

RAPPORT

# Følgetjeneste for fødende

Vurdering av betydning for ressursbruk og personell ved endret tidsgrense





## Forord

På oppdrag for Helsedirektoratet har Menon Economics estimert antall fødende som vil omfattes av tilbud om følgetjeneste ved tidsgrenser på 60 og 90 minutter reisevei fra bosted til nærmeste fødested. Videre er det estimert ressursbruk knyttet til dette tilbudet.

Vi ønsker å takke våre kontaktpersoner i helseforetakene og arbeidsgruppen i Helsedirektoratet for mange nyttige innspill til arbeidet vårt.

Vi vil også takke Helsedirektoratet for et spennende oppdrag.

---

Mai 2023

Erland Skogli  
Prosjektleder  
Menon Economics

# Innhold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>3</b>
Antall fødende som omfattes av tilbud om følgetjeneste	3
Bruk av helsepersonell	4
Økonomiske konsekvenser	5
<b>INNLEDNING</b>	<b>6</b>
1.1. Om følgetjeneste for fødende	6
1.2. Vurdering av kostnader ved endring av tidsgrense fra 90 til 60 minutter	7
1.3. Metodisk tilnærming	8
<b>2. BETYDNING FOR ANTALL FØDENDE SOM OMFATTES AV TILBUDET</b>	<b>9</b>
2.1. Beregning av antall fødende som omfattes av tilbudet	9
2.2. Antall fødende som omfattes med 90 og 60 minutters grense på nasjonalt nivå	10
2.3. Antall fødende som omfattes, fordelt på regionale helseforetak	10
2.4. Vurdering av betydning for enkelte helseforetak	11
<b>3. BETYDNING FOR BRUK AV HELSEPERSONELL</b>	<b>13</b>
3.1. Organisering av følgetjenesten	13
3.2. Antall kommuner med tilbud om følgetjeneste og betydning for ressursbruk	14
3.3. Vurdering av konsekvenser for bruk av helsepersonell	16
<b>4. ØKONOMISKE VIRKNINGER</b>	<b>19</b>
4.1. Tre ulike kilder til kostnader	19
4.2. Vurdering av økonomiske virkninger	20
<b>VEDLEGG A: BEREGNING AV ANTALL FØDENDE SOM OMFATTES</b>	<b>25</b>
Datagrunnlag og informasjonskilder	25
Metode, avgrensninger og håndtering av usikkerhet	27
<b>VEDLEGG B: BEREGNING AV KONSEKVENSER FOR BRUK AV HELSEPERSONELL</b>	<b>31</b>
Datagrunnlag og informasjonskilder	31
Metode, avgrensninger og håndtering av usikkerhet	31
<b>VEDLEGG C: BEREGNING AV ØKONOMISKE VIRKNINGER</b>	<b>36</b>
Beregning av kostnader knyttet til etablering av følgetjeneste i kommunene	36
Beregning av kostnader knyttet til alternative tilbud for følgetjeneste	36
Kostnader knyttet til prehospitale tjenester	36
<b>VEDLEGG D: RESULTATER VED EKSKLUDERING AV FØDESTUER</b>	<b>39</b>
<b>VEDLEGG E: LISTE OVER INTERVJUOBJEKTER</b>	<b>42</b>

## Sammendrag

**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. Denne 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.

### Antall fødende som omfattes av tilbud om følgetjeneste

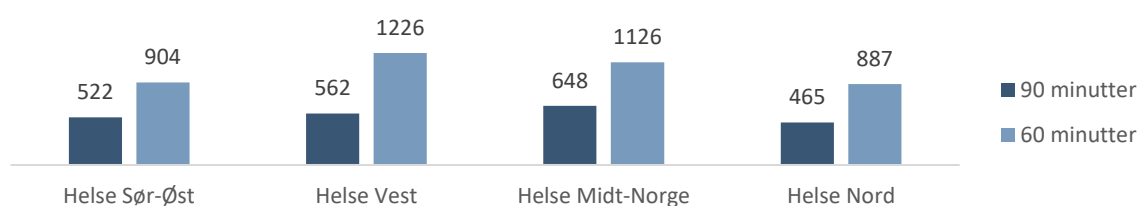
Gitt en grense på minst 90 minutters reisevei, vil det være forventet 2 197 fødende som omfattes av tilbud om følgetjeneste per år (mellom 2 134 og 2 261 fødende i et 80 prosent konfidensintervall). Dersom grensen reduseres til 60 minutter innebærer dette en økning i forventet antall fødende som omfattes 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.

Antall fødende som omfattes av følgetjeneste på nasjonalt nivå, årlig.

Tidsgrense	Forventet antall fødende som omfattes	Lav (P10)	Høy (P90)
90 minutter (Gjeldene grense)	2 197	2 134	2 261
60 minutter (Ev. ny grense)	4 143	4 051	4 234
<b>Differanse</b>	<b>1 946</b>	<b>1 917</b>	<b>2 100</b>

Forventet antall gravide som omfattes av tilbud om følgetjeneste, ved 90 minutter grense, er relativt jevnt fordelt på de regionale helseforetakene (RHF). Ved en eventuell omlegging til grense på 60 minutter, vil det være Helse Vest som har størst økning i antall gravide som omfattes av tilbudet. Men fortsatt vil det være relativt små forskjeller på RHF-nivå.

Forventet årlig antall fødende som omfattes av følgetjeneste ved tidsgrense på 90 og 60 minutter, fordelt på RHF.



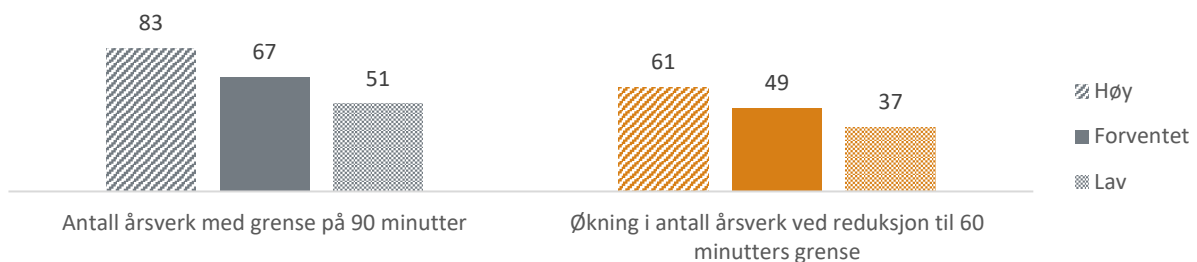
På helseforetak-nivå (HF) vil det imidlertid være relativt store forskjeller. Eksempelvis vil en endring fra 90 til 60 minutter ha svært liten påvirkning på antall forventede gravide som omfattes av tilbudet for Finnmarkssykehuset. Mens Ahus, Sykehuset i Østfold og Helse Stavanger vil gå fra å ikke ha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

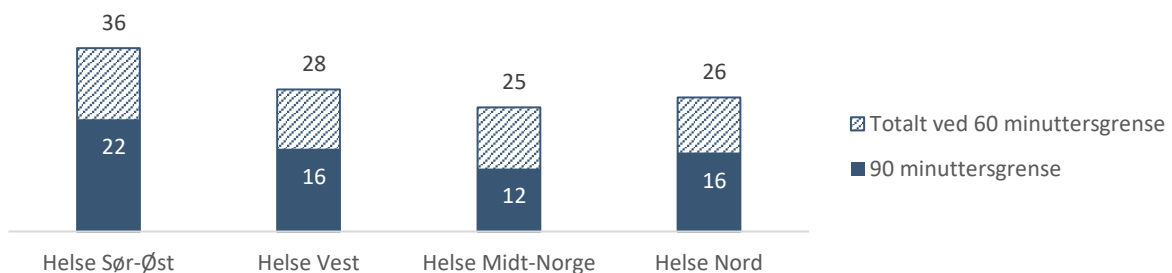
Samlet krever driften av en døgnkontinuerlig vaktberedskap 67 årsverk (51 – 83 årsverk, 80%-KI) fra jordmødre i kommunene som omfattes av tilbudet ved en grense på 90 minutter. En eventuell omlegging til 60 minutter tidsgrense vil øke omfanget av antall kommuner som omfattes, og innebære et estimert 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.

**Antall årsverk som forventes til døgnkontinuerlig vaktberedskap for følgetjeneste med grense på 90 minutter (grått) og økning i antall nye årsverk ved en omlegging til grense på 60 minutter (orange).**



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.

**Antall forventede årsverk ved 90 minutter (heltrukket) og økning ved omlegging til grense på 60 minutter (skravert), fordelt på RHF-nivå.**



Det er viktig å presisere at en omlegging til grense på 60 minutter vil innebære lokale forskjeller som ikke fremkommer i denne oversikten. 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 jordmorårsverk.

## 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 døgnkontinuerlig vaktberedskap, i tillegg til kostnader for alternative tjenester og prehospitaltjenester. Alternative tjenester innebærer andre løsninger enn å etablere en fast døgnkontinuerlig 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 tilfredsstillende 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 prehospitaltjenester og følge av jordmor, viser erfaringene at dette benyttes i om lag 25 prosent av fødsleene som kvalifiserer til tilbud om følgetjeneste.

**Årlige kostnader knyttet til følgetjeneste ved grense på 90 minutter og økning i kostnader ved omlegging til tidsgrense på 60 minutter, i millioner kroner.**

	Tidsgrense	Forventet	Lav (P10)	Høy (P90)
	90 min (Gjeldene grense)	82,2	64,8	100,9
<b>Totale kostnader</b>	<u>Økning</u> ved 60 min (Ev. ny grense)	60,6	47,5	74,5
Døgnkontinuerlig vaktberedskap	90 min (Gjeldene grense)	69,8	52,6	88,4
	<u>Økning</u> ved 60 min (Ev. ny grense)	51,0	38,1	64,9
Alternative tjenester	90 min (Gjeldene grense)	2,3	1,8	2,8
	<u>Økning</u> ved 60 min (Ev. ny grense)	0,5	0,4	0,7
Prehospitaltjenester	90 min (Gjeldene grense)	10,1	8,8	11,4
	<u>Økning</u> ved 60 min (Ev. ny grense)	9	7,8	10,2

Det er kostnader knyttet til den døgnkontinuerlige 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 vaktjeneste, som for eksempel tilbud om hotell, utgjør til sammenligning kun 2 prosent av det samlede kostnadsanslaget. Kostnader til prehospitaltjenester utgjør resterende 13 prosent.

# Innledning

Arbeidet med denne utredningen skal gi et kunnskapsgrunnlag i forbindelse med beslutning om hvor vidt det bør gis en anbefaling om å endre tidsgrensen for følgetjeneste fra 90 til 60 minutter. Kunnskapsgrunnlaget er fokusert om kostnadssiden ved en endring.

## 1.1. Om følgetjeneste for fødende

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

### 1.1.1. Etablering av følgetjeneste for fødende med mer enn 90 minutters reisevei

Regionale helseforetak har siden 2010 hatt ansvaret for organisering av beredskap for følgetjeneste for gravide til fødeinstitusjon.<sup>1</sup> Før 2010 var ikke ansvaret lovfestet, men ble ansett som kommunenes ansvar.

Omleggingen av ansvaret for tjenesten kom i forbindelse med Stortingsmelding nr.12 (2008-2009), hvor det ble lagt til grunn en rett til følgetjeneste med veiledende grense på 90 minutter.<sup>2</sup> Grensen skal baseres på reell reisetid, og er avhengig av reiseavstand, kommunikasjonsforhold, vær og føreforhold, hvor langt fødselen er kommet med mer. Behovet for følgetjeneste må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle.

Både før og etter Stortingsmeldingen, senest i 2019<sup>3</sup>, har det vært fremmet forslag i Stortinget om at grensen for rett til følgetjeneste bør reduseres fra 90 minutter til 60 minutter. Forslagene har ikke blitt vedtatt.

Før det eventuelt innføres endringer i anbefalt reisetid for følgetjeneste, har Helsedirektoratet påpekt behov for et bedre kunnskapsgrunnlag, og en kost-nytteanalyse jf. Prioriteringsregelverket.<sup>4</sup> Folkehelseinstituttet har i 2022 gjennomført en systematisk kunnskapsoppsummering om betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende.<sup>5</sup>

### 1.1.2. Ressurs- og kompetansebehov, samt beredskapshensyn

Tilbud om følgetjeneste stiller økte krav til bemanning og kompetanse. Følgetjenesten skal ha kompetanse til å håndtere eventuelle transportfødsler og samtidig ivareta den fødendes behov for trygghet.<sup>6</sup> I praksis vil det oftest være jordmødre som innehar slik kompetanse, men andre yrkesgrupper kan også være aktuelle.

Hvordan følgetjenesten er organisert varierer mellom de ulike regionene. Noen har møtetjeneste, noen har kombinasjonsstillinger i sykehus og kommune, mens andre har dette som en del av arbeidet i kommunehelsetjenesten.

---

<sup>1</sup> [Rapport om fødepopulasjon | Helsedirektoratet \(2020\)](#)

<sup>2</sup> [St.meld. nr.12 \(2008-2009\)](#)

<sup>3</sup> [Dokument 8:4 S \(2019-2020\), Innst. 120 S \(2019-2020\)](#)

<sup>4</sup> [Følgetjeneste og døgnkontinuerlig beredskap | Helsedirektoratet](#)

<sup>5</sup> [Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende | FHI](#)

<sup>6</sup> [Rapport om fødepopulasjon | Helsedirektoratet \(2020\)](#)

Stortingsmeldingen legger til grunn en veiledende grense på 90 minutters reisevei til nærmeste fødested for rett til følgetjeneste.<sup>7</sup> Avhengig av flere faktorer, blant annet hvordan tilbudet er organisert, vil tilbudet kreve ressurser fra helseforetakene. En reduksjon av den veiledende grensen til 60 minutter vil føre til økte kostnader for helseforetakene, samt kreve knappe ressurser i form av årsverk fra helsepersonell. I tillegg til de rent økonomiske virkningene vil omleggingen av tilbudet også kunne påvirke regionenes beredskap og prehospitaltjenester.

## 1.2. Vurdering av kostnader ved endring av tidsgrense fra 90 til 60 minutter

Det er kommet flere forslag om at terskelen for rett til følgetjeneste bør senkes fra 90 minutter til 60 minutter. Dette vil føre til at flere fødende kvinner får rett til følgetjeneste, men også en omprioritering av helsepersonellens ressurser og økte kostnader i helsetjenesten. I denne rapporten presenteres beregninger av antall fødsler som vil omfattes av følgetjeneste ved ulike tidsgrenser for reisevei, samt betydningen for helsepersonellressurser og økonomiske virkninger.

### 1.2.1. Estimering av antall fødende som vil omfattes av tilbud om følgetjeneste

Med utgangspunkt i reisetidsberegninger fra bostedsadresser til nærmeste fødested kombinert med antall fødsler i ulike kommuner, kan man beregne forventet antall fødende som vil omfattes av et tilbud om følgetjeneste.

Reisetidsberegninger er allerede gjennomført av SSB.<sup>8</sup> I våre beregninger har vi også gjort egne reisetidsberegninger for enkelte områder. Dette gir mer presise beregninger, samt mulighet for å legge inn forhold som sesongbasert variasjon, og endringer i lokalisering av fødesteder. Imidlertid oppdaget vi raskt i arbeidet med prosjektet at det var andre forhold enn mer nøyaktige reisetidsberegninger som var avgjørende for bruk av helsepersonellressurser og økonomiske virkninger, nærmere bestemt ulike samarbeidsformer med kommuner, ulik organisering av tilbudet med mer. Grunnet en kort gjennomføringsperiode, har det derfor vært en prioritet å kartlegge forhold knyttet til dette, heller enn å utarbeide med detaljerte reisetidsberegninger. Det vil si at datagrunnlaget for beregning av antall fødende som omfattes av følgetjenestetilbudet, er SSBs reisetidsberegninger og antall årlige fødsler i ulike kommuner.

### 1.2.2. Estimering av betydning for helsepersonellressurser og kostnader

I rapporten presenteres beregninger av samlet ressursbruk knyttet til følgetjeneste for fødende, samt hvordan ressursbruken er fordelt på regionalt nivå. Ressursbruk omfatter både økonomiske virkninger, samt egne beregninger for bruk av helsepersonell.

Beregningene omfatter både betydningen som tilbud av følgetjeneste har for ressursbruk med dagens grense på 90 minutter reisevei, samt hvordan dette vil endres ved en omlegging til 60 minutter. Det er imidlertid ikke gjort vurderinger knyttet til ulike regioners evne til å håndtere behovet for økt ressursbruk, eksempelvis knyttet til rekrutteringsproblemer og mangel på jordmødre.

De økonomiske virkningene beskriver både kostnader knyttet til fast vaktberedskap for følgetjeneste i kommunene, alternative tjenester til fast vaktberedskap og kostnader knyttet til prehospitaltjenester.

---

<sup>7</sup> [St.meld. nr.12 \(2008-2009\)](#)

<sup>8</sup> [Hvor lang tid tar det å kjøre til nærmeste fødested? | SSB](#)

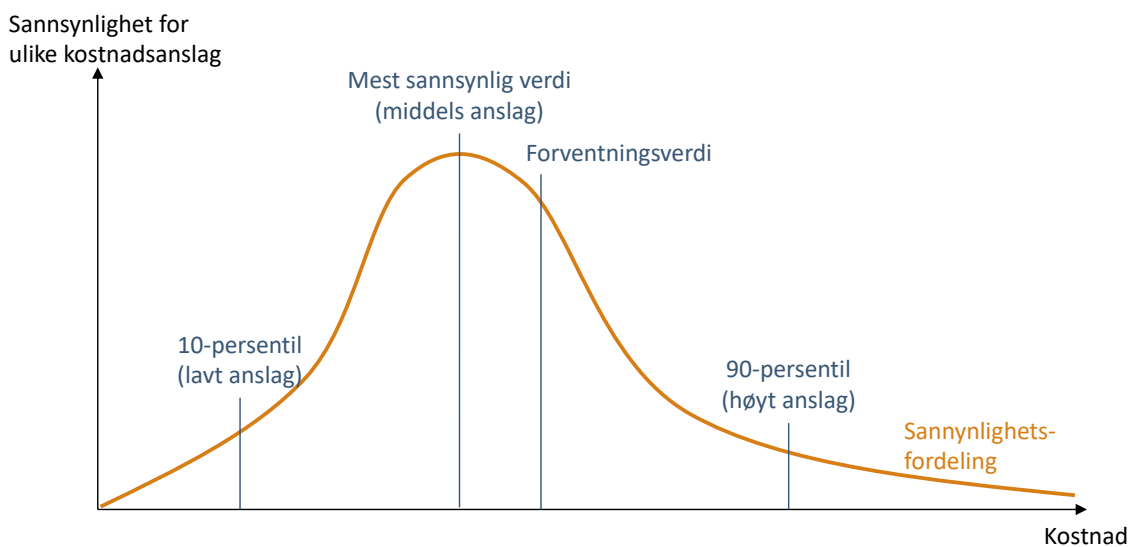


### 1.3. Metodisk tilnærming

Beregningene i denne rapporten bygger på en helhetlig sammenstilling av informasjon fra ulike kilder. Resultatene er basert på informasjon om en rekke faktorer som eksempelvis antall fødsler per kommune, antall årsverk per kommune, andel fødende med tilbud om følgetjeneste som benytter prehospitaltjenester, og pris per overnattingsdøgn for fødende som bruker hotell.

Hver enkelt faktor er forbundet med usikkerhet, hvor størrelsen på usikkerhetsspennet avhenger av kvaliteten på informasjonen som vi har tilgang til. For hver enkelt faktor er det beregnet et lavt, middels og høyt anslag. Det betyr i praksis at vi for enhver konsekvens tar konkret stilling til et lavt, et middels og et høyt anslag. De tre anslagene representerer 10-persentilen (lavt anslag), den mest sannsynlige verdien (middels anslag) og 90-persentilen (høyt anslag).

Figur 0-1: Illustrasjon av en sannsynlighetsfordeling med trippelanslag og forventningsverdi



Trippelanslagene sammen med en antakelse om sannsynlighetsfordeling gir oss grunnlag for å anslå forventningsverdien basert på en såkalt Monte Carlo-simulering. I simuleringen gjøres det 100 000 trekninger, der hver enkelt faktor vil trekkes randomisert innenfor angitt øvre/nedre anslag og sannsynlighetsfordeling.

Resultatene fra simuleringen vil gi en forventet verdi for antall fødende som omfattes av tilbudet, bruk av helsepersonell og økonomiske virkninger. Samtidig vil resultatene fra simuleringen reflektere usikkerheten i dette estimatet. I rapporten vil vi presentere alle resultater med en forventet verdi (gjennomsnittlig verdi), samt et lavt anslag (P10) og et høyt anslag (P90). P10-verdien kan forstås som at det i et gitt år vil være 10 prosent sannsynlig at reell verdi er lavere enn dette estimatet. P90-verdi kan tilsvarende forstås som at det er 10 prosent sannsynlighet for at reell verdi ligger høyere. Med andre ord er det 80 prosent sannsynlighet for at reell verdi i et gitt år vil ligge mellom lavt og høyt anslag, der forventningsverdien er den mest sannsynlige (80 prosent konfidensintervall).

## 2. Betydning for antall fødende som omfattes av tilbudet

Det er om lag 2 200 fødsler årlig som omfattes av tilbudet om følgetjeneste, gitt en tidsgrense på 90 minutter fra bostedsadresse til nærmeste fødested. Ved en eventuell omlegging til tidsgrense på 60 minutter vil forventet antall årlige fødsler som omfattes av tilbudet øke til om lag 4 150. Omfanget er relativt jevnt fordelt på de fire helseregionene.

### 2.1. Beregning av antall fødende som omfattes av tilbudet

I dette delkapitlet gis en kortfattet beskrivelse av de viktigste vurderingene, datagrunnlag og metode for beregning for antall fødende som omfattes av tilbudet. I vedlegg A gir vi en detaljert beskrivelse av antagelser og hvordan vi har beregnet antall fødende som omfattes av tilbudet.

Hovedparameterne vi har benyttet for å beregne antall fødende som omfattes av tilbudet, både ved dagens grense og ved en ev. ny grense, er 1) antall fødende årlig i hver kommune og 2) reisetiden fra bostedsadresse til nærmeste fødested. Kombinasjonen av disse parametere gjør det mulig å estimere hvor mange kvinner som har rett til tilbud om følgetjeneste i hver kommune, avhengig av kjøretidsgrense.

#### Antall fødende kvinner i hver kommune

I beregningen har vi tatt utgangspunkt i gjennomsnittlig antall fødende kvinner i hver kommune i perioden 2020 – 2022. Antall fødende kvinner er basert på historisk data om antall levendefødte i Norge fra SSB. Det er imidlertid flere forhold, som trender og variasjoner i fødselsrater, som bidrar til usikkerhet for å estimere antall fødsler i fremtiden. Det har for eksempel vært en negativ trend på nasjonalt nivå i antall fødsler i perioden 2010 – 2022. Ved å ta gjennomsnittet i antall fødende kvinner i perioden 2020 – 2022 betyr det implisitt at vi antar at den negative trenden i fødselsraten som observeres etter 2010 flater ut i årene fremover og at nivået stabiliserer seg på et lavere nivå enn i 2010. Dette er verdt å ta i betraktning når vi viser antallet kvinner som omfattes av tilbudet.

#### Reisetid fra bostedsadresse til nærmeste fødested

Når det gjelder den andre hovedparameteren, reisetid fra bostedsadresse til nærmeste fødested, har vi benyttet SSB sine tall og tatt utgangspunkt i bosetningsmønstret for kvinner i fertil alder (15 til 49 år). Dersom det finnes kvinner i denne aldersgruppen som, basert på statistikk fra SSB, har 90 minutter eller lenger reisevei til nærmeste fødested, inkluderes disse i estimatet for antall fødende som omfattes av tilbudet. Videre, dersom det finnes kvinner i fertil alder som har mellom 60 og 90 minutter reisevei til nærmeste fødested, så var kommunen ikke omfattet av følgetjenesten tidligere, men antas å omfattes ved en endring til 60 minutter. Imidlertid, dersom reiseveien for alle kvinner i kommunen er under 60 minutter vil de verken før eller etter endringen omfattes av ordningen.

#### Metodiske avgrensinger

Det er viktig å merke seg at tilnærmingen vi har valgt for beregning av antall fødende som omfattes av tilbud om følgetjeneste er avgrenset til reisetidsberegninger fra bostedsadresse til nærmeste fødested. Beregningene gir dermed et bilde av hvor mange fødende som i teorien vil omfattes av tilbudet ved en grense på henholdsvis 90 og 60 minutter til nærmeste fødested.

I praksis er det en rekke lokale forhold som innebærer at omfanget i realiteten vil kunne være både høyere og lavere enn den teoretiske beregningen. Eksempelvis er det svakheter i datagrunnlaget knyttet til reisetidsberegninger i vurdering av fergetider, dårlige veiforbindelser eller kjøreforhold i hele, eller deler av, året. I praksis er tilbudet hovedsakelig organisert gjennom samarbeid med kommuner, men finansiert av

helseforetakene. I kommuner som omfattes av tilbudet vil i mange tilfeller alle gravide i kommunen omfattes av tilbudet, uavhengig av faktisk reiseavstand fra den enkeltes bostedsadresse. Videre vil det eksempelvis kunne være kommuner hvor innbyggere i kommunens utkantområder i teorien omfattes av tilbud om følgetjeneste, men hvor det ikke finnes et etablert tilbud.

I vurdering av ressursbruk og kostnader er det inkludert informasjon fra helseforetakene, slik at estimatene reflekterer faktiske kostnader og ressursbruk knyttet til tilbud om følgetjeneste.

## 2.2. Antall fødende som omfattes med 90 og 60 minutters grense på nasjonalt nivå

Vi har beregnet antall fødende kvinner som omfattes av følgetjenesten ved dagens grense på 90 minutter, samt ved en mulig endring til 60 minutter. For å ta høyde for usikkerhet, legger vi frem en forventet verdi, en lav verdi og en høy verdi for forventet antall fødende som omfattes ved begge reisetidsgrensene.

Ved gjeldende grense forventer vi at 2 197 fødende kvinner omfattes av tilbudet årlig. En endring av grensen til 60 minutter innebærer at 4 143 fødende kvinner vil omfattes av tilbudet. Dette tilsvarer en økning på nesten 90 prosent i antall kvinner som vil ha tilgang til tjenesten.

Tabell 2-1: Antall fødende kvinner som omfattes av følgetjeneste på nasjonalt nivå, årlig. Kilde: Menon

Tidsgrense	Forventet antall fødende som omfattes	Lav (P10)	Høy (P90)
90 minutter (Gjeldene grense)	2 197	2 134	2 261
60 minutter (Ev. ny grense)	4 143	4 051	4 234
<b>Differanse</b>	<b>1 946</b>	<b>1 917</b>	<b>2 100</b>

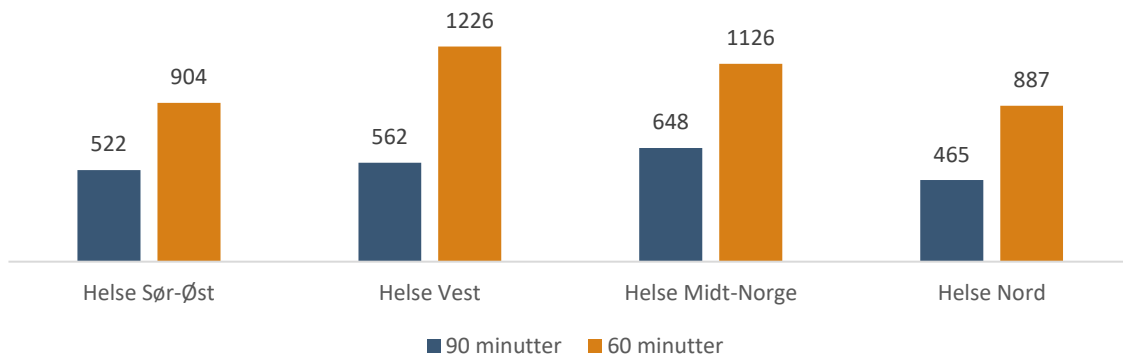
Antall fødende kvinner som vil omfattes av tilbudet vil variere fra år til år avhengig av antall fødende kvinner det inneværende året. Det er lite sannsynlig at vår metode ved å bruke gjennomsnittsansall fødende fra 2020 til 2022 kommer til å være en treffsikker prognose av fødselstall i hver kommune i fremtiden. Dette har vi tatt høyde for i modellen ved å se på variasjon i antall fødsler rundt gjennomsnittet i perioden 2010-2022. Vårt lavt og høyt anslag for antall fødende som omfattes av følgetjenesten representerer denne variasjonen. Vi antar imidlertid at gjennomsnittlig antall fødsler i perioden 2020-2022 er det mest sannsynlige scenarioet.<sup>9</sup>

## 2.3. Antall fødende som omfattes, fordelt på regionale helseforetak

Ved å koble kommunene sammen med de tilhørende regionale helseforetakene (RHF), har vi estimert antall fødende kvinner som vil omfattes av følgetjenesten ved de ulike RHFene. Ved en endring i reisetid fra 90 til 60 minutter vil betydelig flere fødende kvinner ha tilgang til tilbudet ved alle RHFene (se figuren nedenfor). Helse Vest er det RHFet som vil oppleve den største økningen i antall fødende kvinner som omfattes av tilbudet, med en økning på over dobbelt så mange som vil omfattes (118 prosent).

<sup>9</sup> Se vedlegg A for en detaljert beskrivelse av metode og datagrunnlag for beregningene.

Figur 2-1: Antall fødende kvinner som omfattes av følgetjeneste ved henholdsvis gjeldende grense og ved ev. ny grense, fordelt på regionale helseforetak. Kilde: Menon



Tabell 2-2 gir en oversikt over antall fødende kvinner som omfattes av følgetjeneste fordelt på de fire RHFene. I likhet med for nasjonalt nivå (tabell 2-1), viser tabellen både forventet, lav og høy verdi for begge grensene. Eksempelvis for Helse Sør-Øst, ved dagens grense på 90 minutter er den forventede verdien at 522 fødende kvinner omfattes av tilbudet, men dette vil endres til 904 kvinner dersom det settes en ny grense til 60 minutter. Som et lavt estimat forventer vi at det i dag er 495 fødende kvinner som omfattes av tilbudet, men det estimeres til å være 863 dersom grensen endres. I det høye estimatet forventer vi at 550 kvinner omfattes av tilbudet i dag, men det vil være 945 kvinner dersom grensen endres til 60 minutter.

Tabell 2-2: Antall fødende kvinner som omfattes av følgetjeneste fordelt på de fire regionale helseforetakene, årlig. Kilde: Menon

Regionalt helseforetak	Tidsgrense	Forventet antall fødende som omfattes	Lav (P10)	Høy (P90)
Helse Sør-Øst	90 minutter (Gjeldene grense)	522	495	550
	60 minutter (Ev. ny grense)	904	863	945
	<b>Differanse</b>	<b>382</b>	<b>368</b>	<b>395</b>
Helse Vest	90 minutter (Gjeldene grense)	562	532	595
	60 minutter (Ev. ny grense)	1 226	1 178	1 277
	<b>Differanse</b>	<b>663</b>	<b>646</b>	<b>682</b>
Helse Midt-Norge	90 minutter (Gjeldene grense)	648	607	688
	60 minutter (Ev. ny grense)	1 126	1 068	1 184
	<b>Differanse</b>	<b>478</b>	<b>607</b>	<b>496</b>
Helse Nord	90 minutter (Gjeldene grense)	465	435	495
	60 minutter (Ev. ny grense)	887	846	930
	<b>Differanse</b>	<b>423</b>	<b>411</b>	<b>435</b>

## 2.4. Vurdering av betydning for enkelte helseforetak

Ved å koble sammen kommunene med ansvarsområder til både helseforetak (HF) og regionale helseforetak (RHF) kan vi estimere hvor mange fødende kvinner som omfattes av følgetjenesten til hvert sykehus. På denne måten kan vi identifisere hvilke helseforetak som i liten grad vil bli påvirket av endring i reisetidsgrense for følgetjeneste, og hvilke som i større grad vil bli påvirket.

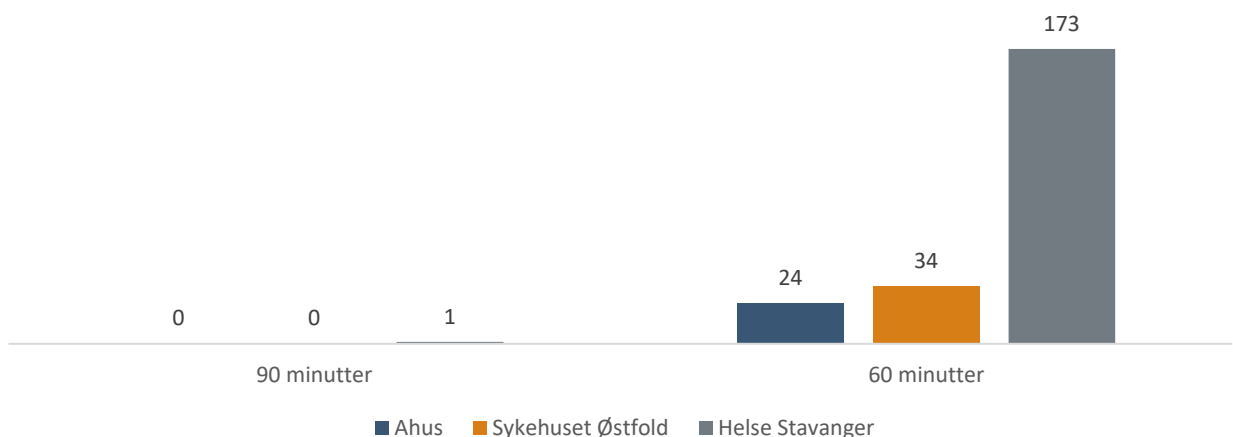
Et eksempel på et helseforetak som vil bli lite påvirket ved en endring og som allerede har følgetjeneste, er Finnmarkssykehuset. Dette skyldes at antall fertile kvinner som i dag bor mellom 60 og 90 minutter unna sykehuset, og som ved en endring ville ha blitt omfattet av tilbudet, er svært lavt. Våre beregninger viser at en reduksjon i grensen fra 90 til 60 minutter kun vil påvirke tre kvinner.

**Figur 2-2: Forventet antall fødende kvinner på Finnmarkssykehuset som omfattes av følgetjenesten ved en reiseveisgrense på henholdsvis 90 og 60 minutter, per år. Kilde: Menon**



Helseforetakene Ahus, Sykehuset Østfold og Helse Stavanger er derimot eksempler på helseforetak som tidligere ikke har hatt følgetjeneste for fødende kvinner. Dette skyldes at så og si ingen kvinner har bodd utenfor 90 minutters reisevei fra sykehusene (se figuren nedenfor). En reduksjon av grensen til 60 minutter vil imidlertid kreve etablering av tilbud om følgetjeneste for disse sykehusene som følge av at det er flere kvinner som bor mellom 60 og 90 minutter unna sitt nærmeste fødested ved disse sykehusene. For eksempel er det om lag 24 og 173 fødende kvinner som bor innenfor en reisevei på mellom 60 og 90 minutter fra henholdsvis Ahus og Helse Stavanger. Disse kvinnene vil ved en endring i reisetid til 60 minutter være berettiget til følgetjeneste.

**Figur 2-3: Forventet antall fødende kvinner på henholdsvis Ahus, Sykehuset Østfold og Helse Stavanger som omfattes av følgetjenesten ved en reiseveisgrense på henholdsvis 90 og 60 minutter, per år. Kilde: Menon**



## 3. Betydning for bruk av helsepersonell

Følgetjenesten er vanligvis organisert som et samarbeid mellom helseforetak og kommune. I hovedsak innebærer dette at jordmødre dekker en døgnkontinuerlig vaktberedskap i kommunene, som finansieres av helseforetakene. Det er betydelige lokale forskjeller knyttet til hvordan lokale samarbeidsavtaler er utformet og organisering av ordningen, noe som også har betydning for antall årsverk per kommune. Totalt estimeres det at ordningen krever 67 årsverk fra jordmødre i kommunene slik ordningen er organisert i dag, og at antall årsverk vil øke til 115 ved en omlegging til tidsgrense på 60 minutter.

### 3.1. Organisering av følgetjenesten

Følgetjenesten er vanligvis organisert som et samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Det er betydelig variasjon på lokalt nivå knyttet til hvordan organisering av en døgnkontinuerlig vaktberedskap er organisert, eller hvor vidt det er etablert et fast tilbud i kommunene. I små kommuner, eller hvor lokale forhold av andre årsaker gjør fast vaktberedskap uhensiktsmessig, er det ofte benyttet alternative tjenester, som for eksempel hotell.

#### 3.1.1. Samhandling med kommuner

Finansieringsansvaret for følgetjenesten er lagt til helseforetakene, men tjenesten vil i praksis tilbys gjennom samarbeid med kommunene. Helseforetakene kan samarbeide med én eller flere kommuner, og kan i praksis koordineres og tilrettelegges på en rekke ulike måter.

Ulike samarbeidsavtaler med kommunene har vesentlig betydning for antall årsverk som kreves for å ha en døgnkontinuerlig vaktberedskap for følgetjeneste i kommunene. Informasjon fra helseforetakene viser at det er store forskjeller i ressursbruk knyttet til å utvide tjenesten til en ny kommune. Variasjonen er knyttet til bl.a.:

- Interkommunale samarbeid
- Størrelse på kommune
- Avlønning

#### 3.1.2. Alternative løsninger for kommuner med lavt antall fødende som omfattes

Det finnes alternativer til å etablere en døgnkontinuerlig vaktberedskap til følgetjeneste.<sup>10</sup> Dette er særlig relevant i områder eller kommuner der det er et lavt antall fødende med rett til følgetjeneste. Muligheten for slike alternative ordninger er inkludert i våre beregninger. I våre beregninger vil alternative ordninger til følgetjeneste innebære en økonomisk kostnad, men det er ikke beregnet ressursbruk i form av årsverk i disse tilfellene.

Eksempler på alternative løsninger til etablering av fast døgnkontinuerlig vaktberedskap er personlige avtaler om følgetjeneste med den gravide det gjelder, eller tilbud om opphold på hotell eller lignende den siste tiden før termin.

I våre beregninger er det lagt til grunn at kommuner med forventning om færre enn 25 fødende med rett til følgetjeneste (lenger reisevei enn 90 minutter, eller 60 minutter ved en eventuell endring), ikke etablerer en døgnkontinuerlig vaktberedskap for følgetjeneste. For fødende i disse kommunene legges det i stedet inn en

---

<sup>10</sup> [Følgetjeneste og døgnkontinuerlig beredskap | Helsedirektoratet](#)

beregnet kostnad til hotellopphold. I beregning av kostnader knyttet til hotellopphold, tar modellen høye for at det vil være lokale forskjeller. Eksempelvis vil terskelen for minimum antall fødende ha en forventning på 25, men variere mellom 15 og 35 antall fødende.

Kostnadstall knyttet til pris per hotelldøgn, gjennomsnittlig antall hotelldøgn per fødende, samt hvor stor andel som benytter seg av fødende er hentet inn fra helseforetakene.

### 3.2. Antall kommuner med tilbud om følgetjeneste og betydning for ressursbruk

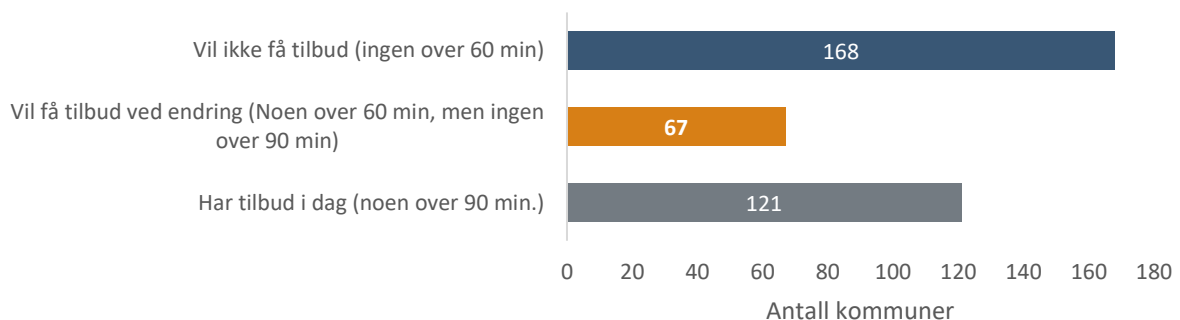
Antall kommuner som omfattes av ordningen med døgnkontinuerlig vaktberedskap for følgetjeneste er en sentralfaktor for ressursbruken i ordningen.

#### 3.2.1. Datagrunnlag for kartlegging av antall kommuner som omfattes av tilbud om følgetjeneste

I arbeidet med å kartlegge hvilke kommuner som har gravide innbyggere med mer enn 60 eller mer enn 90 minutters reisevei til nærmeste fødested, er det benyttet to ulike hovedkilder til informasjon. Den første kilden er statistikk fra SSB om antall fødsler og reisetider til nærmeste fødested i alle norske kommuner. Den andre kilden er informasjon fra helseforetakene, både gjennom intervju og skriftlige dokumenter.

En sammenstilling av data fra SSB viser at av landets 356 kommuner, er det 168 kommuner som ikke har forventning om minst én fødsel årlig med mer enn 60 minutters reisevei. Med dette som utgangspunkt vil mer enn halvparten av landets kommuner enten ha et tilbud innenfor dagens grense på 90 minutter, eller få et tilbud ved en endring til 60 minutter. Figuren nedenfor viser at 121 kommuner vil, med utgangspunkt i SSB-data, ha et tilbud i dag, mens 67 nye kommuner vil etablere tilbud ved en omlegging til 60 minutters grense.

Figur 3-1: Oversikt over antall kommuner som i teorien omfattes av tilbud om følgetjeneste i henhold til SSBs reisetidsberegninger



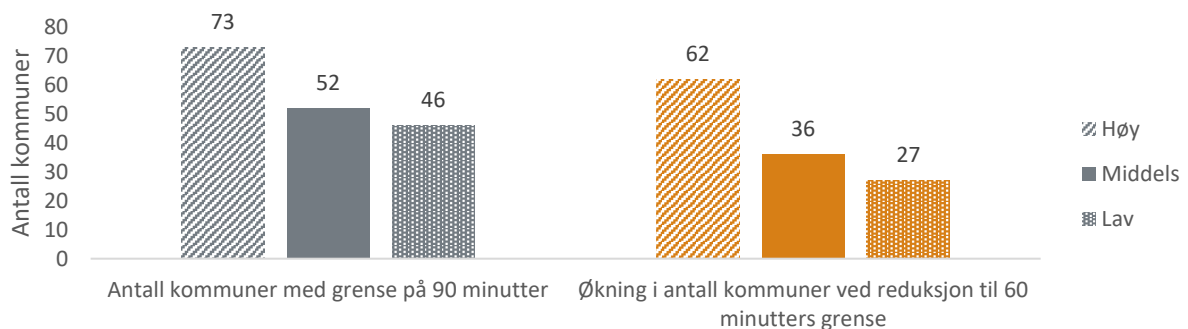
I realiteten er det færre kommuner som har et tilbud med fast døgnkontinuerlig tilbud i dag, og trolig også færre som vil etablere dette ved en omlegging til 60 minutters grense. Dialogen med ulike helseforetak viser at det er flere årsaker til dette, bl.a.:

- **Svakheter i datagrunnlaget for reisetidsberegninger:** Spesielt i områder som er avhengige av ferjeforbindelse, kan kjøretidsberegningene gi misvisende resultater. Andre lokale forhold som fjelloverganger, dårlige veier og tøffe værforhold veier inn i vurderinger for etablering av følgetjeneste.

- **Ulik metode for reisetidsberegninger:** SSBs reisetidsberegninger er basert på bostedsadresser, mens det benyttes ulike metoder for reisetidsberegninger i kommunene, som eksempelvis kan være knyttet til reisetid fra kommunesenter.
- **Små kommuner og alternative tilbud:** I kommuner med få fødende vil det i mange tilfeller etableres alternativer til fast døgnkontinuerlig vaktberedskap, som individuelle avtaler om følgetjeneste, møtetjeneste eller tilbud om hotell.
- **Organisering og samarbeidsavtaler med kommuner:** Følgetjenesten er organisert på mange ulike måter omkring i landet. Enkelte steder er følgetjenesten organisert fra fødeinstitusjonen, slik at det ikke er behov for å etablere samarbeid med kommuner. Andre steder er det etablert samarbeid med én kommune, der denne kommunen dekker behovet for følgetjeneste for gravide bosatt i andre nærliggende kommuner.

Basert på en helhetlig vurdering av innsamlet informasjon er det gitt nyanserte estimater for antall kommuner med døgnkontinuerlig vaktberedskap for følgetjeneste.<sup>11</sup> Figuren nedenfor viser at dette gir vesentlig færre antall kommuner, enn beregninger basert på reisetid alene skulle tilsa. Det er spesielt kommuner med få fødende, hvor det i stedet tilby alternative tjenester, som reduserer antallet.

**Figur 3-2: Antall kommuner som forventes å ha et tilbud om døgnkontinuerlig vaktberedskap for følgetjeneste med grense på 90 minutter (grått) og økning i antall nye kommuner med samme tilbud ved en omlegging til grense på 60 minutter (orange). Kilde: Menon**



I figuren over er antall kommuner som forventes å ha et tilbud om døgnkontinuerlig vaktberedskap for følgetjeneste delt i et høyt, et middels og et lavt anslag. Høyt anslag viser at inntil 73 kommuner kan forventes å ha et slikt tilbud, gitt dagens grense på 90 minutter. Dette er vesentlig lavere enn antallet på 121 kommuner, som var basert på reisetidsberegninger isolert, uten andre forbehold. Differansen må sees i sammenheng med punktene nevnt overfor.

Middels anslag viser forventet antall kommuner hvor det er etablert et samarbeid om følgetjeneste i dag. Det lave anslaget reflekterer et nedre nivå innenfor rammene av hva som ansees som realistisk. Lavt anslag reflekterer antall årsverk som vi har kartlagt gjennom de helseforetakene som vi har vært i direkte kontakt med.

### 3.2.2. Årsverk per kommune med følgetjeneste

Operasjonaliseringen av følgetjeneste med døgnkontinuerlig beredskap innebærer som hovedregel at jordmødre er på vakt i kommunene, og er klare til å rykke ut på kort varsel. Antallet kommuner som omfattes av tilbudet,

<sup>11</sup> Se Vedlegg B for en detaljert beskrivelse av metode, forutsetninger og datagrunnlag som ligger til grunn for beregningene.



er den viktigste faktoren for ressursbruken ved følgetjenesten. Samtidig er det flere faktorer som bidrar til betydelig variasjon i antall årsverk per kommune knyttet til tilbudet.

Lokale forhold som geografisk beliggenhet, befolkningsgrunnlag og samarbeidsavtaler spiller en rolle i ressursbehovet. For eksempel vil etablering av følgetjenesten i en ny kommune med et stort befolkningsgrunnlag og begrenset mulighet for interkommunalt samarbeid sannsynligvis kreve flere jordmødre. Dialogen med helseforetakene viser at tilbudet vil kunne kreve opp mot fire årsverk fra jordmødre i vaktberedskap, i tillegg til administrativt personell på omtrent 0,25 årsverk. I mindre geografiske og befolkningsmessig små kommuner kan behovet være betydelig lavere, med estimater på under 0,5 årsverk per kommune.

Utover lokale forskjeller er det også andre faktorer som påvirker ressursbruken. Avlønning for vaktstillingene varierer, og ulike godtgjøringsordninger brukes i ulike områder. Noen steder er det for eksempel en godtgjøring på 1:5 (én betalt time per femte time) for jordmødre i døgntinuerlig vaktberedskap, som tilsvarer 33,5 timer per uke. Andre steder kan godtgjøringen være på høyere nivåer, som 1:4 eller 1:3. Ved uttrykning regnes det ofte overtid, med tillegg som avhenger av dagtid, kveld, helg og helligdager.

Den kombinerte effekten av lokale forskjeller og avlønning, samt andre faktorer som geografi og samarbeidsavtaler, bidrar til betydelig variasjon i antall årsverk per kommune knyttet til følgetjenesten.<sup>12</sup>

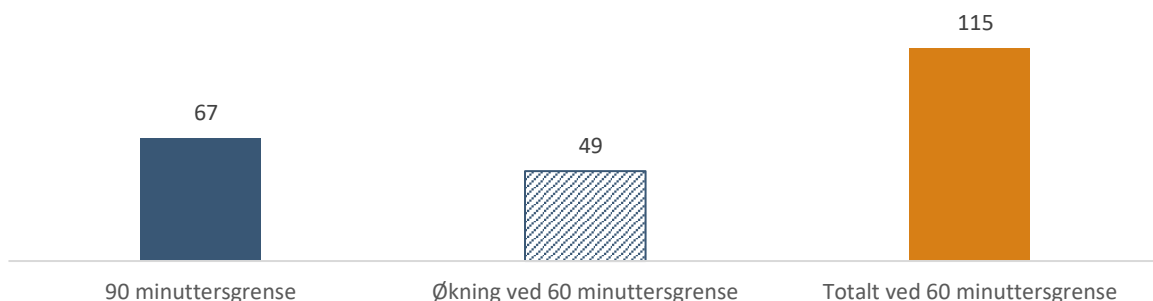
### 3.3. Vurdering av konsekvenser for bruk av helsepersonell

Det estimeres at ordningen i dag legger beslag på 67 årsverk fra jordmødre i vaktberedskap i kommunene. En omlegging til tidsgrense på 60 minutter vil gi et behov for ytterligere 49 årsverk. Det vil si 115 årsverk til sammen fra jordmødre.

#### 3.3.1. På nasjonalt nivå

På nasjonalt nivå anslår vi at en reduksjon i grensen på reisevei fra 90 til 60 minutter vil kreve en økning på 49 årsverk, noe som vil føre til en total på 115 årsverk for følgetjenesten. I dag, ved en grense på 90 minutter, anslår vi at 67 årsverk brukes til følgetjeneste. En endring i reisetid til 60 minutter vil derfor kreve en økning i antall årsverk på 73 prosent.

Figur 3-3: Endring i årsverk ved omlegging til grense på 60 minutter, nasjonalt. Kilde: Menon

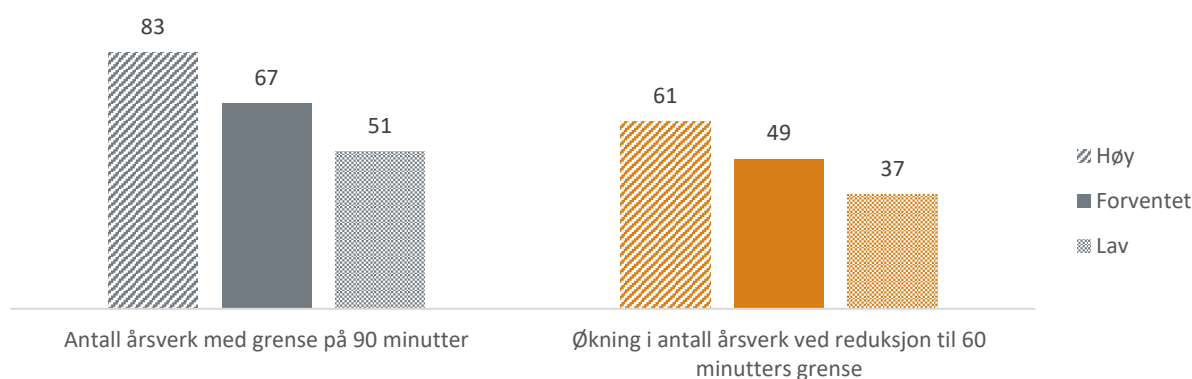


<sup>12</sup> Se Vedlegg B for en detaljert beskrivelse av metode, forutsetninger og datagrunnlag som ligger til grunn for beregningene.

Som gjennomgått tidligere i kapittelet er det en rekke forhold knyttet til bl.a. lokale forhold, samarbeidsformer med kommunene med mer, som skaper usikkerhet i estimatene. I figuren nedenfor illustreres hvordan den samlede usikkerheten påvirker utfallsrommet for samlede årsverk knyttet til følgetjenesten i våre beregninger. Her vises forventet verdi sammen med et lavt og et høyt anslag. Lavt og høyt anslag er definert ved henholdsvis en P10 og en P90-verdi fra simuleringen. Det vil si at tatt usikkerhetsfaktorene i betraktning, kan vi si at reelt antall årsverk vil med 10 prosent sannsynlighet være lavere enn lavt estimat eller høyere enn høyt estimat.

Eksempelvis vil forventet antall årsverk knyttet til følgetjenesten med grense på 90 minutter (grått i figuren nedenfor) være 67 kommuner. Men grunnet usikkerheten i det samlede informasjonsgrunnlaget, er det 10 prosent sannsynlighet for at reelt antall årsverk er høyere enn 83 eller lavere enn 51. Med andre ord er det 80 prosent sannsynlighet for at antall årsverk med grense på 90 minutter ligger mellom 51 og 83.<sup>13</sup>

**Figur 3-4: Antall årsverk som forventes til døgkontinuerlig vaktberedskap for følgetjeneste med grense på 90 minutter (grått) og økning i antall nye årsverk ved en omlegging til grense på 60 minutter (orange). Kilde: Menon**

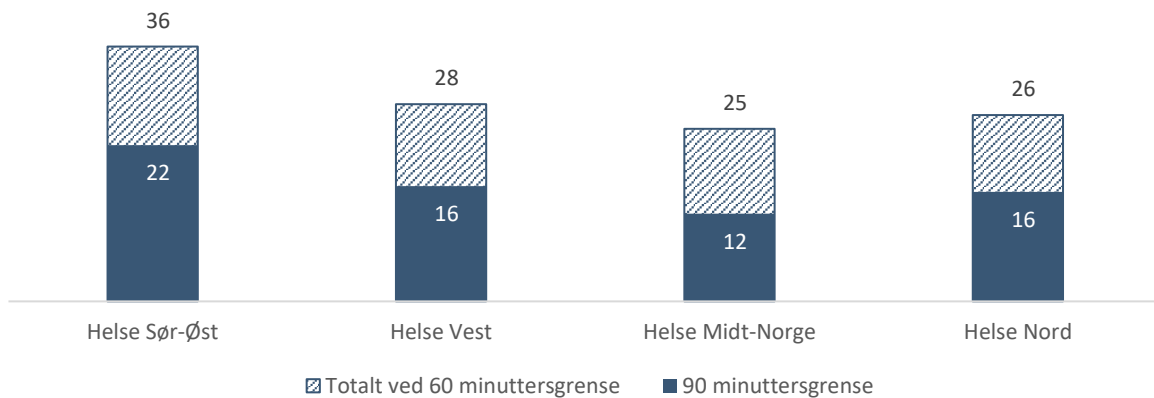


### 3.3.2. Samlet helseforetakene

I likhet med endringen i antall fødende kvinner som vil omfattes av tilbudet, finner vi også at endringen i antall årsverk som kreves mellom de ulike RHFene er relativt lik. Den største økningen i antall årsverk vil skje for Helse Midt-Norge, med en forventet dobling i antall årsverk. For Helse Vest og Helse Nord forventer vi en økning på rundt 70 prosent, mens vi for Helse Sør-Øst forventer en økning i antall årsverk på 63 prosent.

<sup>13</sup> Se Vedlegg B for en detaljert beskrivelse av metode, forutsetninger og datagrunnlag som ligger til grunn for beregningene.

Figur 3-5: Endring i årsverk ved omlegging til grense på 60 minutter, fordelt på regionale helseforetak. Kilde: Menon



Tabellen nedenfor gir en oversikt over de forventede, lave og høye estimatene for endringen i antall årsverk ved en potensiell reduksjon i grensen for reisetid fra 90 til 60 minutter for de fire respektive RHFene.

Tabell 3-1: Endring i antall årsverk knyttet til følgetjenesten som følge av en endring i reisetid fra 90 til 60 minutter, fordelt på de fire RHFene, årlig. Kilde: Menon

Regionalt helseforetak	Tidsgrense	Forventet	Lav (P10)	Høy (P90)
<b>Helse Sør-Øst</b>	Antall årsverk ved 90 minutter (Gjeldene grense)	22,2	16,9	27,9
	<u>Økt</u> antall årsverk ved 60 minutter (Ev. ny grense)	14,0	10,6	17,8
<b>Helse Vest</b>	Antall årsverk ved 90 minutter (Gjeldene grense)	16,3	12,4	20,5
	<u>Økt</u> antall årsverk ved 60 minutter (Ev. ny grense)	11,7	8,5	15,1
<b>Helse Midt-Norge</b>	Antall årsverk ved 90 minutter (Gjeldene grense)	12,4	9,4	15,6
	<u>Økt</u> antall årsverk ved 60 minutter (Ev. ny grense)	12,1	8,7	15,9
<b>Helse Nord</b>	Antall årsverk ved 90 minutter (Gjeldene grense)	15,6	11,8	19,6
	<u>Økt</u> antall årsverk ved 60 minutter (Ev. ny grense)	10,9	8,1	13,8

## 4. Økonomiske virkninger

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.

### 4.1. Tre ulike kilder til kostnader

Følgetjeneste for fødende innebærer både faste og variable kostnader. Med faste kostnader mener vi kostnader knyttet til beredskap. Dette er kostnader som vil påløpe uavhengig av antall fødsler med behov for følgetjeneste. De faste kostnadene kan imidlertid påvirkes av endringer for økt eller redusert behov for beredskapskapasitet eller etablering av vaktberedskap til nye kommuner. Med variable kostnader mener vi kostnader som er knyttet til håndtering av hvert enkelt tilfelle med behov for følgetjeneste, eller alternative løsninger. Dette inkluderer eksempelvis hotellopphold for gravide som alternativ til følgetjeneste og kostnader til prehospitaltjenester.

#### 4.1.1. Kostnader knyttet til døgnkontinuerlig vaktberedskap for følgetjeneste

Kostnadsestimater for vaktberedskap for følgetjeneste dekker grunnbehovet for årsverk som kreves for å ha en døgnkontinuerlig beredskap i et område, inkludert kostnader til overtid ved utrykning og administrative kostnader. Estimater inkluderer også hensyn til kostnadsdrivende forhold som sykefravær og bruk av innleievikarer. I vurderingen av konsekvenser ved omlegging fra en grense på 90 minutter til 60 minutter, er det både vurdert betydningen av ressursbruk for kommuner som ikke tidligere var omfattet av tilbudet om følgetjeneste, samt eventuelt behov for økt kapasitet i kommuner som allerede har tilbudet for deler av kommunen.

I de fleste tilfeller er beredskapen dekket gjennom at en jordmor er på vakt i de relevante kommunene. Som beskrevet i kapittel 3.2.2. er det en rekke forhold som påvirker behovet for årsverk knyttet til vaktberedskap på tvers av kommuner.<sup>14</sup>

#### 4.1.2. Kostnader knyttet til alternative tilbud for følgetjeneste

I områder hvor reiseavstand til nærmeste fødested gir rett til følgetjeneste, men hvor det er et begrenset antall fødende per år, vil det kunne etableres alternative tilbud til en fast døgnkontinuerlig vaktberedskap. I beregningene er det lagt til grunn at kommuner med færre enn 25 forventede fødsler per år vil kunne vurdere alternative løsninger, men at denne terskelen vil kunne variere mellom 15 og 35.

Alternative tjenester til følgetjeneste kan eksempelvis være individuelle tilpassede avtaler om følgetjeneste med den gravide, men det mest utbredte alternativet er tilbud om hotell i forkant av termin. Kostnadene knyttet til alternative tilbud vil variere med antall fødende per år, hvor mange som benytter seg av tilbudet, varighet på opphold og pris på hotell. Beregningene bygger på en sammenstilling av data fra SSB og informasjon fra helseforetakene.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Se Vedlegg C for en mer detaljert beskrivelse av kostnadskomponentene som inngår i beregningene

<sup>15</sup> Se Vedlegg C for en mer detaljert beskrivelse av kostnadskomponentene som inngår i beregningene

### 4.1.3. Kostnader knyttet til prehospitaltjenester ved følgetjeneste

Kostnadsestimatene knyttet til prehospitaltjenester omfatter de tilfellene der den fødende får følge til fødestedet med ambulanse. Erfaringer fra helseforetakene viser at flertallet av kvinnene som er omfattet av tilbud om følgetjeneste har kontakt med jordmor i følgetjenesten, men at det i kun 25 prosent av tilfellene vurderes som nødvendig med følge av prehospitaltjenester. I kostnadsberegningene er det lagt til grunn en forventning om at 25 prosent av fødende som omfattes av tilbudet om følgetjeneste, benytter seg av tilbudet, men at dette vil kunne variere mellom 15 og 35 prosent. Kostnaden ved at jordmor er med i ambulansen er inkludert i beregningen.<sup>16</sup>

Kapasiteten i prehospitaltjenester er presset flere steder i landet, og et økt antall oppdrag knyttet til fødende vil kunne legge et ytterligere press og gi behov for økt grunnberedskap.<sup>17</sup> Det er derfor gjort vurderinger knyttet til i hvilken grad en eventuell omlegging til grense på 60 minutters reisetid for fødende, vil gi behov for å utvide beredskapskapasiteten for prehospitaltjenester. Tilbakemeldingene fra kontaktpersoner for prehospitaltjenester er at oppdrag knyttet til fødende utgjør isolert sett en svært liten andel av deres oppdrag, og at selv om det kan bidra til økt press på tjenestene så er det i liten grad endringer i reisetider for følgetjeneste for fødende som vil være drivende for eventuelt behov for økt kapasitet i grunnbemanningen.

Kostnader per oppdrag vil kunne variere mye, både innad i ulike helseregioner og mellom helseregioner. Eksempelvis vil reisetid og transportmiddel (bil, båt, luft) være definerende for kostnadene ved et oppdrag. Vi har vært i kontakt med de fire regionale helseforetakene, samt benyttet annen tilgjengelig informasjon<sup>18</sup>, for å innhente informasjon om kostnader per oppdrag for prehospitaltjenester i deres region.<sup>19</sup>

## 4.2. Vurdering av økonomiske virkninger

Det er estimert årlige kostnader ved ordningen med dagens grense på 90 minutter, og hvordan dette vil endres ved en eventuell omlegging til tidsgrense på 60 minutter.

### 4.2.1. Samlede kostnader knyttet til følgetjenesten

De samlede kostnadene knyttet til følgetjenesten gir et estimat på årlige kostnader for all ressursbruk knyttet til følgetjeneste for fødende i Norge. Dette omfatter utgifter knyttet til blant annet jordmødre, utrykning og alternative tilbud som hotellopphold (se nærmere diskusjon om dette i kapittel 4.1). Vi anslår at de samlede kostnadene knyttet til følgetjeneste ved den nåværende reisetidsgrensen på 90 minutter er om lag 82 millioner kroner årlig på nasjonalt nivå. Ved en reduksjon i reisetidsgrensen til 60 minutter, estimerer vi at de årlige kostnadene vil øke med 74 prosent, til omtrent 143 millioner kroner årlig.

---

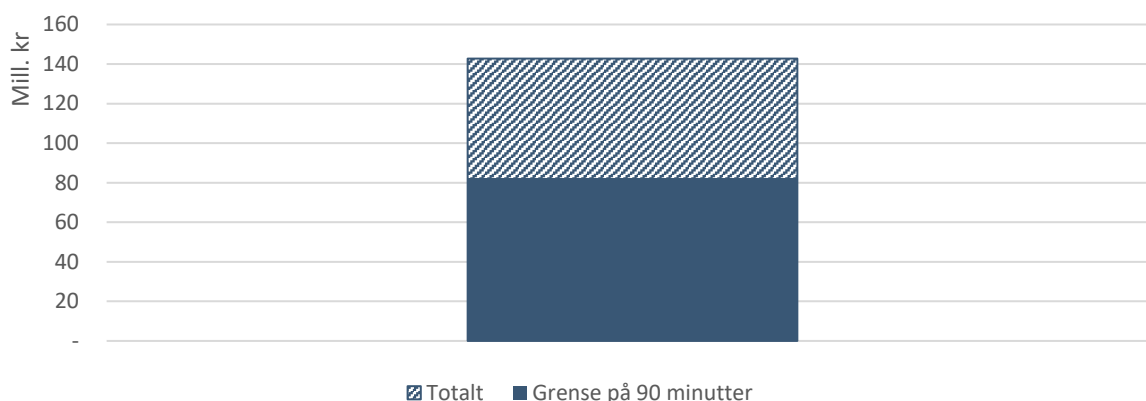
<sup>16</sup> Se Vedlegg C for en mer detaljert beskrivelse av kostnadskomponentene som inngår i beregningene

<sup>17</sup> [NOU 2019: 24 - Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak](#) (Se kap. 9: Prehospitaltjenester og pasientreiser)

<sup>18</sup> [Økonomiske konsekvenser av innføring av responstidskrav i ambulansetjenesten | SINTEF](#)

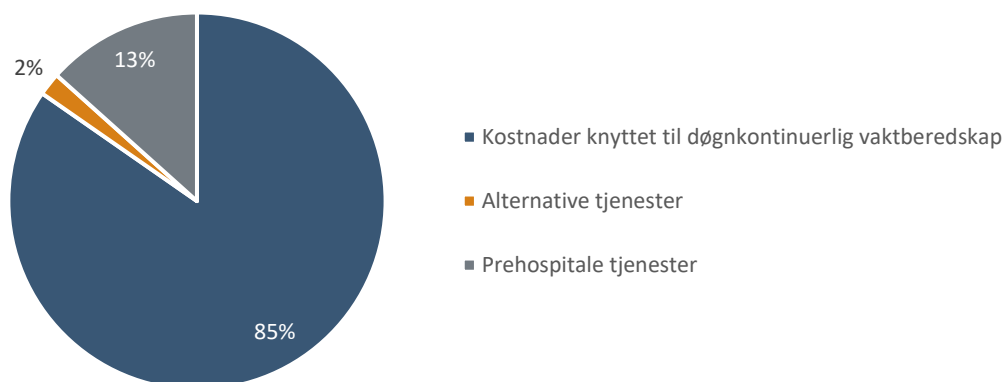
<sup>19</sup> Se Vedlegg C for en mer detaljert beskrivelse av kostnadskomponentene som inngår i beregningene

Figur 4-1: Årlig kostnad ved etablering av døgkontinuerlig vaktberedskap for følgetjeneste, på nasjonalt nivå.



Figuren nedenfor viser hvordan det samlede kostnadsestimatet på 143 millioner kroner fordeler seg på kostnader knyttet til den døgkontinuerlige vaktberedskapen, alternative tjenester (hotell), og prehospitale tjenester.<sup>20</sup> Førstnevnte kategori er den viktigste kostnadsdriveren, og utgjør 85 prosent av de samlede kostnadene. Kostnaden knyttet til alternative tjenester til å etablere vaktjeneste, som for eksempel tilbud om hotell, utgjør til sammenligning kun 2 prosent av det samlede kostnadsanslaget. Kostnader til prehospitale tjenester utgjør resterende 13 prosent.

Figur 4-2: Fordeling av samlede kostnader ved grense på 60 minutter på ulike kostnadskategorier, nasjonalt nivå.



Som følge av usikkerheten i estimatene, har vi også for de totale kostnadene knyttet til følgetjenesten beregnet et lavt og et høyt anslag. Tatt usikkerhetsfaktorene i betraktning, anslår vi at de totale kostnadene knyttet til følgetjenesten, ved dagens grense på 90 minutter, med 90 prosent sannsynlighet ligger mellom 65 og 101 millioner kroner (se tabellen nedenfor). Ved en reduksjon i reisetidsgrensen til 60 minutter anslår vi at de totale kostnadene vil øke med mellom 61 og 75 millioner kroner årlig. Tabellen nedenfor viser også hvordan usikkerhetsspennet til de ulike kostnadskomponentene, det vil si kostnadene knyttet til døgkontinuerlig vaktberedskap, alternative tjenester og prehospitale tjenester, ligger.

<sup>20</sup> Se Vedlegg C for en mer detaljert beskrivelse av kostnadskomponentene som inngår i beregningene

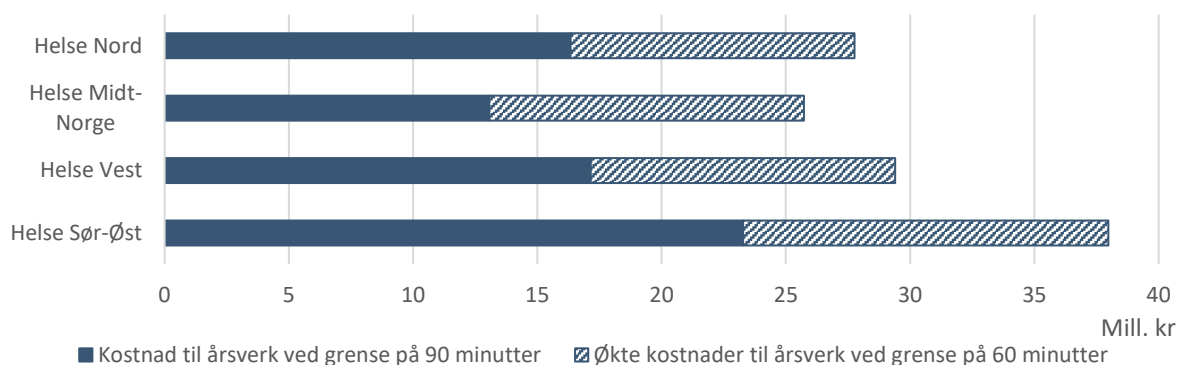
Tabell 4-1: Endring i totale kostnader knyttet til følgetjenesten som følge av en endring i reisetid fra 90 til 60 minutter, i millioner kroner, årlig. Kilde: Menon

	Tidsgrense	Forventet	Lav (P10)	Høy (P90)
<b>Totale kostnader</b>	90 min (Gjeldene grense)	82,2	64,8	100,9
	<i>Økning</i> ved 60 min (Ev. ny grense)	60,6	47,5	74,5
Døgntkontinuerlig vaktberedskap	90 min (Gjeldene grense)	69,8	52,6	88,4
	<i>Økning</i> ved 60 min (Ev. ny grense)	51,0	38,1	64,9
Alternative tjenester	90 min (Gjeldene grense)	2,3	1,8	2,8
	<i>Økning</i> ved 60 min (Ev. ny grense)	0,5	0,4	0,7
Prehospitaltjenester	90 min (Gjeldene grense)	10,1	8,8	11,4
	<i>Økning</i> ved 60 min (Ev. ny grense)	9	7,8	10,2

#### 4.2.2. Kostnader ved døgntkontinuerlig beredskap

Den største kostnadsdriveren for døgntkontinuerlig følgetjeneste er knyttet til bemanning og de nødvendige årsverkene som kreves for å ha døgntkontinuerlig beredskap.<sup>21</sup> Med dagens grense på 90 minutter anslår vi at det totalt koster omtrent 70 millioner kroner å dekke kostnadene knyttet til bemanning, slik som jordmødre. Den største delen av disse kostnadene er forbundet med Helse Sør-Øst, som beløper seg til 23 millioner kroner. Imidlertid har også de andre RHFene betydelige kostnader knyttet til bemanning, på mellom 13 og 17 millioner kroner (se figuren nedenfor).

Figur 4-3: Årlig kostnad knyttet til årsverk for følgetjenesten ved dagens grense og totalt ved en reduksjon i grensen, fordelt på de regionale helseforetakene



Ved en eventuell reduksjon av grensen for reisetid til 60 minutter, vil kostnadene knyttet til bemanning øke betydelig. Nasjonalt sett estimerer vi en økning på 73 prosent. Den største kostnadsøkningen forventes å skje hos Helse Midt-Norge, der kostnadene knyttet til bemanning nesten vil dobles hvis grensen reduseres til 60 minutter.

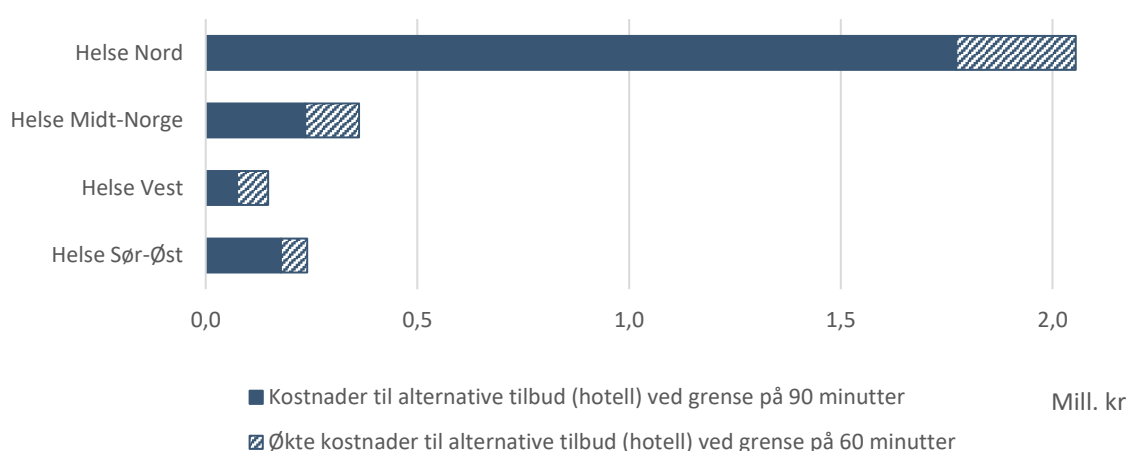
<sup>21</sup> Se Vedlegg C for en mer detaljert beskrivelse av kostnadskomponentene som inngår i beregningene

### 4.2.3. Kostnader knyttet til alternative tilbud

Helse Nord har de høyeste kostnadene knyttet til alternative tilbud til følgetjeneste sammenlignet med de øvrige RHFene. Dette er spesielt knyttet til Finnmarkssykehuset, der lange avstander og tidvis krevende kjøreforhold, gir få andre reelle alternativer enn hotellopphold i forkant av termin.

Likevel utgjør kostnadene knyttet til alternative tilbud den minste kostnadsdriveren for følgetjenesten. Totalt anslår vi at kostnadene for alternative tilbud ved den nåværende grensen på 90 minutter utgjør 2,3 millioner kroner.<sup>22</sup> Ved en eventuell endring til 60 minutter anslår vi at kostnadene vil øke til 2,8 millioner kroner. Dette utgjør 2 prosent av de totale kostnadene knyttet til følgetjenesten ved en ny reisetidsgrense på 60 minutter.

Figur 4-4: Årlig kostnad knyttet til alternative tilbud for følgetjenesten ved dagens grense og totalt ved en reduksjon i grensen, fordelt på de regionale helseforetakene



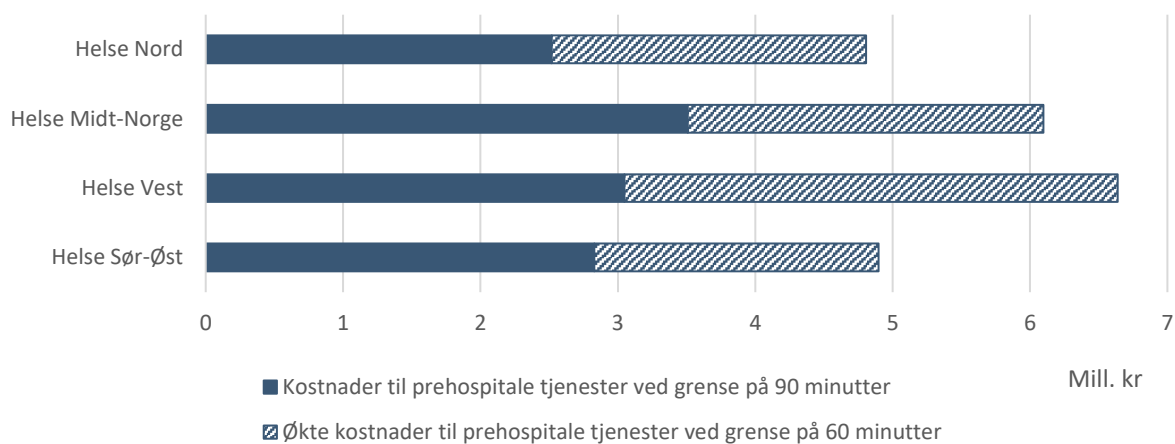
### 4.2.4. Kostnader knyttet til prehospitaltjenester

Vi anslår at de totale kostnadene knyttet til prehospitaltjenester utgjør omtrent 10 millioner kroner årlig ved dagens grense på 90 minutter. Dette beløpet tilsvarer 12 prosent av de totale kostnadene knyttet til følgetjenesten. Hvis grensen reduseres til 60 minutter, estimerer vi at kostnadene for prehospitaltjenester vil øke til 19 millioner kroner, som da utgjør 13 prosent av de totale kostnadene knyttet til følgetjenesten.

<sup>22</sup> Se Vedlegg C for en mer detaljert beskrivelse av kostnadskomponentene som inngår i beregningene



**Figur 4-5: Årlig kostnad knyttet til prehospitaltjenester for følgetjenesten ved dagens grense og totalt ved en reduksjon i grensen, fordelt på de regionale helseforetakene**



Ved dagens grense er det Helse-Midt Norge som har de høyeste kostnadene knyttet til prehospitaltjenester sammenlignet med de andre RHFene. Imidlertid vil dette endre seg dersom grensen for reisetid reduseres til 60 minutter. I så tilfelle anslår vi at Helse Vest vil ha de høyeste kostnadene knyttet til prehospitaltjenester, med en samlet kostnad på 6,6 millioner kroner.<sup>23</sup>

<sup>23</sup> Se Vedlegg C for en mer detaljert beskrivelse av kostnadskomponentene som inngår i beregningene

# Vedlegg A: Beregning av antall fødende som omfattes

## Datagrunnlag og informasjonskilder

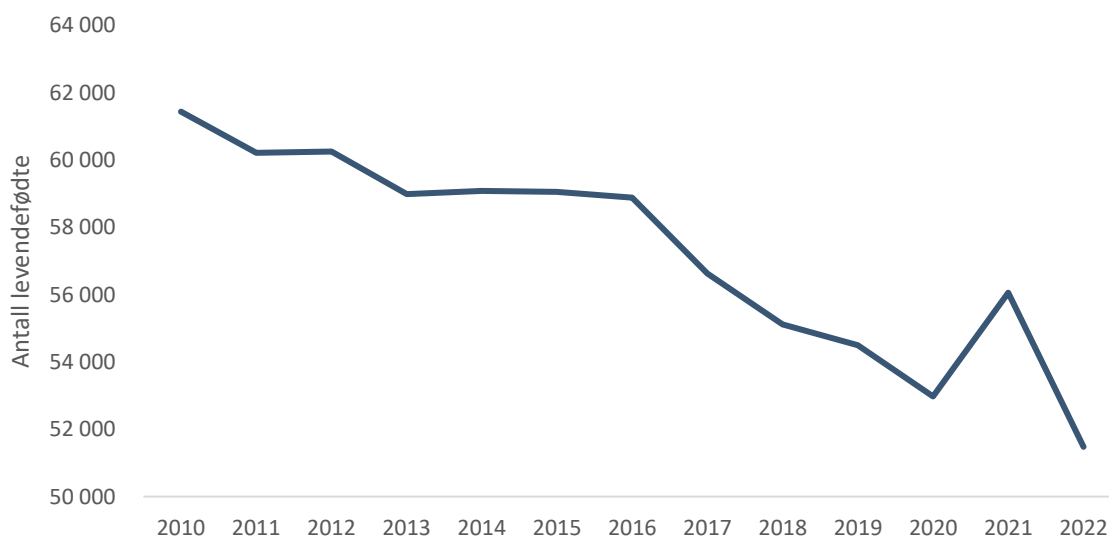
### Data for antall fødsler fra SSB

En viktig kilde for å estimere antall fødsler, vil være å ta utgangspunkt i historiske data. SSB gir statistikk på antall levendefødte i Norge, fordelt på kommunenivå. Selv om data på antall levendefødte kan gi en liten feilmargin (f.eks. dødfødsler eller tvillingfødsler) gir det et godt utgangspunkt for å vurdere antall fødsler som vil være relevante for følgetjeneste.

Det er imidlertid flere forhold som bidrar til usikkerhet for å estimere antall fødsler i fremtiden basert på historiske data. Dette er blant annet knyttet til *trend* og *variasjon*.

På nasjonalt nivå har det vært en negativ utvikling i antall fødsler. I 2022 ble det registrert 51 480 levendefødte i Norge, som er en nedgang på mer enn 16 prosent fra 2010. For våre beregninger har vi lagt til grunn at fødselstallene stabiliseres på det nåværende nivået. Dersom den observerte trenden vil fortsette, kan vårt anslag på fødselstall være for høyt.

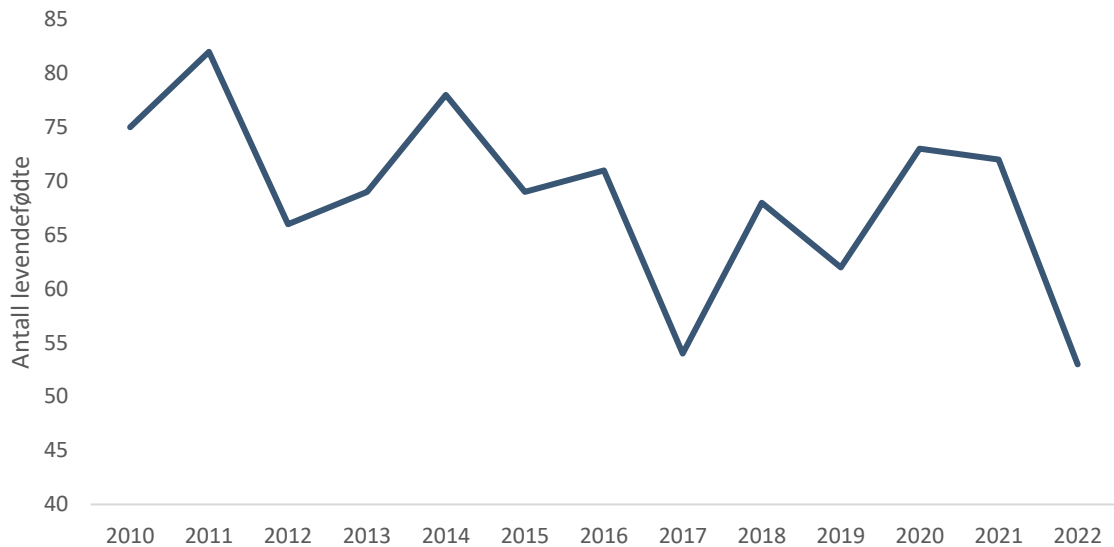
Antall levendefødte i Norge i perioden 2010 – 2022. Kilde: SSB-tabell 04231



Mens trenden beskriver en systematisk utvikling over tid, vil det også være vilkårlige forskjeller fra år til år. Figuren nedenfor viser utvikling i antall levendefødte i Oppdal kommune, hvor median reisetid til fødeinstitusjon er beregnet til 96 minutter.<sup>24</sup> Det er en relativt stor variasjon fra år til år. Eksempelvis representerer antall fødsler i 2011 en nedgang på 34 prosent sammenlignet med 2012, mens i 2020 er antall fødsler opp 35 prosent fra 2017. I 2022 var antallet tilbake på 2017-nivå.

<sup>24</sup> <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/spesialisthelsetjenesten/artikler/hvor-lang-tid-tar-det-a-kjore-til-naermeste-fodested>

Antall levendefødte i Oppdal kommune i perioden 2010 – 2022. Kilde: SSB-tabell 04231



På regionalt nivå kan denne variasjonen være en utfordring, ettersom det ikke vil være tilstrekkelig å ta utgangspunkt i gjennomsnittsberegninger. Fra et beredskapsperspektiv må en være forberedt på å kunne håndtere også situasjoner der det er vesentlig høyere behov for følgetjenester enn normalt.

### Reisetidsberegninger fra SSB

SSB har publisert data på beregnet kjøretid fra bostedsadresse til nærmest fødested (fødeavdeling eller fødestue). Vi tar utgangspunkt i bosetningsmønsteret for kvinner i fertil alder (15 til 49 år). Dataen er tilgjengelig på kommunenivå og skiller mellom ulike 5-prosent kvantiler (5. persentil, 10. persentil, etc.). En gitt persentil er verdien som deler dataen i en gruppe som består av den tilsvarende prosentandelen observasjoner med en verdi mindre eller lik persentil- verdien. Tabellen under viser skjematisk hvordan dataen på kjøretid er strukturert.

Verdiene i tabellen viser kjøretiden i minutter til nærmeste fødested i en gitt kommune og for et gitt persentil. Den første tallverdien i rad én viser eksempelvis at bare fem prosent av kvinner i fertil alder i Kommune A bor mindre enn 24 minutter unna nærmeste fødested. På tilsvarende måte tilsier den siste verdien i samme rad at 95 prosent har en beregnet kjøretid på 39 minutter eller mindre til det nærmeste fødested.

For å avgjøre om en kommune i teorien bør omfattes av følgetjenesten har vi tatt utgangspunkt i verdien i 95. persentil-kolonnen. Dersom verdien er større eller lik 90 i en gitt kommune, vil det finnes kvinner i fertil alder som har en lengre reisevei enn 90 minutter til nærmeste fødested. I så fall regner vi med at disse kommunene er dekket av dagens følgetjeneste-tilbud. Verdiene som overstiger 90 minutter, er markert rødt i tabellen.

Vi har brukt samme metodikk for å avgjøre om en gitt kommune er berettiget til å få et tilbud om følgetjeneste ved en endring av terskelen fra 90 minutter til 60 minutter. Dersom verdien i 95. persentil-kolonnen er større eller lik 60 antar vi at kommunen i teorien vil omfattes av den nye følgetjenesteordningen.

### Illustrasjon for reisetider til nærmeste fødested i ulike kommuner

	5. persentil	10. persentil	25. persentil	50. persentil	75. persentil	90. persentil	95. persentil
Kommune A	24	25	26	29	32	34	39
Kommune B	47	50	59	62	68	77	80
Kommune C	51	54	57	61	75	89	94
Kommune D	42	58	65	78	91	110	115
Kommune E	114	115	117	119	124	126	127

Det er viktig å merke seg at tilnærmingen vi har valgt er en teoretisk vurdering av hvilke kommuner som har tilbud i dag og hvilke som kommer til å få tilbud etter en eventuell endring av grensen til 60 minutter. Fordelen ved den er at det er en forståelig og transparent kategorisering som kan anvendes på alle kommunene. Ulempen er at helseforetakene i praksis bruker andre, og til dels inkonsistente metoder for å avgjøre hvor det skal etableres et tilbud om følgetjeneste og hvem som dekkes av det. Ved å snakke med eksperter har vi fått inntrykk av at det ofte er hele kommunen som får tilbud om følgetjeneste med en gang et visst antall fødende kvinner overstiges. Det betyr at alle kvinner i en kommune får tilbud om følgetjeneste når det er nok fødsler i kommunen utenfor 90 minutter reisevei. Dette gjelder i så fall også for kvinner som bor mindre enn 90 minutter unna nærmere fødested.

Videre finnes det i praksis mulighet til alternative former for tilbud om følgetjeneste. Noen helseforetak velger eksempelvis å etablere et interkommunalt samarbeid, der flere kommuner dekkes av det samme tilbudet. Dette muliggjør utnyttelse av synergier og stordriftsfordeler, som øker effektiviteten av ressursbruk.

I kommuner med lavt fødselstall velger noen helseforetak å etablere alternative tilbud, eksempelvis tilbud om hotellopphold i forkant av termin. Det finnes andre tilfeller der helseforetakene velger inngår individuelle avtaler om følgetjeneste med gravide, fremfor etablering av fast døgnkontinuerlig vaktberedskap.

Disse faktorene kan føre til at vår modell ikke fanger opp hele bildet av følgetjenesten. Vi har fått mange innspill fra helseforetakene for å prøve å tilpasse modellen og for å ta høyde for lokale særegenheter. Dette bidrar til å nyansere datagrunnlaget fra SSB.

Allikevel kan det hende at vår tilnærming i enkelte tilfeller er upresist på lokalt nivå og en dårlig beskrivelse av den lokale virkeligheten. Vi mener imidlertid at disse lokale forskjellene jevnes ut ved å aggregere opp tallene slik at våre anslag er relativt presise på regionalt og nasjonalt nivå.

### Metode, avgrensninger og håndtering av usikkerhet

Vi har satt opp et regneark som er grunnlaget for modellen vår. Hovedparametere i modellen er gjennomsnittlig antall fødende i hver kommune i perioden 2020-22 og reisetiden fra bostedsadresse til nærmeste fødested. Kombinasjonen av disse parametere gjør det mulig å estimere hvor mange kvinner som har rett til tilbud om

følgetjeneste i hver kommune. Ved å koble sammen kommunene med ansvarsområder til både helseforetak (HF) og regionale helseforetak (RHF) kan vi estimere hvor mange fødende kvinner som omfattes av følgetjenesten til hvert sykehus.

En slik «bottom-up» tilnærming tillater oss å presentere resultatene på vilkårlig aggregeringsnivå. Vi mener imidlertid at resultatene er mest presise på høyest aggregeringsnivå (dvs. på nasjonalt nivå).

## Parametere i modellen

Den første hovedparameteren i modellen vår er antall fødende kvinner vi forventer i hver kommune etter endringen i følgetjenesten gjennomføres. Vi har tatt utgangspunkt i gjennomsnittlig antall fødende kvinner i hver kommune i perioden 2020 – 2022. Det betyr at vi implisitt antar at den negative trenden i fødselsraten som observeres etter 2010 flater ut i årene fremover og at nivået stabiliserer seg på et lavere nivå enn i 2010. Ved å ta gjennomsnittlig antall fødende tar vi høyde for noe årlig variasjon i fødselsraten.

Når det gjelder den andre hovedparameteren har vi tatt utgangspunkt i SSB sine tall på reisetid fra bostedsadresse til nærmeste fødested. Som vi har redegjort for tidligere, er reisevei for de fem prosentene av kvinner i fertil alder med lengst reisevei i hver kommune avgjørende for om en kommune omfattes av følgetjeneste. Dersom reisevei for denne gruppen er under 60 minutter, så omfattes kommunen verken før eller etter endringen av et følgetjenestetilbud. Hvis reiseveien er mellom 60 og 90 minutter, så omfattes kommunen ikke før, men etter endringen og hvis reiseveien er over 90 minutter så omfattes kommunen både før og etter endringen av ordningen.

## Håndtering av usikkerhet

Alle parametere tillegges en lav, en middels og en høy verdi. Dette definerer det sannsynlige utfallsrommet for årlig variasjon i de ulike parameterne.

Det er lite sannsynlig at gjennomsnittsantall fødende fra 2020 til 2022 kommer til å være en treffsikker prognose av fødselstall i hver kommune i fremtiden. Derfor har vi sett på variasjonen i antall fødsler rundt gjennomsnittet i perioden 2010 - 2022. Vi har definert to standardavvik som et høyt og lavt anslag på utfallsrom i forventet antall fødsler. Med andre ord så antar vi at gjennomsnittlig antall fødsler i perioden 2020-2022 er det mest sannsynlige scenario, mens gjennomsnittet pluss to standardavvik er høyt anslag og gjennomsnittet minus to standardavvik er lavt anslag.

Det er også mulig at det å sette en «hard» grense på 60 eller 90 minutter er for rigid i modellen. I praksis kan det hende at noen kvinner får tilbud som har en reisevei som er litt over eller under grensen. For å ta høyde for dette har vi lagt et intervall på +/- fem minutter rundt terskelverdiene 60 og 90 minutter.

Vi velger en triangulær tetthetsfunksjon for alle parametere. Dette impliserer at utfallsrommene som beskrevet over kan tolkes som en maksimal og en minimal verdi for alle variabler. Fordelen ved en slik tetthetsfunksjon er at den er veldig intuitiv og lett forståelig.

## Simulering

Gitt usikkerhetsparametere beskrevet ovenfor kan vi gjennomføre en simulering som modellerer usikkerheten av input-parametere og hvordan det slår ut på output-parameteren (antall fødsler som er dekket av følgetjenesten).

Vi velger en Monte Carlo-simulering med 100 000 trekninger. Hver trekning representerer en tilfeldig kombinasjon av input-parametere gitt tetthetsfunksjonen som er lagt til grunn. Dette eksempelet illustrerer parametere av en hypotetisk tetthetsfunksjon og noen hypotetiske trekninger:

Parametere for en triangulær tetthetsfunksjon i kommune A				
	Forventet	Median	Høy	Lav
Reisetid	59	59	64	54
Antall fødsler	50	50	70	30

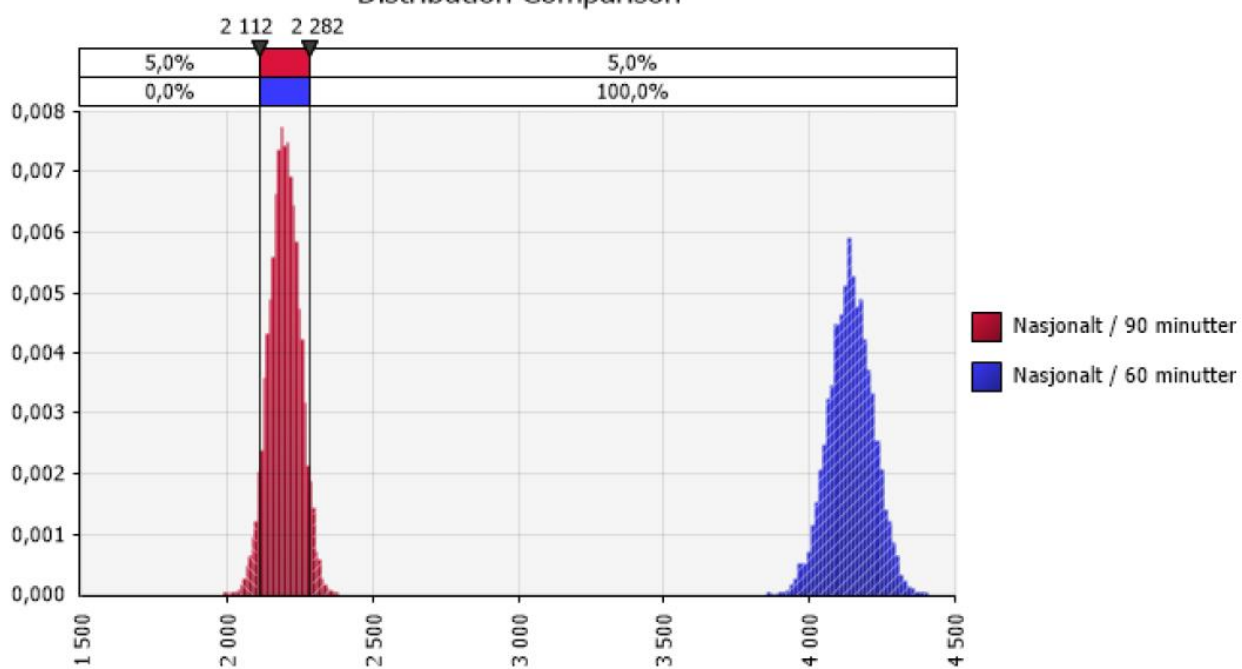
Trekninger i kommune A				
	Trekning 1	Trekning 2	Trekning 3	Trekning 4
Reisetid	62	55	56	59
Antall fødsler	49	42	57	65

I eksempelet ovenfor forventer vi at reisetiden i kommune A er 59 minutter fra bostedsadressen som er lengst unna til de nærmeste fødestedet. Vi forventer imidlertid ikke a reiseveien er mer enn 64 minutter og mindre enn 54 minutter. På samme måte forventer vi a det er 50 fødsler i kommune A, men ikke mer enn 70 og mindre enn 30. Høyt og lavt scenario er minst sannsynlig, og jo nærmere verdiene er forventningsverdien, jo mer sannsynlig blir de.

Tabellen under viser mulige trekninger som går inn i simuleringen. For hver trekning (input) beregnes det antall fødende kvinner som har rett på følgetjenesten. Ved å gjøre dette 100 000 ganger får vi et godt bilde av forventningsverdien, samt et usikkerhetsintervall rundt forventningsverdien.

Figuren under viser hvordan et slikt resultat ser ut. Den røde kurven viser et histogram av antall kvinner som har rett til følgetjeneste under dagens system (ved en 90 minutters grense). I 90 prosent av trekningene er det beregnete antallet kvinner som omfattes av følgetjenesten mellom 2 112 og 2 282. I fem prosent av tilfellene har antallet vært lavere enn 2 112 og i fem prosent har det vært høyere enn 2 282.

### Distribution Comparison



## Vedlegg B: Beregning av konsekvenser for bruk av helsepersonell

### Datagrunnlag og informasjonskilder

Beregningene bygger videre på informasjon om antall fødende som omfattes i ulike distrikter. Konsekvensene for bruk av helsepersonellressurser er imidlertid nært knyttet til hvordan tilbudet er organisert lokalt. Forhold som ulik geografi, demografi, kapasitet i kommunene, mulighet for interkommunale samarbeid og flere andre faktorer er definerende for hvordan tilbudet om følgetjeneste for fødende kan organiseres på lokalt nivå. Det derfor gjennomført informasjonsinnhenting fra helseforetak i ulike deler av landet for å kartlegge konsekvenser av ulik organisering.

I samtaler med nøkkelpersoner i lokale og regionale helseforetak viste det seg at antall utrykninger ikke er den viktigste driveren av kostnadene som påfaller helseforetak. For å vurdere og beregne ressursbruk er det altså viktig å forstå hva som påvirker kostnadsbildet mest. Ifølge innspillene vi har fått er det å etablere og opprettholde et tilbud i en kommune det som krever mest ressurser (faste kostnader). De variable kostnadene knyttet til hver utrykning har en mindre betydning i det overordnede kostnadsbildet.

### Metode, avgrensninger og håndtering av usikkerhet

Følgetjenesten tilbyr både en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følge til fødeinstitusjon.<sup>25</sup> Den døgnkontinuerlige vaktberedskapen vil kreve ressurser også når det ikke er fødsler som kvalifiserer til følgetjeneste. Avhengig av hvordan tjenesten er organisert vil dette kunne være en mer eller mindre fast kostnad, som i liten eller ingen grad påvirker behovet for personell som følge av mindre endringer antall fødsler med følgetjeneste.

En omlegging av grensen fra 90 til 60 minutter kan for enkelte fødeinstitusjoner føre til en vesentlig økning i antall fødsler med følgetjeneste, noe som kan stille krav til endringer i organisering eller vaktbemanning.

I tillegg vil det være ressurser knyttet til hver enkelt fødsel med følgetjeneste. Dette vil kunne være timebruken til personell som er direkte involvert i følgetjenesten, transportkostnader, samt eventuelle ekstra kostnader til beredskap eller annen ekstra bemanning ved fødeinstitusjonene.

### Trinnvise og variable kostnader

Det er to hoved-drivere for ressursbruk knyttet til følgetjeneste for fødende. Den første driveren er faste ressurser knyttet til behovet for å etablere samarbeid med nye kommuner. Dette krever ofte at det kreves faste årsverk fra jordmødre, med ansvar for vaktberedskap i kommunen. I tilfeller der redusert terskel for reisetid utløser behov for samarbeid med nye kommuner, vil dette gi en trinnvis økning i ressursbruk for helseforetaket med finansieringsansvar.

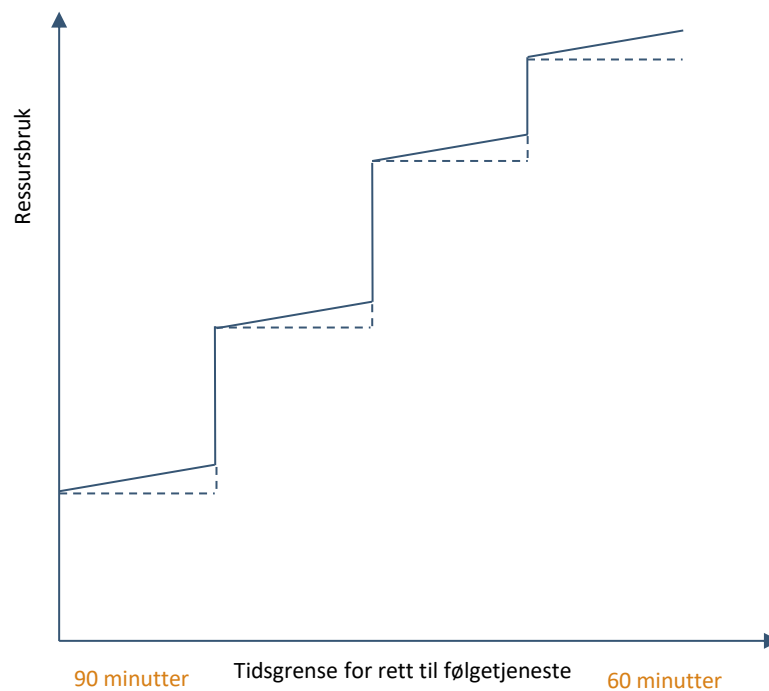
Den andre driveren er knyttet til ressursbruken ved vær enkelt fødsel som krever assistanse fra jordmor lokalt, eller bruk av prehospitale tjenester. Dette gir en variabel kostnad som vil øke i takt med at lavere grense for reisetid gir en høyere fødepopulasjon som er omfattet av tilbudet.

---

<sup>25</sup> [Følgetjeneste og døgnkontinuerlig beredskap | Helsedirektoratet](#)



### Illustrasjon på sammenheng mellom ressursbruk og redusert tidsgrense



Figuren ovenfor viser skjematisk hvordan ressursbruken utvikler seg ved å sette ned 90 minutters grense. Først fører en lavere grense til at flere kvinner dekkes av følgetjenesten. Den økte antall reisen kan imidlertid dekkes av eksisterende ressurser, og det er ikke nødvendig å etablere nye tilbud. Konsekvensen av dette er at den variable kostnaden knyttet til antall utrykninger slår ut på en stadig, men marginal økning i ressursbruken. Etter et visst antall utrykninger kan behovet for følgetjenesten ikke dekkes av det eksisterende tilbudet, og det blir nødvendig å utvide tilbudet (eksempelvis i nye kommuner og/eller ved å ansette flere årsverk). Dette medfører en økning i det faste ressursbruket som slår sterkt ut på kostnadene knyttet til følgetjenestetilbudet.

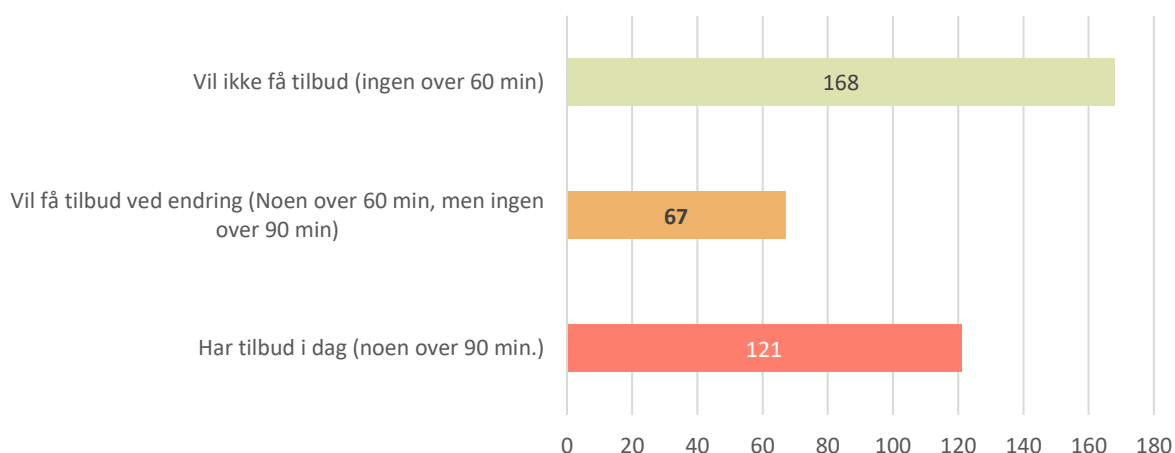
Det er altså viktig å identifisere i hvor mange nye kommuner det må etableres et tilbud om følgetjeneste i for å estimere økning i ressursbruk ved å legge om til 60 minutter reisetid.

### Kommuner som påvirkes

Vi har tilnærmet oss dette spørsmålet på en teoretisk måte ved bruk av data om kjøretid til nærmeste fødested. Som beskrevet i vedlegg A, har vi inndelt kommunene i tre kategorier:

1. Vil ikke få tilbud (ingen over 60 min): Kommuner der ingen kvinne i fertil alder har en lengre reisevei enn 60 minutter.
2. Vil få tilbud ved endring (noen over 60 min, men ingen over 90 min): Kommuner der det finnes kvinner i fertil alder som har en lengre reisevei enn 60 minutter, men ingen har en lengre reisevei enn 90 minutter.
3. Har tilbud i dag (noen over 90 min): Kommuner der det finnes kvinner i fertil alder som har lengre enn 90 minutter reisevei.

Antall kommuner som ikke omfattes (grønn), som er omfattet ved en grense på 90 minutter (rød) og som vil omfattes ved en endring til 60 minutter (orange), basert på data fra SSB



Inndelingen etter disse kriteriene tilsier at 168 kommuner vil ikke påvirkes av en endring på grensen til 60 minutter ettersom alle aktuelle kvinner bor innenfor 60 minutters grensen. 67 av kommunene har ikke hatt tilbud om følgetjeneste før, men ville fått det ved en omlegging til 60 minutters grensen. Resten har i teorien allerede et tilbud i dag og ville fortsette å ha det etter endringen.

Vi anerkjenner at tallene i praksis ikke nødvendigvis stemmer overens med våre beregninger. Årsakene er knyttet til blant annet følgende faktorer:

- Det finnes ulik praksis for beregning av reisetid. Noen helseforetak tar eksempelvis utgangspunkt i kommunesentrum istedenfor bostedsadresse.
- Ferjer og andre forhold som fører til at reisetidsberegninger avviker fra beregnede kjøretider fra SSB (som tar utgangspunkt i kjøretid med bil).
- Helseforetakenes opptaksområde kan avvike fra nærmeste fødested for ulike bostedsadresser. Det vil si at et visst helseforetak har ansvar for et helt fylket. Dette kan inkludere kommuner som er nærmere et fødested i et annet fylke, som dekkes av følgetjenesten til et annet helseforetak.
- I noen kommuner ble det etablert alternative tilbud til det som hadde vært en streng tolkning av følgetjenesten. Dette inkluderer blant annet tilbud om hotell som fødende kvinner har mulighet til å benytte seg av, samt følge av jordmor.

I modellen har vi lagt inn bruk av hotell som et alternativ til å etablere følgetjeneste for kommuner som har et relativt lavt antall fødende per år. Dette er et tilbud som benyttes ved flere helseforetak ulike steder i landet. Flere steder er det etablert avtaler med kommersielle hotell, mens andre steder benyttes egne sykehushotell.

Tabellen nedenfor beskriver hvordan terskelen for bruk av hotell, fremfor etablering av følgetjeneste inngår i modellen, samt kostnader forbundet med dette. Den første raden i tabellen beskriver terskelen for at en kommune skal benytte hotell, fremfor å etablere følgetjeneste. Terskelen er definert ved forventet antall fødende i kommunen med reisevei til nærmeste fødested som utløser rett til følgetjeneste. Eksempelvis vil en kommune som har 25 eller færre forventede fødende per år med rett til følgetjeneste, forventes å benytte et tilbud om hotell fremfor å etablere tilbud om følgetjeneste i kommunen.

Kostnaden ved hotellopphold per fødende defineres av antall overnattingsdøgn og kostnad per døgn. Også her er det til dels stor variasjon mellom ulike helseforetak. Enkelte steder vil fødende få tilbud om inntil 10 overnattingsdøgn, mens andre steder er det en kortere periode. Kostnad per overnattingsdøgn varierer med lokale prisforskjeller og avtaler som helseforetakene har fremforhandlet.

	<b>Medium</b>	<b>Lav</b>	<b>Høy</b>
Antall årlige fødsler som gir bruk av hotell	Minst 25	Minst 15	Minst 35
Antall netter på hotell per fødende	7	5	10
Kostnad per overnattingsdøgn	1 200	900	1 400

Innhentet informasjon fra helseforetakene og lagt til grunn avgrensinger og forutsetninger som nyanserer data fra SSB. Tabellen nedenfor viser anslag på antall kommuner som omfattes av tilbud om følgetjeneste ved en grense på 90 minutter og ved en eventuell omlegging til grense på 60 minutter.

#### Oversikt over anslått antall kommuner som omfattes av tilbud om følgetjeneste tilknyttet de regionale helseforetakene

<b>RHF</b>	<b>Grense på 90 minutter</b>			<b>Grense på 60 minutter</b>		
	<i>Medium</i>	<i>Lav</i>	<i>Høy</i>	<i>Medium</i>	<i>Lav</i>	<i>Høy</i>
Helse Sør-Øst	17	16	24	11	8	17
Helse Vest	13	11	18	10	5	15
Helse Midt-Norge	10	8	14	7	7	17
Helse Nord	12	11	17	8	7	13
Nasjonalt	52	46	73	36	27	62

### Årsverk per kommune

Det er flere ulike forhold som påvirker ressursbruk per kommune som omfattes av tilbud om følgetjeneste, og kontakt med helseforetakene viser at det kan være stor forskjell mellom ulike kommuner:

- Interkommunalt samarbeid
- Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune
- Størrelse på kommune
- Avlønning knyttet til jordmor på vakt

De regionale forskjellene mellom ressursbruk per kommune fører til at vi må håndtere det som en usikker variabel i modellen. Derfor har vi lagt til grunn et usikkerhetsspenn i henhold til innspillene vi har fått fra helseforetakene. Tabellen under viser verdiene vi anser som mest realistiske etter samtalene med eksperter i helseforetakene.

	<b>Medium</b>	<b>Lav</b>	<b>Høy</b>
Årsverk per kommune	1,5	0,7	4,25

Vi har igjen valgt å legge til grunn en triangulær sannsynlighetsfunksjon med 0,7 årsverk som minimumsanslag, 1,5 årsverk som medium og 4,25 som høyt anslag. Dette innebærer at det finnes døgnrundt bemanning med jordmødre som skal sikre en fullverdig følgetjeneste til enhver tid hele året.

## Vedlegg C: Beregning av økonomiske virkninger

Kostnadene knyttet til følgetjeneste vil i hovedsak tilfalle helseforetakene. I noen tilfeller, avhengig av lokal organisering av tilbudet, kan kostnadene også deles med kommunene. Nedenfor redegjør vi for hvilke kostnader i kroner og øre vi mener som påfaller helseforetakene.

### Beregning av kostnader knyttet til etablering av følgetjeneste i kommunene

Kostnad per årsverk er medregnet sosiale kostnader, det vil si et påslag på 25 prosent av grunnlønn og omfatter blant annet arbeidsgiveravgift, forsikringer med mer. Kostnad per årsverk vil både kunne variere mellom kommuner og fra år til år i samme kommune. Forskjeller kan være knyttet til blant annet ansiennitet på jordmor, men også forhold som sykefravær, overtidsarbeid og lignende. I tilfeller der det er utfordrende å få ansatt jordmødre i følgetjenestestillinger, vil det kunne være behov for innleie av jordmødre fra bemanningsbyråer, noe som innebærer en relativt høy kostnad.

	Medium	Lav	Høy
Årsverk per kommune	1,5	0,7	4,25
Kostnad per årsverk (inkl. sosiale kostnader)	975 000	875 000	1 400 000

I henhold til innspill vi har fått fra aktører i helseforetakene regner vi med et lavt kostnadsanslag på 875 000 kroner per årsverk. Medium anslaget er 975 000 kroner og i et mulig høyt scenario kan et årsverk koste opptil 1 400 000 kroner.

### Beregning av kostnader knyttet til alternative tilbud for følgetjeneste

I praksis får ikke alle kommuner som i teorien har rett til følgetjeneste et fullverdig tilbud av følgetjenesten. Noen helseforetak velger å etablere et alternativt tilbud som eksempelvis tilbud om hotellopphold i forkant av termin, eller individuelle avtaler om følgetjeneste med den gravide. Slike alternative tilbud har en annen kostnadsstruktur enn det den fullverdige følgetjenesten har.

Vi har identifisert to hoveddrivere knyttet til hotellkostnader. For det første avhenger kostnaden av antall netter en fødende kvinne tilbringer på hotellet. For det andre avgjør pris til hotellrommet per døgn totalkostnaden til hotelltilbudet.

Kostnaden knyttet til hotelltilbud kan også variere innenfor disse to dimensjonene. Vi har derfor lagt til grunn et usikkerhetsspenn til begge faktorene. Tabellen under viser hvilke anslag som inngår analysen.

	Medium	Lav	Høy
Antall netter	7	5	10
Pris per overnatting	1200	900	1400

### Kostnader knyttet til prehospitaltjenester

For å beregne et anslag på de variable kostnader må vi i første omgang estimere antall fødende kvinner som benytter seg av tilbudet. Vi har fått innspill om at den største andelen av kvinnene med rett til følgetjeneste ikke har behov for transport til fødested med ambulanse, men benytter i stedet privat transport. Vi må altså justere

ned antall kvinner som omfattes av tjenesten for å få antallet som faktisk benytter seg av det. Det finnes enighet blant aktørene om at det er om lag en fjerdedel av kvinner som får følge til fødestedet. Naturlig nok varierer denne andelen på tvers av kommuner og over tid. Vi har derfor satt usikkerhetsspennet til +/- 10 prosentpoeng.

I tabellen under viser vi de variable kostnadene knyttet til hver utrykning i scenarioene lav, medium og høy for de ulike helseforetakene. Disse tallene omfatter kostnader til ambulanse inkl. personell, og er noe høyere i distriktene enn i mer sentrale lokasjoner. Anslagene varierer på tvers av foretakene fordi kostnadene er antatt til å være høyere i mer desentrale regioner av Norge (på grunn av eksempelvis hyppigere bruk av helikopter eller ambulanseferger og lengre distanser).

#### Bruk av prehospitale tjenester i forbindelse med følgetjeneste for fødende, og relaterte kostnader per oppdrag

	Medium	Lav	Høy
Andel fødende som omfattes av tilbudet som får følge	25 %	15 %	35 %
Kostnad per utrykning, inkl. jordmor			
Helse Sør-Øst	12 000	8 000	15 000
Helse Vest	16 000	8 000	25 000
Helse Midt-Norge	16 000	8 000	25 000
Helse Nord	25 000	12 000	40 000

Tallene i tabellen ovenfor er basert på innspill av kostnader knyttet til utrykninger vi har fått fra Sykehuset i Telemark. Tabellene under oppsummerer tallgrunnlaget som gikk inn i vurderingen av kostnader per utrykning presentert ovenfor.

#### Kostnad per oppdrag/per km i 2023 til utvalgte kommuner fra Sykehuset i Telemark. Kilde: Sykehuset i Telemark

	Gj.snitt. kost per oppdrag, ekskl. jordmor	Kostnad per km
Bø	4 700	10,3
Drangedal	6 800	9,3
Kragerø	6 700	9,5
Notodden	6 000	8,2
Rjukan	11 400	6,9
Seljord	9 900	8,4
Tokke	12 600	9,3
Vinje	11 700	9,1

#### Oversikt over oppdrag med prehospitale tjenester for gravide ved sykehuset i Telemark

	Oppdrag totalt	Hvor av oppdrag med jordmor
Antall oppdrag	821	314
Følgepersonell LA-lege	1	
Følgepersonell annen lege	9	

Følgepersonell spesialsykepleier	7	
Assistanse av annen lege	36	8
Luftambulanse	29	6
Antall km	93 848	52 745
Km per oppdrag	91	164
Minutter per oppdrag	140	222

## Vedlegg D: Resultater ved ekskludering av fødestuer

Resultatene for antall gravide som omfattes av følgetjeneste, som presenteres i kapittel 2, tar utgangspunkt i reisetid til nærmeste fødested. Det vil si at resultatene bygger på reisetidsdata som inkluderer fødestuer som nærmeste fødested. I vedlegg D presenterer vi resultater for antall gravide som vil omfattes av tilbud om følgetjeneste dersom fødestuer ekskluderes fra reisetidsberegningene. Med unntak av ekskludering av fødestuer fra datamaterialet følger vi samme metodikk som er beskrevet i Vedlegg A: «*Beregning av antall fødende som omfattes*».

Fødestue er et tilbud til fødende som oppfyller seleksjonskriteriene og som ønsker å føde der. Seleksjonskriteriene for fødestue er:<sup>26</sup>

- Friske gravide med normalt svangerskap og med forventet normal fødsel i hodeleie
- Ingen kjente sykdommer eller tilstander hos mor eller foster/barn som gir økt risiko for komplikasjoner
- Flergangsfødende med tidligere normale svangerskap og fødsler
- Fødselen starter spontant med foster i hodeleie mellom fullgatte svangerskapsuker 37+0 og 41+6
- Fødselen er definert som lavrisiko når riene starter og er fortsatt normal frem til etter barnets fødsel

Rett til følgetjeneste er definert ved en reisevei på minst 90 minutter til nærmeste fødested. For fødende som ikke oppfyller seleksjonskriteriene vil det i praksis være en fødeavdeling som er nærmeste reelle fødested. I utgangspunktet vil dermed en fødende som bor mer enn 90 minutter fra en fødeavdeling, men mindre enn 90 minutter fra en fødestue, ikke ha rett til følgetjeneste. Dette gjelder også dersom den fødende i henhold til seleksjonskriteriene må føde ved en fødeavdeling.

Dersom reglene for rett til følgetjeneste i stedet forstås som en grense på minst 90 minutter reisevei til *lavest selekterte fødenivå*, vil dette endres. Beregningene i dette vedlegget gir en indikasjon på antall fødende som vil omfattes av tilbud om følgetjeneste ved denne tilnærmingen. Informasjon fra Helse Nord viser at mellom 50 til 70 prosent av fødepopulasjonen i nedslagsfeltet til fødestuen føde ved en annen fødeinstitusjon. De fleste vil føde ved en annen fødeinstitusjon på grunn av seleksjonskriteriene.

Samtidig kan det være at gravide med høyere risiko i større grad får igangsatt fødselen på fødeavdelinger, og at tilbudet om følgetjeneste derfor ikke er relevant uavhengig av reisetid til nærmeste fødested. Hvis det er en slik selektering der gravide med høyere risiko er underrepresentert i bruk av følgetjenesten på grunn av igangsetting av fødsel, kan det være mer relevant å inkludere fødestuene i reisetidsberegningene.

Tabellen nedenfor viser omfang av antall gravide som vil omfattes av tilbud om følgetjeneste dersom fødestue ekskluderes/inkluderes i reisetidsdata til nærmeste fødested. Radene som inkluderer fødestue tilsvarer dermed resultater som er presentert i kapittel 2, mens radene som ekskluderer fødestue ikke er benyttet ellers i rapporten.

---

<sup>26</sup> [Fødestue bør følge fastsatte seleksjonskriterier for gravide | Helsedirektoratet](#)



Antall fødende kvinner som omfattes av følgetjenesten ved å ta utgangspunkt i nærmeste fødeavdeling.

	Nærmeste fødested	90 minutter	60 minutter	Økning ved omlegging til 60
Helse Sør-Øst	Ekskl. fødestue	641	1014	373
	Inkl. fødestue	522	904	382
Helse Vest	Ekskl. fødestue	562	1226	663
	Inkl. fødestue	562	1226	663
Helse Midt-Norge	Ekskl. fødestue	723	1155	432
	Inkl. fødestue	648	1126	478
Helse Nord	Ekskl. fødestue	1295	1643	348
	Inkl. fødestue	465	887	423
<b>Nasjonalt</b>	Ekskl. fødestue	3221	5037	1816
	Inkl. fødestue	2197	4143	1946

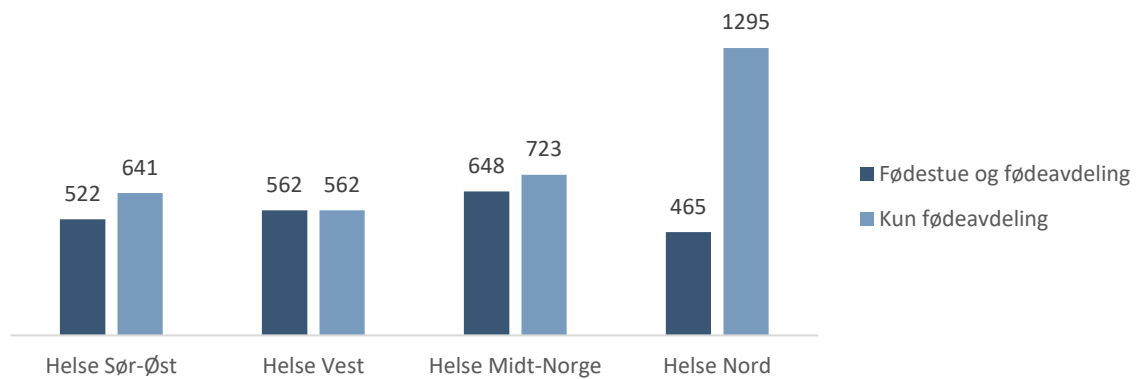
Det er totalt seks fødestuer i Norge som ligger til grunn for reisetidsberegningene. Fem av disse er knyttet til Helse Nord, mens Tynset er knyttet til Helse Sør Øst. Helse Vest og Helse Midt-Norge har ingen fødestuer. For sistnevnte vil en andel av gravide i opptaksområdet ha Tynset som nærmeste fødested.

Geografisk plassering av fødestuene i Norge. Kilde SSB<sup>27</sup>



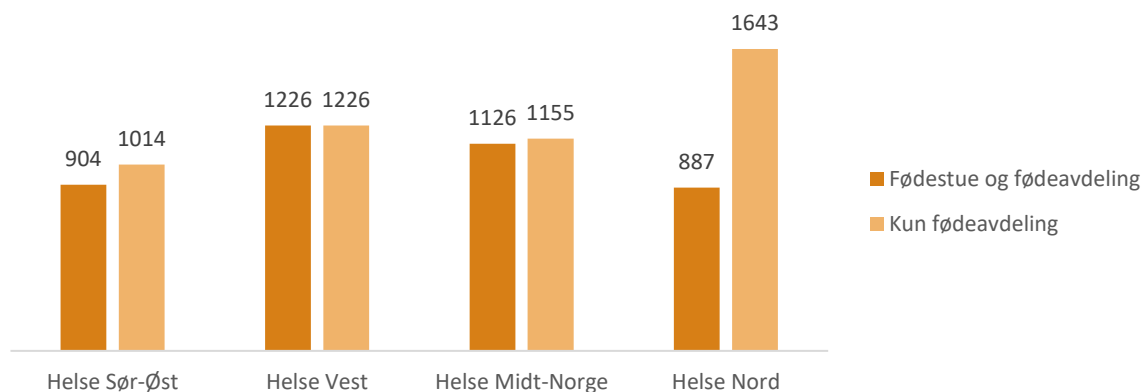
<sup>27</sup> <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/spesialisthelsetjenesten/artikler/hvor-lang-tid-tar-det-a-kjore-til-naermeste-fodested>

### Antall gravide som omfattes av tilbud om følgetjeneste ved tidsgrense på 90 minutter



Figurene over og under viser antall gravide som omfattes av tilbud om følgetjeneste ved de ulike RHFene for hhv. 90 og 60 minutter tidsgrense. Ved en tidsgrense på både 90 og 60 minutter vil en ekskludering av fødestue gi ingen endring for Helse Vest, og en relativt lav økning for Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Helse Nord skiller seg her fra de andre RHFene med en relativt stor forventet økning som følge av å ekskludere fødestue.

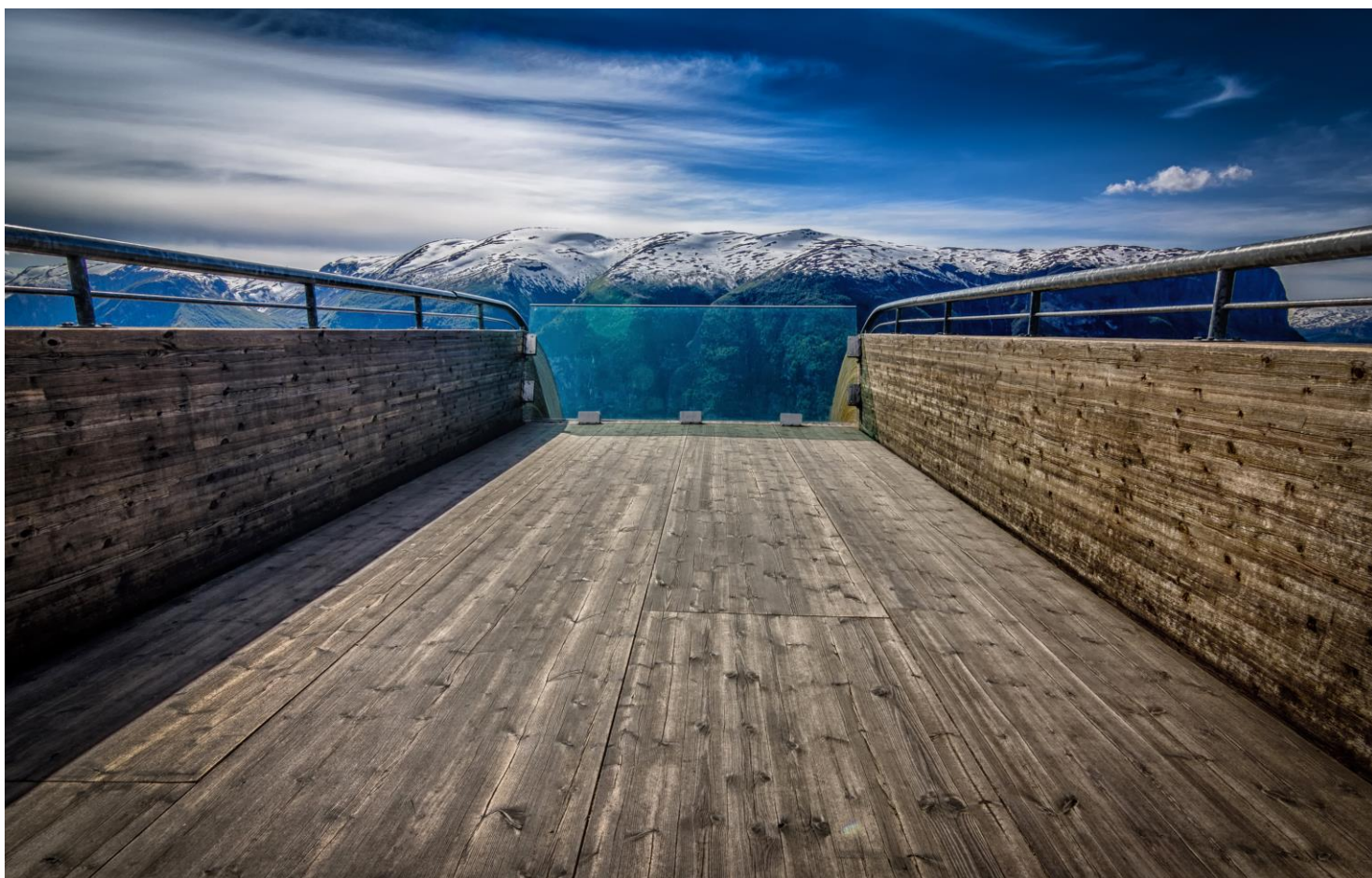
### Antall gravide som omfattes av tilbud om følgetjeneste ved tidsgrense på 60 minutter



Beregningene av antall gravide som omfattes av tilbud om følgetjeneste inkluderer alle gravide, uten hensyn til risiko for komplikasjoner eller andre seleksjonskriterier.

## Vedlegg E: Liste over intervjuobjekter

<b>Kontaktperson</b>	<b>HF</b>	<b>RHF</b>
Bente Mietinen	UNN	Helse Nord
Nina Jamissen	Nordlandssykehuset	Helse Nord
Siw Blix	Finnmarkssykehuset	Helse Nord
Runa Heimstad	St. Olav	Helse Midt-Norge
Øyvind Nytnun	Helse Møre og Romsdal	Helse Midt-Norge
Beth Iren Reistad	Helse Bergen	Helse Vest
Kristin Opseth Rygg	Helse Førde	Helse Vest
Jorunn Kverndalen Frisch	Sykehuset i Telemark	Helse Sør-Øst
Live Cecilie Grindaker	Sykehuset Innlandet	Helse Sør-Øst



Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter.

Vi er et medarbeidereiet konsultentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked.

Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt. Alle offentlige rapporter fra Menon er tilgjengelige på vår hjemmeside [www.menon.no](http://www.menon.no).

+47 909 90 102 | [post@menon.no](mailto:post@menon.no) | Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo | [menon.no](http://menon.no)