



Arkivfoto: Marit Fonn

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Tidligere studier har vist at det gjøres for mange svangerskapskontroller i Norge, og at nasjonale retningslinjer ikke blir fulgt. I 2005 omorganiserte Tromsø kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge svangerskapsomsorgen i kommunen, her omtalt som Tromsømodellen.

Hensikt: Å undersøke hvor mange svangerskapskontroller de gravide fikk, og hvordan fordelingen av kontroller var mellom jordmør og lege, og om antallet kontroller var i tråd med nasjonale anbefalinger.

Metode: Til sammen 409 kvinner med bostedsadresse i Tromsø kommune og som fødte ved UNN i perioden 01.12.09–31.05.10 ble inkludert i studien. Data om antall svangerskapskontroller, hvor de foregikk, antall tidligere fødsler og om kvinnen var vurdert som risikoføddende ble hentet fra Helsekort for gravide og fra pasientjournalen på UNN.

Resultater: Til sammen 392 kvinner fulgte Tromsømodellen mens 17 kvinner gikk til et legekantor som ikke fulgte denne modellen. Kvin-

nene som fulgte Tromsømodellen hadde gjennomsnittlig 10,0 kontroller i svangerskapet, hvorav 3,3 var hos fastlegen, 5,1 hos jordmør og 1,6 i fødepoliklinikk. Første- og flegangsføddende fikk like mange kontroller, mens kvinner vurdert som risikoføddende fikk flere kontroller enn lavrisikoføddende (10,6 versus 9,8; $p=0,01$).

Konklusjon: Det er god oppslutning om Tromsømodellen, og de nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorgen følges.

ENGLISH SUMMARY

Guidelines for antenatal care followed in Tromsø

Background: Previous studies have found that national guidelines on antenatal care were not followed until 2001 in Norway, and that there were more antenatal consultations than recommended. In 2005, a new model of antenatal care was introduced in the Tromsø municipality, called «The Tromsø Model».

Objective: The goals of the present study were to investigate the number of antenatal consultations, how they were allocated between midwives and general practitioners (GPs), and if the number of consultations were accor-

ding to the 2005 national guidelines.

Methods: Four hundred and nine women, living in the Tromsø municipality and who gave birth at the University Hospital of North Norway between 01.12.09 and 31.05.10, were included in the study. Data on the number of antenatal consultations, who conducted them, the women's risk status and number of previous deliveries, were collected from patient files at the University Hospital of North Norway.

Results: Three hundred and ninety-two women attended consultations with GPs who followed «The Tromsø Model», compared to 17 with GPs

who did not follow this model. The women who followed the recommendations in «The Tromsø model» had a mean of 10,0 antenatal consultations; 3,3 of the consultations were conducted by the GP, 5,1 by a midwife and 1,6 in the hospital's outpatient clinic. There were no differences in the number of consultations between primiparous and multiparous women. On average, women with high-risk pregnancies had more consultations (10,6 vs. 9,9; $p=0,01$).

Conclusions: Most GPs and midwives followed «The Tromsø model», and the recommendations from the national guidelines were followed in the municipality.

» Retningslinjer for svangerskapsomsorgen følges i Tromsø

Forfattere: Gunnbjørg Andreassen, Pål Øian, Trond Brattland og Ellen Blix

NØKKELORD

- Svangerskap
- Samhandling
- Organisering
- Kvantitativ studie

BAKGRUNN

Svangerskapsomsorgen i Norge er en forebyggende helsetjeneste med nær 100 prosent oppslutning (1,2). Fra begynnelsen av forrige århundre ble det anbefalt 10–12 kontroller gjennom svangerskapet, og denne anbefalingen ble fulgt fram til midten av 80-tallet (3,4). I 1984 ble det anbefalt et program med ti svangerskapskontroller for friske førstegangsgravide og seks for flegangsgravide før fødselsterminen. Det ble også anbefalt at jordmødre skulle involveres i svangerskapskontrollene og stå for seks av kontrollene hos førstegangsgravide og fire av kontrollene hos flegangsgravide (3). Fra 1996 ble kommunene pålagt å ha tilbud om jordmortjeneste i svangerskapsomsorgen (5).

Backe har undersøkt hvor mange svangerskapskontroller

gravide fikk i Norge i årene 1996 og 2000. For år 2000 undersøkte han også i hvilken grad jordmødre utførte svangerskapskontrollene (1,2). I 1996 hadde gravide kvinner gjennomsnittlig 12,2 kontroller (2). Dette var betydelig over gjennomsnittet for de nasjonale anbefalingene (3). I 2000 hadde dette endret seg lite, det ble gjort gjennomsnittlig 12,4 svangerskapskontroller på førstegangsgravide og 11,7 på flegangsgravide kvinner. Jordmødre utførte 44 prosent av kontrollene, dette var lavere enn de nasjonale anbefalingene (1). Det ble konkludert med et overforbruk av svangerskapskontroller og at nasjonale retningslinjer ikke ble fulgt (1,2).

I 2005 ga Helsedirektoratet ut nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen (4). Her ble det anbefalt åtte til ni svangerskapskontroller til og med svangerskapsuke 40 både for første- og flegangsgravide. Dette er inkludert rutinemessig ultralydundersøkelse i uke 18 (tabell 1). Det ble anbefalt at svangerskapsomsorgen skulle utføres av jordmor eller allmennlege, eller gjennom et

samarbeid mellom disse. Det ble presisert at kvinnen selv burde få bestemme om hun ville gå til jordmor, allmennlege eller en kombinasjon. Det ble også anbefalt at kvinner skulle tilbys kontinuitet gjennom svangerskapsomsorgen, forstått som å møte så få fagpersoner som mulig (4). Det er ikke gjort

Hva tilfører artikkelen?

Resultatene i denne studien viser at leger og jordmødre er lojale til nasjonale anbefalinger og Tromsømodellen.

Mer om forfatterne:

Gunnbjørg Andreassen er jordmor og koordinator ved Kvinneklinikken, Jordmørsenteret i Tromsø, UNN. Pål Øian er professor og seksjonsoverlege ved Kvinneklinikken, UNN og ved Forskningsgruppe for kvinnehelse og perinatologi, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø. Trond Brattland er overlege i allmennmedisin og kommuneoverlege i Byrådsavdelingen for helse og omsorg, Tromsø kommune. Ellen Blix er jordmor, DrPH og helsefaglig forskningsleder ved Klinisk forskningsavdeling, UNN. Kontakt: gunnbjorg.andersen@unn.no.

studier som undersøker om retningslinjene fra 2005 blir fulgt. (Se tabell 1.)

ORGANISERING

Tromsø kommune har omkring 1000 gravide årlig (6). Siden 1995 har Tromsø kommune kjøpt jordmortjenester fra Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Jordmødre ansatt på sykehuset utførte svangerskapsomsorg i kommunal regi i et samarbeid med byens fastleger. Jordmødrene jobbet ved forskjellige helsestasjoner.

I 2004 gikk Tromsø kommune og Kvinneklinikken ved UNN sammen om å omorganisere svangerskapsomsorgen i kommunen. Formålet med omorganiseringen var å sikre en god svangerskapsomsorg med et tydelig og likt tilbud til alle. Man ønsket et godt samarbeid mellom de ulike aktø-

ringer. I tillegg ble det ansatt sekretær i 40 prosent stilling. I dag har 11 jordmødre en eller to arbeidsdager ved Jordmørsenteret hver uke, ellers arbeider de ved Kvinneklinikken. Legek kontrollene foregår hos fastlegen. Ved første kontroll hos lege får kvinnen informasjon om tilbudet Tromsø kommune har for svangerskapsomsorgen og om samarbeidet med Jordmørsenteret. Alle gravide tilbys en kontroll hos jordmor i løpet av svangerskapsuke 16–17. Dette kalles et livsstilmøte der man kartlegger ulike risikofaktorer, for eksempel rus og psykisk belastning, og oppfølgingsbehov og gir kvinnen råd. Friske gravide anbefales en basispakke i primærhelsetjenesten som består av åtte kontroller til og med svangerskapsuke 40, tre hos lege og fem hos jordmor i tillegg til rutinemessig ultraly-

jordmor og spesialisthelsetjenesten. Vi ville også undersøke om det var forskjell i antall svangerskapskontroller hos kvinner som ble vurdert som normalfødende sammenliknet med dem som ble vurdert som risikofødende ved innleggelse i fødeavdelingen.

MATERIALE OG METODE

Kvinner med bostedsadresse i Tromsø kommune og som fødte på fødeavdelingen ved UNN i perioden 01.12.2009–31.05.2010 ble inkludert i studien. Ved innleggelse til fødsel skulle kvinnen ha en svangerskapsvarighet på minst 36 uker og seks dager, ha fått hele svangerskapsomsorgen i Tromsø kommune og Helsekort for gravide måtte være i journalen. I studieperioden var det 711 kvinner som fødte ved avdelingen, og 464 hadde bostedsadresse i Tromsø kommune. Femtifem kvinner fylte ikke inklusjonskriteriene; 13 fødte før uke 37, 12 var tilflyttet i løpet av svangerskapet, 27 hadde glemt Helsekort for gravide og tre hadde fått hele svangerskapsomsorgen i poliklinikken ved UNN. Til sammen 409 kvinner ble inkludert i studien, 392 fra Tromsømodellen og 17 fra legekantoret som ikke deltar i ordningen.

Dette er en retrospektiv kohortstudie. Data er hentet fra fødselsprotokollen i avdelingen, Helsekort for gravide og elektronisk pasientjournal. I fødselsprotokollen blir det fortløpende registrert navn og adresse for alle kvinner som føder i avdelingen. Antall svangerskapskontroller, og hvem som hadde utført dem, ble hentet fra Helsekort for gravide. Opplysninger om rutinemessig ultralydundersøkelse, kontrol-

” De nasjonale retningslinjene anbefaler åtte til ni kontroller for friske gravide kvinner til og med uke 40.

rene, å unngå at friske kvinner ble overkontrollert, og sikre at kvinner med sykdommer eller risikofaktorer fikk kontroll og behandling på riktig nivå. Det ble bygd videre på samarbeidet mellom lege og jordmor i primærhelsetjenesten og kjøp av jordmorressurser fra Kvinneklinikken som sikrer kontinuitet inn til fødeavdelingen. Tromsømodellen for svangerskapsomsorgen ble utviklet, og i 2005 åpnet Jordmørsenteret (7). Gjennom en omstillingsprosess ble jordmorressursene fra helsestasjonene samlet og integrert som et senter i en av byens helsestasjoner. Andelen jordmorstillinger i kommunen ble økt fra 1,0 til 2,65 stil-

dundersøkelse (tabell 1). Etter første svangerskapskontroll hos fastlegen kan kvinnene velge om de vil ha denne fordelingen, eller gå bare til lege eller bare til jordmor. En allmennlege og en jordmor er koordinatorene og planlegger og følger opp tjenesten. Ett legesenter i kommunen er ikke med i Tromsømodellen, de har eget opplegg og har ansatt jordmor i 20 prosent stilling.

Formålet med denne studien var å evaluere svangerskapsomsorgen i Tromsø kommune og Tromsømodellen. Vi ville undersøke hvor mange svangerskapskontroller første- og flergangsfødende fikk, og hvordan fordelingen var mellom lege,

ler ved fødepoliklinikk og om kvinnen var lavrisikofødende eller ikke, er hentet fra pasientjournalen.

Følgende opplysninger ble registrert: Om kvinnen var første- eller flergangsfødende, antall kontroller hun hadde hatt hos jordmor i primærhelsetjenesten, antall kontroller hos lege i primærhelsetjenesten, antall kontroller i spesialisthelsetjenesten, rutinemessig ultralydundersøkelse samt om kvinnen var antatt normalfødende eller risikofødende ved innleggelsen i avdelingen. En slik klassifisering ved innkomst er rutine ved fødeavdelingen i UNN. Antatt normalfødende defineres som friske kvinner med ett foster i hodepresentasjon, spontan fødselsstart mellom svangerskapsuke 37 og 42 og hvor det forventes en ukomplisert fødsel. Flergangsfødende skal ha hatt tidligere normale svangerskap og fødsler.

Vi beregnet gjennomsnitt av antall kontroller og standardavvik. For å analysere om det var

forskjeller i antall kontroller hos første- og flergangsfødende, fordelingen mellom lege og jordmor, mellom antatt normalfødende og risikofødende og kvinner som fulgte Tromsømodellen og de som gikk til legekantoret som ikke var med i ordningen, beregnet vi forskjell i gjennomsnittlig antall kontroller og 95 prosent konfidensintervall for forskjellen. Personvernombudet ved UNN vurderte undersøkelsen som en kvalitetsstudie, og bestemte at det ikke var nødvendig at studien ble vurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning.

RESULTATER

De 409 kvinnene gikk til 3466 svangerskapskontroller hos fastlege eller jordmor i Tromsø kommune. Jordmor utførte 2137 (62 prosent) av svangerskapskontrollene i primærhelsetjenesten. Syv kvinner (2 prosent) gikk bare til jordmor og 16 (4 prosent) gikk bare til lege. Halvparten av kvinnene

(51) var førstegangsfødende. Til sammen 262 (67 prosent) av kvinnene ble vurdert som lavrisikofødende ved innleggelse i avdelingen, 129 (32 prosent) som risikofødende, og hos 18 (4 prosent) manglet det opplysninger om risikostatus. Sytten av kvinnene (4 prosent) hadde fastlege og jordmor i legesenteret som ikke var med i Tromsømodellen.

Kvinner som fulgte Tromsømodellen hadde litt færre kontroller i primærhelsetjenesten enn kvinnene som gikk til legesenteret som ikke var med i ordningen. Dette legesenteret hadde også en annen fordeling av svangerskapskontrollene mellom lege og jordmor (tabell 2). Kvinnene gikk i gjennomsnitt en gang til lege og resten til jordmor, mens de som fulgte Tromsømodellen gikk gjennomsnittlig tre ganger til lege og fem ganger til jordmor. Av de 392 kvinnene som fulgte Tromsømodellen, gikk 76 (19 prosent) en gang til lege og hadde resten av kontrollene hos jordmor,

TABELL 1: Nasjonale anbefalinger for antall svangerskapskontroller for kvinner med normale svangerskap, og Tromsømodellens anbefalinger

	Nasjonale retningslinjer (4) ¹	Tromsømodellen
Uke 8-12	Uke 8-12 (1-2 kontroller)	Svangerskapskontroll hos lege
Uke 17	-	Svangerskapskontroll hos jordmor
Uke 18	Ultralydundersøkelse	Ultralydundersøkelse
Uke 24	Svangerskapskontroll	Svangerskapskontroll hos jordmor
Uke 28	Svangerskapskontroll	Svangerskapskontroll hos lege
Uke 32	Svangerskapskontroll	Svangerskapskontroll hos jordmor
Uke 36	Svangerskapskontroll	Svangerskapskontroll hos lege
Uke 38	Svangerskapskontroll	Svangerskapskontroll hos jordmor
Uke 40	Svangerskapskontroll	Svangerskapskontroll hos lege eller jordmor
Uke 41	Svangerskapskontroll	Svangerskapskontroll hos lege eller jordmor ²

¹Retningslinjene anbefaler at kvinner med normale svangerskap går til jordmor eller allmennlege, eller en kombinasjon av disse.

²Denne svangerskapskontrollen ble flyttet til UNN fra juli 2011, men i studieperioden ble den utført i primærhelsetjenesten.

mens tre kvinner (<1 prosent) gikk en gang til jordmor og resten av kontrollene til lege. (Se tabell 2.)

Det var ingen forskjeller mellom første- og flegangsfødende, verken når det gjaldt antall kontroller eller hvordan de var fordelt (tabell 3). Kvinnene som ble vurdert til å være risikofødende ved innleggelse i fødeavdelingen, hadde gjennomsnittlig flere kontroller hos fastlegen og i spesialisthelsetjenesten enn kvinnene som ble vurdert til å

primærhelsetjenesten. Kvinnene hadde gjennomsnittlig 1,6 kontroller i fødepoliklinikken på sykehuset, dette var inkludert den rutinemessige ultralydundersøkelsen i uke 18. Kvinner som var vurdert til å være antatt normalfødende hadde færre kontroller enn kvinner vurdert til å ha risikosvangerskap. Jordmødrene utførte 62 prosent av svangerskapskontrollene i primærhelsetjenesten i Tromsø kommune.

De nasjonale retningslinjene

må anses som akseptabelt i forhold til nasjonale retningslinjer. Gravide kvinner med komplikasjoner vil man selvfølgelig anbefale at innkalles til flere kontroller i svangerskapet.

Leger og jordmødre er lojale overfor anbefalingene i Tromsømodellen, og de fleste kvinnene følger anbefalingene som blir gitt. En studie fra Wales rapporterte at gravide vanligvis stolte på leger og jordmødre og fulgte råd som ble gitt heller enn å velge muligheten til gjøre informerte valg (10). Det hevdet også at pasienter ofte gjør valg i komfortsonen, det vil si at de velger det helsearbeidere er komfortable med (11).

At 101 av kvinnene (26 prosent) gikk 0–1 gang hos enten jordmor eller lege, og deretter valgte bare å gå til en av dem, kan tolkes som at kvinnene opplever å ha valgfrihet. Det kan selvfølgelig også være andre årsaker, som for eksempel at de ikke var fornøyd med enten jordmor eller lege.

Organiseringen og samarbeidet omkring svangerskapsomsorgen mellom Tromsø kommune og UNN i en «Helhetlig omsorgsmodell» har

” Vår erfaring er at modellen har gitt et bedre tverrfaglig samarbeid omkring de gravide.

være normalfødende (tabell 4). Til sammen 145 (35 prosent) av kvinnene ble henviset til kontroll i fødepoliklinikk i tillegg til rutinemessig ultralydundersøkelse. Av disse hadde 84 (21 prosent) kun en kontroll ved sykehuset. (Se tabell 3 og 4.)

Diskusjon

Vi fant at kvinnene som fulgte Tromsømodellen (n=392) hadde gjennomsnittlig 10,0 kontroller i svangerskapet, hvorav av 8,4 var hos jordmor og fastlege i

anbefaler åtte til ni kontroller for friske gravide kvinner til og med uke 40, det samme gjør Tromsømodellen. Verdens helseorganisasjon anbefaler en demedikalisering av svangerskaps- og fødselsomsorgen i den vestlige verden, og har dokumentert at fire kontroller er tilstrekkelig (8). Medikalisering defineres som uhensiktsmessig bruk av inngrep, teknologi og/eller helsepersonell (9). At vi i Tromsø kommune hadde gjennomsnittlig 9,8 svangerskapskontroller

TABELL 2: Fordeling av svangerskapskontrollene og totalt antall kontroller hos kvinner hvor fastlegen var tilknyttet Tromsømodellen og hos kvinner hvor fastlegen tilhørte et legesenter som ikke var med i ordningen

	Tromsømodellen (n=392) Gjennomsnitt (SD)	Privat legekantor (n=17) Gjennomsnitt (SD)	p-verdi
Kontroller hos jordmor	5,1 (1,8); spredning 0-10	8,6 (1,8); spredning 5-12	0,001
Kontroller hos fastlegen	3,3 (2,2); spredning 0-15	1,2 (1,3); spredning 0-6	<0,001
Kontroller i poliklinikk ¹	1,6 (1,0); spredning 1-7	1,4 (0,7); spredning 1-3	0,33
Totalt antall kontroller i svangerskapet	10,0 (2,6); spredning 5-31	11,2 (2,3); spredning 7-17	0,06

¹Inkludert rutinemessig ultralydundersøkelse i uke 18

intensjon om valgfrihet, kontinuitet, tverrfaglighet og sømløse overganger (7). Det er en omsorgsmodell som er rettet mot brukernes etterspørsel om kontinuitet, tilgjengelighet og valgfrihet (12,13). Dagens anbefalinger sier ikke noe om hvordan svangerskapskontrollene skal fordeles mellom jordmor og lege, men legger vekt på at kvinnen skal ha mulighet til å velge (4). Jordmødrene utførte de fleste svangerskapskontrollene i primærhelsetjenesten. Dette er i tråd med tidligere anbefalinger for svangerskapsomsorgen (3).

Vår erfaring er at modellen har gitt et bedre tverrfaglig samarbeid omkring de gravide, og at dette bidrar til en god svangerskapsomsorg med

jordmor har trolig sikret god forankring i begge yrkesgrupper. Vi mener også at tjenesten har en mer tydelig profil utad enn tidligere. Vi vet ikke hvor

” Noen jordmødre hevdet at en tverrfaglig modell ikke åpnet for den valgfriheten kvinnene skal ha.

bedre kontinuitet i pasientforløpet fra kommunen og inn til fødeavdelingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge. At svangerskapsomsorgen koordineres av en fastlege og en

fornøyde kvinnene er med Tromsømodellen, og vi vet heller ikke om modellen påvirker svangerskapsutfallene. Det ville vært interessant å vite, men var ikke studiens hensikt. Etter at

TABELL 3: Fordeling av svangerskapskontrollene og totalt antall kontroller hos førstegangs- og flergangsfødende

	Førstegangsfødende (n=208) Gjennomsnitt (SD)	Flergangsfødende (n=201) Gjennomsnitt (SD)	p-verdi
Kontroller hos jordmor	5,4 (1,8); spredning 0-12	5,1 (2,1); spredning 0-10	0,12
Kontroller hos fastlegen	3,2 (2,1); spredning 0-11	3,2 (2,3); spredning 0-15	1,00
Kontroller i poliklinikk ¹	1,6 (1,0); spredning 1-5	1,6 (1,0); spredning 1-7	1,00
Totalt antall kontroller i svangerskapet	10,2 (2,3); spredning 5-18	9,9 (2,9); spredning 5-31	0,25

¹Inkludert rutinemessig ultralydundersøkelse i uke 18

TABELL 4: Fordeling av svangerskapskontrollene og totalt antall kontroller hos 391¹kvinner som ble vurdert som henholdsvis lavrisikofødende (gruppe 1) og som risikofødende (gruppe 2) ved innleggelsen i fødeavdelingen

	Gruppe 1 (n=262) Gjennomsnitt (SD)	Gruppe 2 (n=129) Gjennomsnitt (SD)	p-verdi
Kontroller hos jordmor	5,4 (1,8); spredning 0-10	5,0 (2,3); spredning 0-12	0,06
Kontroller hos fastlegen	3,1 (0,9); spredning 0-12	3,6 (2,6); spredning 0-15	0,03
Kontroller i poliklinikk ²	1,4 (0,7); spredning 0-5	2,0 (1,3); spredning 1-7	<0,001
Totalt antall kontroller i svangerskapet	9,8 (2,1); spredning 5-17	10,6 (3,4); spredning 5-31	<0,01

¹18 kvinner mangler data om seleksjon. ²Inkludert rutinemessig ultralydundersøkelse i uke 18

Tromsømodellen ble etablert i 2005 viser UNN sine virksomhetstall at det er blitt omkring tusen færre henvisninger årlig av gravide til fødepoliklinikken. Vi tror at nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen og etableringen av samarbeidet mellom Fødeavdelingen UNN og Tromsø kommune i 2005 er en medvirkende årsak til dette.

Ved å samle jordmødre fra sykehuset som jobber med differensiert fødselsomsorg inn i et jordmørsenter, blir det lettere å møte kravene rundt en differensiert omsorg og seleksjon slik myndighetene ønsker (13-17). I 2009 fikk Jordmørsenteret og Tromsømodellen Samhand-

lingsprisen fra Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin for dette arbeidet (18). Forankringen opp til ledelsesnivå har vært avgjørende for dette samarbeidet. Det har vært stor villighet både i kommunen og på UNN for å få til dette. Vår erfaring er at Tromsømodellen har ført til et godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det har i liten grad vært profesjonsstrid, men noen fastleger hadde negative forventninger i og med at Tromsømodellen kunne føre til mindre samarbeid med jordmor ettersom alle jordmødrene flyttet til Jordmørsenteret. Noen jordmødre hevdet at en tverr-

flaglig modell ikke åpnet for den valgfriheten kvinnene skal ha.

Resultatene i denne studien viser at leger og jordmødre er lojale til nasjonale anbefalinger og Tromsømodellen. Vi mener at antallet kontroller er på et akseptabelt nivå og lavere enn i 1996 og 2000 i Norge. Antall svangerskapskontroller i Tromsø følger nasjonale anbefalinger og er lavere enn rapportert i Norge i 1996 og 2000. Tromsømodellen har ført til et bedre samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om svangerskapsomsorgen. Jordmødrene utførte 62 prosent av svangerskapskontrollene i Tromsø kommune.

LITTERATUR

1. **Backe B.** Svangerskapsomsorgen i Norge – mange unødvendige kontroller. Tidsskr Nor Legeforen 2002;122:1989–92.
2. **Backe B.** Overutilization of antenatal care in Norway. Scand J Public Health 2001;29:129–32.
3. **Norges offentlige utredninger: Perinatal omsorg i Norge.** NOU 1984:17. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
4. **Helsedirektoratet.** Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet 2005.
5. **Sosial- og helsedepartementet.** Lov om helsetjenesten i kommunen. Ot.prp.nr 60 (1993-94) og Innst. O nr. 65 (1993/94). Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1994.
6. **Statistisk sentralbyrå.** Årstabeller ssb.no/emner/02/barn (Nedlastet 01.03.2012).
7. **Universitetssykehuset Nord-Norge og Tromsø kommune.** Svangerskapsomsorgen – et samarbeidsprosjekt mellom Tromsø kommune og UNN Tromsø: UNN/Tromsø kommune, 2005.

8. **Chalmers B, Mangiaterra V, Portet R.** WHO principles for perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202–7.
9. **Thomson A.** Is there evidence for the medicalisation of maternity care? MIDIRS 2000; 10: 416–20.
10. **Stapleton H, Kirkham M, Thomas G.** Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. BMJ 2002;324:639-43
11. **Solberg B.** Informerte valg – viktig også for norske gravide. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1346–8.
12. **Statens helsetilsyn.** Legkvinnekonferansen om fødsels- og barselomsorgen. IK-2691.Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
13. **Helse- og omsorgsdepartementet.** En gledelig begivenhet. St.meld.nr. 12 (2008-2009) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.
14. **Helsedirektoratet.** Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Oslo, Helsedirektoratet, 2010.
15. **Helse- og omsorgsdepartementet.**

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

16. **Statens forvaltningstjeneste.** Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. (NOU 2005:3). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 2005.
17. **Innst. S. nr. 300 (2000-2001).** Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap. Det kongelige Sosial- og helsedepartementet, 2001.
18. **Jordmørsenteret får samhandlingsprisen 2009.** www.tromso.kommune.no/jordmørsenteret-faar-samhandlingsprisen-2009.4666526-110070.html (Nedlastet 22.03.12).