesten. Dette vil mest sannsynlig øke etterspørselen etter ultralydkompetanse (Helsedirektoratet, 2020c). For nærmere diskusjon om endrede ressursbehov som følge av tidlig ultralyd og NIPT, henvises det til Helsedirektoratets rapport fra 2020 "Forslag til organisering og innføring av tilbud om NIPT og ultralydundersøkelse i første trimester". Det er rimelig å anta at tiltaket vil kreve kompetanseheving i helsetjenesten og økte ressurser mht. både personell og utstyr (Helsedirektoratet, 2020b).

Der det frem til nå har vært mulig å øke andelen som er sysselsatt i helse- og omsorgstjenesten uten at det har ført til reduksjon i sysselsettingen i andre næringer som helhet, går vi nå inn i en tid der antallet personer i typisk arbeidsfør alder ikke lenger vil vokse, mens det blir stadig flere eldre (Tid for handling, 2023).

Dette innebærer at man i tillegg til å utdanne nok helsepersonell også må arbeide aktivt for å rekruttere og beholde helsepersonell i tjenestene. Nye måter å organisere arbeidet på og muligheter for oppgavefordeling vil være viktige faktorer for at fremtidens helsevesen skal være bærekraftig. En av de viktigste faktorene for å beholde helsepersonell knytter seg til at det finnes fagmiljø og karriereveier for helsepersonellet (Helsedirektoratet, 2020d, 2021a)

Behov for helsepersonell i helse- og omsorgstjenestene

SSB framskriver tilbud og etterspørsel etter jordmødre og andre helseyrker ved hjelp av sin framskrivningsmodell Helsemod. Sammenlignet med framskrivningene publisert i 2019, er det benyttet mer oppdatert informasjon om den faktiske utviklingen samtidig som framskrivingene er knyttet opp mot SSBs befolkningsframskrivninger i 2022 (Jia et al., 2023).

I SSBs mellomalternativ[4] er det forventet underskudd på nesten 70 000 årsverk samlet i helse- og omsorgstjenesten i 2040) hvorav sykepleiere og helsefagarbeidere samlet utgjør over 54 000 av disse (Tid for handling, 2023). Andre yrkesgrupper som det vil være betydelig underskudd av mot 2024 er vernepleiere og

sammenslått kategorien helsesekretærer og tannhelsesekretærer. Dette gjelder også, om enn i noe mindre grad for leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter og bioingeniører. Det er også beregnet et underskudd av jordmødre og helsesykepleiere. Selv om disse gruppene er relativt små, er de å regne som nøkkelpersonell i tjenestene de er utdannet for å jobbe i (Tid for handling, 2023).

Tabell 1: Avvik mellom fremskrevet tilbud og etterspørsel for ulike typer helsepersonell i 2040.

Normalårsverk

	2019	Lavalternativet	Mellomalternativet	Høyalternativet
Psykologer	-450	2 600	1 800	1 800
Tannleger		1 000	400	400
Tannpleiere		300	200	100
Helsesykepleiere		300	-200	-300
Radiografer		100	-400	-600
Jordmødre	-200	-200	-500	-600
Bioingeniører		-100	-800	-1 200
Fysioterapeuter		500	-1 000	-1 700
Ergoterapeuter		-100	-1 100	-2 100
Leger	-600	2 500	-1 700	-3 400
Helsesekretærer og tannhelsesekretærer		-3 000	-4 600	-5 300
Vernepleiere	-700	-2 400	-7 400	-13 400
Helsefagarbeidere	-1 700	-6 200	-24 400	-47 400
Sykepleiere	-5 500	-9 500	-29 700	-50 000
Sum		-14 100	-69 500	-123 600

Tabellen er sortert etter avviket i mellomalternativet. De fremskrevne tallene er rundet av til nærmeste 100.

Kilde: Jia mfl. (2023), tabell 5.5. referert i NOU2023:4, tabell 2.1

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse har i sin scenarioanalyse vurdert at for å møte behovet for sykepleier i SSBs mellomalternativ vil det være behov for å øke antall studieplasser jevnt hvert år fra 2023 til og med 2037 med en årlig økning på 222 nye studieplasser for sykepleier for å oppnå balanse mellom tilbud og etterspørsel i 2040 når det tas hensyn til frafall fra studiet og yrket (Tid for handling, 2023). Et alternativ til den gradvise økningen vil være å øke antall studieplasser med 1868 i 2023 og at nivået opprettholdes deretter. I tillegg til å gi balanse i 2040 vil denne kraftige veksten i studieplasser føre til at en større antall ferdig utdannede sykepleiere vil komme fortere ut i tjenestene. Det er vanskelig å se for seg at dette kan være et realistisk alternativ å opprette nesten 2000 nye studieplasser over natten. Blant annet vil en av de største utfordringene med dette alternativet være mangel på praksisplasser (Tid for handling, 2023).

Også for legene regnes det med et underskudd i perioden mot 2040 i mellomalternativet. Merk at gruppen "leger" inneholder alle med medisinsk embetseksamen. Legespesialister er iberegnet i disse tallene, men som for sykepleierne bygger spesialiseringen på leger på grunnutdanning. De fleste leger vil starte sin spesialisering etter grunnutdanning. For leger som ønsker å jobbe de kommunale helse- og omsorgstjenestene plikter kommunene å følge krav gitt i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (omsorgsdepartementet, 2017). Kommunene skal blant annet sikre at leger som tiltre en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven:

- a. har spesialistgodkjenning i allmennmedisin
- b. er under spesialisering i allmennmedisin, eller
- c. har godkjenning som allmennlege etter § 8 i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon eller som spesialist i allmennmedisin eller allmennpraktiserende lege etter § 10 i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits.

Dette betyr at for å få tilgang på leger som kan jobbe i helsetjenestene relevante for følgetjenesten er det viktig det tilrettelegges for at nok leger får startet og gjennomført aktuelle spesialiseringssløp. Der det for de helsefaglige grunnutdanningene er kapasitetsutfordringer knyttet til praksisstudier er kapasitetsutfordringene for leger i stor grad knyttet til gjennomføring av spesialistutdanningens første del (LIS1).

Autorisasjoner og spesialistgodkjenninger for jordmødre, paramedisinere, ambulansearbeidere, sykepleiere og spesialister i akutt- og mottaksmedisin

Helsepersonellregisteret (HPR) er helsemyndighetenes register over helsepersonell med norsk autorisasjon og spesialistgodkjenning. Registeret viser kompetansen til helsepersonellet den dagen en autorisasjon eller spesialistgodkjenning blir gitt, men inneholder ingen informasjon om vedlikehold av kompetanse[5] (livslæring læring) eller arbeidssted. Så lenge helsepersonellet ikke har mistet spesialistgodkjenningen, eller autorisasjonen, vil vedkommende være oppført i HPR frem til vedkommende er 80 år. Det er derfor ikke mulig å lese ut av tallene i tabellene hvor stor andel av helsepersonellet som faktisk jobber klinisk i tjenestene.

Tabell 2 viser aktive autorisasjoner og spesialistgodkjenninger i Helsepersonellregisteret per 28.04.2023 på hhv. spesialister i akutt og mottaksmedisin og autoriserte jordmødre, paramedisinere, ambulansearbeidere, sykepleiere og helsefagarbeidere fordelt etter utdanningsland. Merk at et og samme helsepersonell kan ha flere autorisasjoner og vil da ligge inne med begge disse på sitt HPR-nummer. Helsepersonellet kan da figurere både under helsefagarbeider, sykepleier og jordmor. Evt. andre kombinasjoner. Det vil derfor ikke gi noen mening å summere tallene på tvers.

Tabell 2: Aktive autorisasjoner og spesialistgodkjenninger i Helsepersonellregisteret per 28.04.2023

Utdanningsland	AMM	Jordmor	Paramedisin	Ambulansearbeider	Sykepleier	Helsefagarbeider
Norge	41	2 337	289	7 117	139 189	44 189
EU/EØS+ UK	24	2 920	1	271	49 393	5 253
Utenfor EU/EØS	8	29	0	17	3 425	8 296
Ukjent		1 896	0	1	6 796	86
	73	7182	290	7406	198 803	57 824

Tabell 3 viser vedtak på søknader om autorisasjon og spesialistgodkjenning på hhv. søknad om spesialistgodkjenning i akutt- og mottaksmedisin og autorisasjon som jordmor, ambulansearbeider, paramedisiner og helsefagarbeider.

Tabell 3: Vedtak søknader om autorisasjon og spesialistgodkjenning i perioden 01012019 - 31032023

--	--	--	--

	Tot antall vedtak	Innvilget*	Avslag**
Helsefagarbeidere	21 293	20 008	1 285
Jordmor	931	876	55
Ambulansearbeider	1 280	1 244	36
Paramedisiner	315	285	30
Akutt- og mottaksmedisin	74	71	3
sykepleier	24 597	23 394	1 203
	48490	22484	1409

* tallet inkludere også den/de som er innvilget lisens/avslag autorisasjon

** tallet inkluderer de som har fått avslag med krav om nasjonale kurs og avslag med krav om praksisløp

Tabell 4 viser vedtak på søknader om autorisasjon og spesialistgodkjenning på hhv. søknad om spesialistgodkjenning i akutt- og mottaksmedisin og autorisasjon som jordmor, ambulansearbeider, paramedisiner, sykepleier og helsefagarbeider fordelt på utdanningsland hos søker.

Tabell 4: Vedtak søknader om autorisasjon og spesialistgodkjenning i perioden 01012019 - 31032023

	Akutt- og mottaksmedisin	Jordmor	Paramedisiner	Ambulansearbeider	Sykepleier	Helsefagarbeider
Norge	65	468	314	1 240	17 132	19 207
EØS+ UK	4	418	1	35	6 384	1 367
Utenfor EØS	5	45	0	5	1 081	723
	74	931	315	1 280	24 597	21 297

I Helsedirektoratets rapport om tilgang til og behov for jordmødre fra 2021 finner man en nedgang i antall autorisasjoner til jordmødre med utenlandsk (særlig nordisk) utdanning (Helsedirektoratet, 2021b) mens tall fra 2022 viser at det var 249 nye autorisasjoner, hvorav mer enn halvparten var fra utlandet og primært fra andre nordiske land. Det er for tidlig å dra slutninger rundt hvorvidt trenden har snudd.

Tilgang på og behov for jordmødre

Helsedirektoratets rapport "Tilgang på og behov for jordmødre" beskriver tilgangen på nyutdannede jordmødre, statistikk på jordmødre i helsetjenesten og statistikk og innspill knyttet til behov for jordmødre. Analysenotatet er fra 2021 og mye av statistikken samt forklaringsvariabler er hentet fra denne rapporten. Der det har vært mulig å få oppdaterte tall er disse benyttet.

I dag tilbys det jordmorutdanning ved 6[6] universiteter og høyskoler. Jordmorutdanningen inngår i RETHOS fase 3 og utviklingsarbeidet for disse utdanningene startet opp i oktober 2021 med planlagt iverksetting av nasjonale retningslinjen for jordmorutdanningen juli 2023 (Kunnskapsdepartementet, 2021).

Tabellen under viser at det i 2022 ble fullført 122 mastergrader innen jordmorfaget. Korrigert for personer som har fullført videreutdanning tidligere blir tallet ca. 115 fullførte mastergrader. Dette er lavere enn Kunnskapsdepartementet kandidatmåltall[7] på 148 fullførte studier i 2022 og 2023.

Tabell 5: Tabellen viser utdannede jordmødre ved norske universitet og høyskoler 2019 – 2022.

Tabell 5: Fullførte jordmorutdanninger ved norske universitet og høyskoler

	2019	2020	2021	2022
Jordmorutdanning, toårig	18	34	1	
Master, jordmorfag, toårig	93	99	127	122
Totalsum	111	133	128	122
Totalsum ekskludert personer som har fullført videreutdanning tidligere	ca. 100	ca.130	ca.120	ca.115

I Norge bygger jordmorutdanningen på en 3-årig bachelor i sykepleie. Tabellene under er hentet fra Helsedirektoratets rapport "Tilgang på og behov for jordmødre og viser at frem til 2020 var god søkning til jordmorstudiene, og det har vært flere søkere enn studieplasser. Kandidatmåltallet for jordmorutdanningen var 134 kandidater fra 2015 til og med 2020. I 2021 økte måltallet fra 134 til 148 som et resultat av opprettelsen av jordmorstudier i Stavanger. Det er i statsbudsjettet for 2023 bevilget ekstra penger til 200 nye utdanningsstillinger for jordmødre og spesialsykepleiere (Nasjonalbudsjettet, 2023)

Tabell 6: Kvalifiserte søkere på jordmorutdanning og mastergrad i jordmorfag

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Jordmorutdanning 1)	456	345	402	301	454	132	317	67	307	456	345
Mastergrad 2)	0	0	94	0	101	86	216	384	461	565	755

Kilde: DBH. 1) 761105 Jordmorutdanning, toårig. 2) 761107 Master, jordmorfag, toårig. Merk at en person som søker opptak flere år vil telles i alle de aktuelle kolonnene og at en person som søker både på videreutdanning og mastergrad vil telles i begge radene.

Tabell 7: Antall søknader på jordmorstudier, 2010 til 2020

Søknader	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Høgskolen på Vestlandet	165	186	160	118	114	138	176	188	222	230	265
NTNU	203	-	179	-	207	-	223	-	319	-	222
OsloMet	175	246	267	248	341	231	243	353	271	336	288
Universitetet i Stavanger	-	-	-	-	-	-	-	-	-	237	195
Universitetet i Sørøst-Norge1)	121	-	170	-	165	-	188	69	257	12	275
UiT - Norges arktiske universitet	117	103	80	84	88	83	78	81	102	104	105

Kilde: Database for høyere utdanning (DBH). Merk at en person kan søke om opptak til flere programmer, og samtlige søknader vil da bli rapportert til DBH. Understrekede tall angir opptak til mastergrad. 1) Det har vært opptak til mastergraden annet hvert år på USN, og opptakene i 2017 og 2019 er trolig kun påbygg til mastergrad.

Tabell 8: viser kandidatmåltall for 2023

Universitet/høgskole	Jordmorutdanning
NTNU	25

OsloMet	34
UiS	14
USN	20
UiT	20
HVL	35
	148

Kilde: Orientering om statsbudsjettet 2023 for universitet og høyskular

Utvikling i helsetjenestene - jordmødre

I forbindelse med Helsedirektoratets analysenotat om tilgang til og behov for jordmødre ble det lagt ned en stor innsats i å innhente og sammenstille data for ulike kilder blant annet Statistisk sentralbyrå, Database for statistikk om høgere utdanning (DBH), samt innspill fra de fire regionale helseforetakene (RHF), resultater fra medlemsundersøkelser hos hhv. Jordmorforbundet og Den norske jordmorforening, Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene m.m. For formålet i denne rapporten har det ikke vært behov for eller rom for en like omfattende gjennomgang. Avsnittene under oppsummerer i korte trekk funn fra den tidligere rapporten.

Det har vært en liten vekst i sysselsatte jordmødre og jordmor årsverk i perioden 2015 til 2020. Denne veksten kan tilskrives en betydelig tilvekst av jordmødre i kommunene som et resultat av satsning på jordmortjenester i kommunene (Helsedirektoratet, 2021b) Det er flest jordmødre som jobber i spesialisthelsetjenesten, men antallet som jobber i kommunene øker raskt. Det er ca. en av ti med jordmorutdanning som jobber utenfor helse- og sosialtjenestene. Denne andelen har vært stabil over tid. Bare en av tre jordmødre jobber fulltid i helseforetakene. Høyt arbeidspress er en utbredt årsak til deltidsjobbing i foretakene (Riksrevisjonen, 2019). Dette samsvarer med Riksrevisjonens funn i deres undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene. I kommunene jobbet litt over halvparten av jordmødre fulltid og veksten i jordmorstillinger i kommunene har vært nye fulltidsstillinger (Helsedirektoratet, 2021b)

Utvikling for jordmødre i spesialisthelsetjenesten og i kommunene

Tall fra 2015 – 2020 viser at det har vært en nedgang i antall sysselsatte jordmødre i spesialisthelsetjenesten og at antall jordmorsårsverk holdt seg relativt stabilt. Den manglende veksten henger sammen med en nedgang i årsverk i Helse Vest RHF og Helse Sørøst RHF. Antallet årsverk pr. 1000 fødsler i spesialisthelsetjenesten har likevel økt grunnet en nedgang i antall fødsler i perioden fra 2015 – 2020. Samtidig er det viktig å ta i betraktning at fødepopulasjonen har blitt mer kompleks (Helsedirektoratet, 2021b).

Den store veksten av jordmødre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har resultert i at antall jordmorsårsverk pr. 10 000 fødte hadde økt til 103 i 2020. Her er det variasjon i dekning mellom enkeltkommuner, fylker og KOSTRA-grupper.

Det er stadig flere kommuner som har tilsatt jordmor, og gjaldt i 2020 tre av fire kommuner. Kommuner som ikke har tilsatt egen jordmor tilbyr jordmortjenester gjennom samarbeid med andre og /eller kjøp av tjenester.

Jordmødre i og utenfor helse- og sosialtjenestene

SSBs helse- og sosialstatistikk viser at arbeidsledighet i praksis har vært ikke-eksisterende for jordmødre over tid.

Figur 1 viser i hvilke næringer personer med jordmorutdanning jobbet i 2020 og 2022. Den viser at drøyt 9 av 10 sysselsatte jordmødre jobbet i helse- og sosialtjenestene[8].

Undervisning er den enkeltnæringen med flest jordmødre når vi ser på andre næringer enn helse- og sosialtjenesten. Det kan være verdt å merke seg at i kategorien utleie av arbeidskraft, har det vært en fordobling siden 2020.

Kategorien "andre næringer"[9] inkluderer alle kategorier som ikke er egne kategorier i figuren. Da SSB ofte mangler utdanningsinformasjon om ikke-bosatte personer vil ikke alle utenlandske jordmødre nødvendigvis fanges opp i tallene (Helsedirektoratet, 2021b)

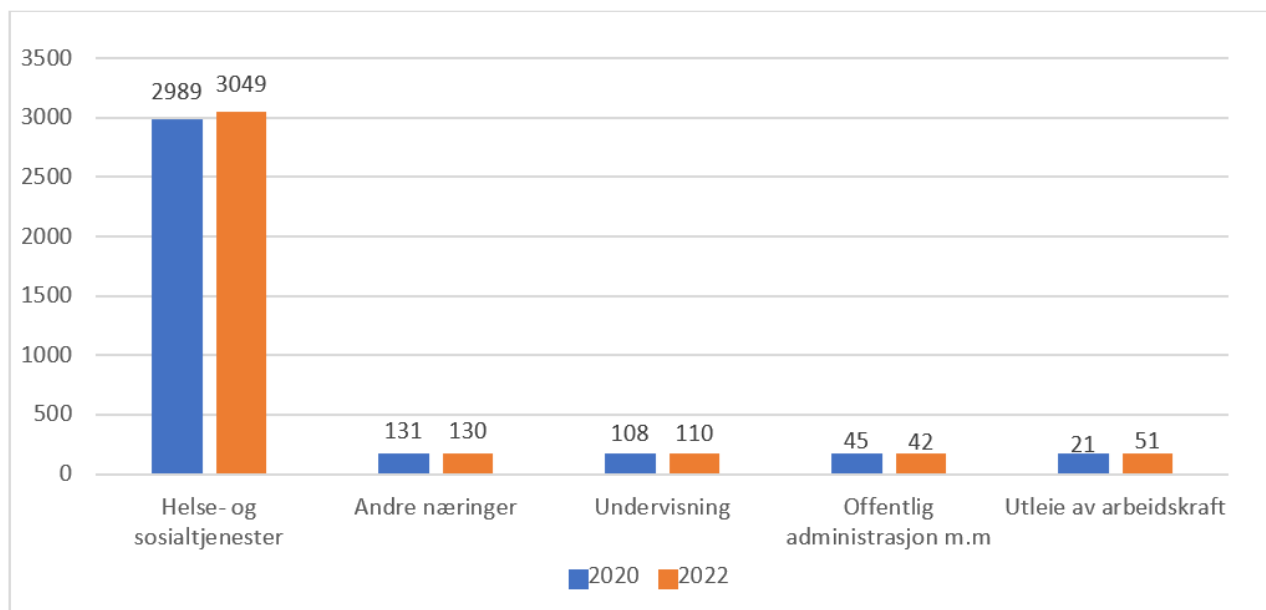


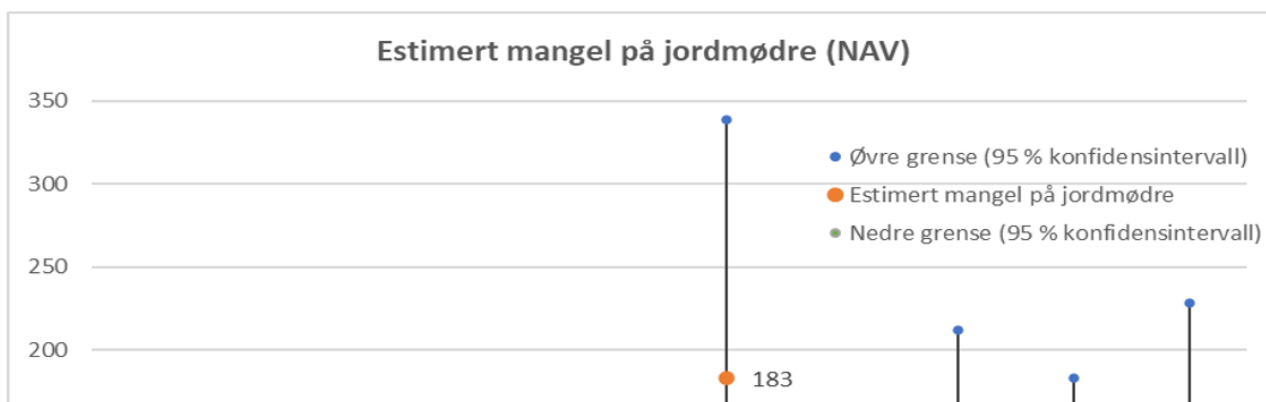
Fig. 1. Sysselsatte med jordmorutdanning, fordelt på næring 2020 og 2022

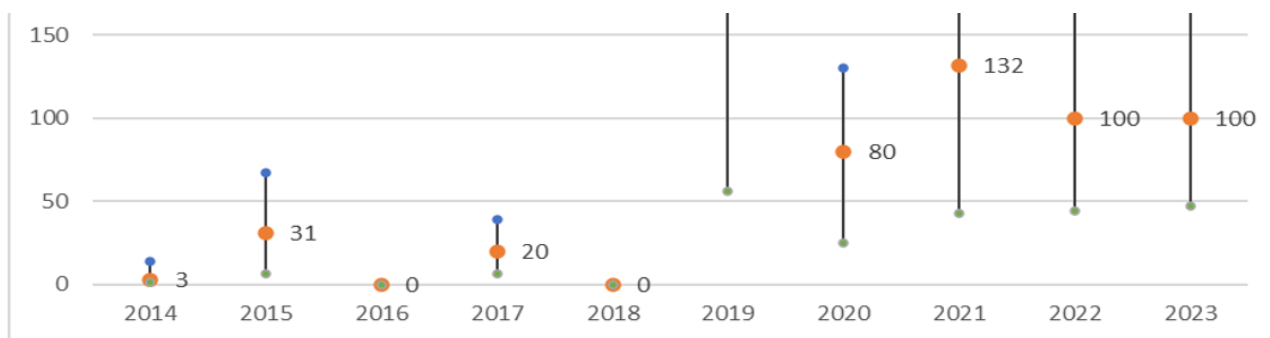
Kilde: SSB, tabell 07941. Basert på utdanning. SSBs statistikkbank inneholder også tall for årsverk, inkludert eller ekskludert lange fravær; Helsedirektoratet 2021

Behov for jordmødre

I NAVs bedriftsundersøkelse for 2023 estimerer NAV at det er en mangel på rundt 100 jordmødre. Dette er på samme nivå som i 2022, og figuren under viser at mangelen kan se ut til å ha stabilisert seg de seneste årene. Mangelen på jordmødre ble tydelig i 2019, men dette året var usikkerheten høy, som det kommer fram av figuren, og mangelen var trolig overestimert.

Den rapporterer mangelen er som regel i somatiske sykehus, men det hender også at det rapporteres om mangel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og offentlig administrasjon.





Figur 2. Estimert mangel på jordmødre. NAV. 2014-2023.

Kilde: NAVs bedriftsundersøkelser 2014 - 2023. Sammenstilt av Helsedirektoratet

Rekruttere og beholde helsepersonell i tjenestene

Helse- og omsorgstjenestene står overfor personellmessige utfordringer. Der det tidligere var kommuner i distriktene som hadde mest utfordringer med å rekruttere helsepersonell, meldes det nå om rekrutteringsutfordringer både i mer sentrale strøk og i spesialisthelsetjenesten. Helsepersonellmangelen har også bredt seg til flere personellgrupper og framskrivningene fra SSB viser at det vil være en generell mangel på de fleste typer av helsepersonell i årene fremover.

Helsepersonellkommisjonen anbefaler ikke at løsningen på personellutfordringen er å importere flere utenlandsk helsepersonell. Dette begrunnes blant annet i at mangel på helsepersonell er en utfordring i hele Europa grunnet de samme demografiske endringene Norge går igjennom. Norge har også skrevet under på WHO's kode om internasjonal rekruttering av helsepersonell. Erfaringer fra pandemien har vist oss sårbarheten i å planlegge for mye innleie av utenlandsk arbeidskraft.

For at vi skal ha bærekraftige helse- og omsorgstjenester i fremtiden vil det være sentralt at det arbeides med å utdanne, rekruttere og beholde det helsepersonellet i tjenestene.

Et av de viktigste tiltakene for å beholde helsepersonell er at arbeidsgiver kan tilby gode fagmiljøer og karriereveier. Personellplanlegging som inneholder planer om hvordan helsepersonellens kompetanse kan brukes og utvikles, både individuelt og i team, bør være en del av arbeidsgivernes strategiske kompetanseplaner.

Andre viktige incitamenter for å beholde helsepersonellet knytter seg også til arbeidstidsordninger, turnusbelastning og lønn.

[4] SSBs mellomalternativ ansees som en mer realistisk utvikling for tjenestebehovene enn ytteralternativene. For mer inngående vurderinger av tilbud og etterspørsel av helsepersonell i ytteralternativene henvises det til NOU2023:4.

[5] For spesialister i allmennmedisin vil dato for resertifisering for å beholde tilleggskaksten være synlig i HPR.

[6] Universitetet i Sørøst Norge, Høgskulen på Vestlandet, UiT Norges arktiske universitet, OsloMet, NTNU, Universitetet i Stavanger

[7] Kunnskapsdepartementet fastsetter kandidatmåltall for utdanninger der det er særlig viktig at utdanningssektoren når målene for å møte behovet i samfunnet. Måltallet er et minstekrav til antall uteksaminerte kandidater fra den enkelte institusjonen. Kunnskapsdepartementet vil gå igjennom bruken av

kandidatmåltall og vurdere alternative virkemiddel i arbeidet med den kommende stortingsmeldingen om profesjonsutdanningene ([orientering-om-statsbudsjettet-2023-for-universitet-og-hogskular-etter-vedtak-i-stortinget-14.12.22.pdf](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/orientering-om-statsbudsjettet-2023-for-universitet-og-hogskular-etter-vedtak-i-stortinget-14.12.22.pdf) ([regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)))

[8 Merk at SSBs kategori "helse- og sosialtjenester" er noe bredere definert enn helse- og omsorgstjenester

[9 "tjenesteyting ellers", "primær- og sekundærnæringer" og "uoppgitt"

