

Et trygt fødetilbud

Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner

Heftets tittel: Et trygt fødetilbud - Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner

Utgitt: April 2010

Bestillingsnummer: IS-1803

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling sykehustjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Forord

Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009), *En gledelig begivenhet*, har lagt klare føringer for utvikling av en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg. For at den gravide, fødende og hennes familie skal oppleve møtet med denne delen av helsetjenesten som helhetlig og understøttende har Regjeringen lagt vekt på fem innsatsområder:

- En helhetlig svangerskapsomsorg
- Et trygt fødetilbud
- Et familievennlig barseltilbud
- Kvalitet i alle ledd
- Et bredt brukerperspektiv

Svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge holder svært høy kvalitet i internasjonal sammenheng. Det er likevel flere forhold som taler for at denne delen av helsetjenesten kan forbedres på en del viktige områder. Arbeidet med rapporten *Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner*, er et utgangspunkt for diskusjon om og videre utvikling av fødetilbudet. Dette skal også inngå som grunnlag for utarbeidelse av flerårige helhetlige og lokalt tilpassede planer for fødetilbudet i landets helseregioner sammen med berørte kommuner.

Rapporten er et resultat av en faglig gjennomgang i en bredt sammensatt arbeidsgruppe. Majoriteten av medlemmene i gruppen var fra de fire regionale helseforetakene. I tillegg har KS, brukerorganisasjonene, representanter fra kommunene Tynset og Oslo, samt fagforeninger og fagmedisinske foreninger vært representert i arbeidsgruppen. Helsedirektoratet har hatt sekretariatsfunksjon og ledet arbeidet. I henhold til oppdragsbrev har også Nasjonalt råd for fødselsomsorg vært involvert i arbeidet med rapporten.

Innhold

Forord	4
Innledning	8
Sammendrag	10
1 Arbeidsgruppe	11
2 Regelverk og lovkrav	13
2.1 Faglig forsvarlighet	13
2.2 Internkontroll	13
2.3 Forsvarlig fødselshjelp	13
2.4 Pasienters rett til medvirkning og informasjon	14
2.4.1 Særskilt om keisersnitt	15
2.4.2 Pårørendes rettigheter til medvirkning og informasjon	15
2.5 Fritt sykehusvalg	15
3 Kvalitetsarbeid	17
3.1 Tilsynserfaringer	17
3.2 Klagesaker	17
3.3 Å lære av egne feil	18
3.4 Kvalitetsstrategien	19
3.5 Kvalitetsindikatorer	20
4 Brukererfaring og brukertilfredshet	22
4.1 Informasjon og brukerevaluering	22
4.2 Brukermedvirkning	22
4.3 Behov for tolk	23
4.4 Grupper med særlige behov	23
4.5 Svangerskaps- fødsels- og barselomsorg til kvinner med minoritetsbakgrunn	24
5 Samhandling og helhetlig forløp	25
6 Avtaleverk mellom kommuner og foretak	27
7 Svangerskapsomsorgen	28
7.1 Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling	29
7.2 Krav til kompetanse	30
7.3 System for oppfølging av kravene	30
7.4 Kvalitetsindikatorer	30
7.5 Krav til informasjon og kommunikasjon	30
8 Seleksjon og differensiering	32

8.1	Differensiert fødselsomsorg	32
8.2	Seleksjon	33
8.3	Differensiering	34
8.4	Drift og bemanning av fødeinstitusjoner	34
8.4.1	Fødestue	35
8.4.2	Fødeavdeling	35
8.4.3	Kvinneklinikk	35
8.5	Seleksjonskriterier	35
8.6	Differensiering innad i fødeavdelinger og kvinneklinikker	36
9	Fødestuer	38
9.1	Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling	38
9.1.1	Seleksjon	40
9.2	Krav til bemanning og kompetanse	41
9.3	System for oppfølging av kravene	42
9.4	Kvalitetsindikatorer	42
9.5	Krav til informasjon og kommunikasjon	42
10	Fødeavdeling og kvinneklinikk	44
10.1	Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling	45
10.1.1	Vaktberedskap på fødeavdeling	46
10.1.2	Vaktberedskap kvinneklinikk	46
10.2	Krav til bemanning og kompetanse	46
10.2.1	Fosterovervåking og fosterdiagnostikk	47
10.2.2	Undervisning og praktisk trening	47
10.3	System for oppfølging av kravene	48
10.4	Kvalitetsindikatorer	48
10.4.1	Kvalitetsindikatorer kvinne	48
10.4.2	Kvalitetsindikator nyfødt	49
10.5	Krav til informasjon og kommunikasjon	49
1	Barselomsorgen	50
1.1	Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling	50
1.2	Krav til bemanning og kompetanse	51
1.3	System for oppfølging av kravene	51
1.4	Kvalitetsindikatorer	52
1.5	Krav til informasjon og kommunikasjon	52
2	Følgetjeneste og beredskap	53
2.1	Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling	53
2.2	Krav til kompetanse	54
2.3	System for oppfølging av kravene	54
2.4	Kvalitetsindikatorer	54
2.5	Krav til informasjon og kommunikasjon	54
3	Perinatalkomiteene	55
3.1	Lokal komité på foretaksnivå	55
3.2	Regional perinatalkomite	56
3.3	Nasjonal perinatalkomite	56
4	Medisinsk fødselsregister	57
5	Forslag til informasjon til brukere av tjenesten	58

5.1	Keisersnitt	58
5.2	Smertelindring under fødsel	60
5.3	Igangsettelse av fødsel	61
6	Vedlegg	63
6.1	Oversikt over fødselsutfall 2000 – 2008	63
6.2	Fødedata MFR	64
6.3	Eksempel på melderutiner	65

Innledning

Helsedirektoratet har fått en rekke oppdrag i forbindelse med oppfølging av Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet, om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. I oppdragsbrev både til Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene er det bedt om at man utarbeider kvalitetskrav for fødeinstitusjoner med frist 1.april 2010. Videre er det bedt om at foretakene etablerer system som sikrer at kvalitetskravene følges opp. Rapporten *Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjonene* er svar på den første delen av dette oppdraget. Arbeidet med rapporten har skjedd i et samarbeid mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Brukere, KS, fagmedisinske foreninger og fagforeninger har vært representert og Nasjonalt råd for fødselsomsorg har vært trukket inn i arbeidet.

Ved stortingsbehandling av St. meld. nr. 12 (2008-2009) ble det understreket at inndelingen av fødeinstitusjonene i tre nivåer (kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue) skal opprettholdes og nåværende tallgrenser ønskes opphevet og erstattet med kvalitetskrav. Dette er søkt ivarettatt i rapporten, men samtidig er volumbetraktninger trukket inn der det er påkrevd i forhold til eksempelvis krav til kompetanse. Gjennomgående i rapporten er en forståelse av kvalitet som et sammensatt, men helhetlig begrep. Kvalitet omfatter her både krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse, system for oppfølging av kravene og krav til informasjon og kommunikasjon målt ved relevante kvalitetsindikatorer.

Helsedirektoratet har vurdert innspillene i rapporten og har kommet til at rådene bør legges til grunn i den videre planprosessen mellom regionale helseforetak og kommunene. Dette arbeidet må understøttes av videre utarbeidelse og revisjon av nasjonale faglige retningslinjer. For å implementere kravene vil helsetjenesten måtte organisere og planlegge tilbudet til kvinnene og familiene på en ny måte. Svangerskaps- fødsels- og barseltid er et avgrenset forløp som egner seg godt for en helhetlig tilnærming med helhetlige tjenester, og tjenestenivåene vil måtte samhandle og samordne seg på en bedre måte enn i dag for å møte kravene som stilles til kvalitet.

De regionale helseforetak har fått i oppdrag å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen sammen med berørte kommuner. Planen skal også omfatte svangerskaps- og barselomsorg. Den skal sikre kapasitet i forhold til fødselstall og være i samsvar med utvikling av akuttilbud ved lokalsykehus. Planen skal sikre de fødende i regionen et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Den skal omfatte planer for rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for gynekologer. Hensynet til antall fødende i opptaksområdet, til geografi, kommunikasjonsmuligheter, struktur for lokale jordmørtjenester og følgetjeneste skal vektlegges. Kultur- og språkforskjeller i regionene skal ivaretas. Brukere med relevant kompetanse skal trekkes inn ved utarbeidelse av planen. Helsedirektoratet og Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal ha anledning til å uttale seg om utkastet.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide helhetlige faglige retningslinjer for hele feltet svangerskaps-, fødsel, og barselomsorg. Arbeidet med å oppdatere, utvikle og revidere retningslinjer på hele feltet har oppstart i 2010. På bakgrunn av dette behandles svangerskaps- og barselomsorgen på et overordnet nivå i rapporten *Et trygt fødetilbud*. Det foreligger nasjonale retningslinjer for svangerskapsområdet utgitt av Helsedirektoratet.

Norsk gynekologisk forening har utgitt retningslinjer for fødselsområdet. Når det gjelder barselsomsorgen foreligger det ikke retningslinjer. Helsedirektoratet vil derfor høsten 2010 prioritere å påbegynne retningslinjearbeid for dette feltet. De øvrige to retningslinjer vil revideres planmessig. Over tid vil disse tre retningslinjene sammenstilles og danne en felles nasjonal retningslinje som beskriver et ønsket helhetlig forløp med tilhørende faglige krav og system for oppfølging.

I arbeidet med "Et trygt fødetilbud" ble det nedsatt fire arbeidsgrupper med deltakere fra de regionale helseforetakene, brukerrepresentanter, representanter fra fagmedisinske- og fagforeninger, KS og kommunene Oslo og Tynset. Av praktiske årsaker ble gruppene sammensatt etter regioner, men arbeidet har også omfattet regelmessig møtevirksomhet og felles samlinger. Gruppene ble tildelt ulike arbeidsoppgaver i tråd med oppdragsbrev. Nasjonalt Råd for fødselsomsorg har vært involvert i prosessen dels gjennom konkret representasjon inn i arbeidet men også ved at de i eget møte gjennomgikk et foreløpig utkast til rapporten og har gitt innspill til dette. Innspillene er søkt innarbeidet i siste utkast av rapporten. Utarbeidelse av rapporten har representert et intensivt og krevende arbeid med kort tidslinje. På bakgrunn av at RHF-ene skal utarbeide regionale planer for fødetilbudet sammen med berørte kommuner innen 1. juli 2010 har det vært gjort et intensivt arbeid for å ferdigstille rapporten innen 1. april 2010, slik at rapporten kan brukes i planarbeidet. Helsedirektoratet vil takke arbeidsgruppene og Nasjonalt råd for fødselsomsorg for stort engasjement i en dugnadspreget innsats for å fremstille den endelige rapporten.

Sammendrag

I rapporten Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav til fødeinstitusjoner følges intensjonene i St.meld. nr. 12 (2008-2009) opp med hensyn til en ønsket utvikling av en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg. De beskrevne kvalitetskrav til fødeinstitusjoner vil erstatte nåværende tallgrenser. Rapporten legger til grunn en sammensatt og helhetlig kvalitetsforståelse. Kvalitet er her forstått som en sum av henholdsvis organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse og etablering av et system for oppfølging av kravene. Kvalitet måles ved relevante, foreslåtte kvalitetsindikatorer. Krav til informasjon, kommunikasjon og brukermedvirkning er vektlagt.

I rapporten tydeliggjøres det hva en kvinneklinikk er definert som. Fødeavdelinger vil bli mer robuste enheter dersom man legger rapportens krav til grunn. Dette vil gi et bedre og mer forutsigbart fødetilbud. Arbeidsgruppen anbefaler at det bør være to kategorier fødestuer, jordmorstyrte fødestuer både utenfor sykehus og fødestuer i sykehus. Det er imidlertid vanskelig å kunne støtte etablering eller fortsatt drift av eksisterende forsterkede fødestuer. Generelt påpeker rapporten behov for kompetanseoppbygging og styrking av tjenestene. Det har vært stor enighet i arbeidsgruppene om at kvalitetskrav skal tillegges stor vekt. Det er viktig at helhetlig tankegang og forløps - beskrivelser videreutvikles.

Det bør ikke være et motsetningsforhold mellom et økt fokus på å bevare den normale fysiologiske fødsel, herunder demedikalisering av fødselshjelpen, og det å samtidig ivareta gravide og fødende med behov for avansert overvåking og oppfølging på grunn av tilstander med risiko og mulighet for komplikasjoner.

Oppfølging av kravene i rapporten vil måtte skje som utviklingspregede prosesser over tid der brukermedvirkning bør stå sentralt. Videre vil både geografiske og andre forhold skape ulikhet i den endelige utforming av tilbudene. Ulike demografiske og geografiske forhold skal imidlertid ikke føre til ulike krav til kvalitet i tjenestene.

1 Arbeidsgruppe

Arbeidsgruppen ble nedsatt 18. desember 2009. Arbeidet med rapporten har skjedd i et samarbeid mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Brukere, KS, fagmedisinske foreninger og fagforeninger har vært representert, samt representanter for kommunene Tynset og Oslo. Nasjonalt råd for fødselsomsorg har vært trukket inn i arbeidet. Majoriteten av medlemmene i arbeidsgruppen var fra de regionale helseforetakene. En samlet arbeidsgruppe har hatt to heldagsmøter. I tillegg har gruppeledere og Helsedirektoratet hatt flere telefonmøter. De regionale gruppene har i tillegg til dette selv organisert seg med egen møtevirksomhet. De regionale arbeidsgruppene har også etter behov benyttet eksterne fagpersoner i arbeidet. Rapporten ble ferdigstilt i et arbeidsutvalg bestående av blant annet arbeidsgruppelederne og medlemmer fra Nasjonalt råd for fødselsomsorg.

Arbeidsgruppe Helse Midt-Norge

Tina Eilertsen, Helse Nord Trøndelag/ Helse Midt-Norge, Avdelingssjef kvinne – føde (Gruppeleder) Sykehuset Namsos
Runa Heimstad, Overlege, St Olav / Helse Midt-Norge
Grete Teigland, Avdelingssjef kvinne/føde, Helse Nordmøre og Romsdal / Helse Midt-Norge
Janita Skogeng, Avdelingssjef for Kvinneklinikken, Helse Sunnmøre / Helse Midt-Norge
Anne Sigstad, Ammehjelpen
Kari L Mogstad, Norsk forening for allmennmedisin, fastlege Trondheim
Berit Granheim Karlsen, helsesøster, Landsgruppen av helsesøstre, NSF

Arbeidsgruppe Helse Sør-Øst

Lars Johansen, Seksjonsoverlege, Kvinneklinikken, Sykehuset i Vestfold Helse Sør-Øst (Gruppeleder)
Stine Bernitz, Fag- og forskningsjordmor, Sykehuset Østfold HF/ Helse Sør-Øst
Kristin Brække, Pediatr, Barnesenteret, Oslo universitetssykehus, Ullevål/ Helse Sør-Øst
Stian Westad, Norsk gynekologisk forening, seksjonsoverlege Helse Innlandet/ Helse Sør-Øst
Ingeborg Altern Vedal, brukerrepresentant Nasjonalt råd for fødselsomsorg, Liv laga
Marian Eggen, Avdelingsjordmor fødestua, Sykehuset Innlandet Tynset/ Helse Sør-Øst
Jorunn Kverndalen Frisch, Enhetsleder, Fødeenhet Sykehuset Telemark, Helse Sør-Øst
Kjersti Kellner, Jordmor, Oslo kommune

Arbeidsgruppe Helse Vest

Britt I. Eide, klinikkjef Kvinneklinikken Haukeland, Helse-Bergen/ Helse Vest (Gruppeleder)
Den norske jordmorforening
Kjellaug Fredly, Ass. avdelingssjef, Kvinneklinikken, Førde sentralsjukehus/ Helse Vest
Per E. Børdahl, Klinikkoverlege, Kvinneklinikken Haukeland universitetssykehus/ Helse Vest
Sidsel Petrine Vetås, Seksjonsleder, jordmor, Haugesund sjukehus/ Helse Vest
Astrid Rygh, Overlege, Kvinne- barn klinikken Stavanger universitetssjukehus/ Helse Vest

Arbeidsgruppe Helse Nord

Martin Grønberg, Kst. avdelingsoverlege Kvinneklinikken, UNN HF/ Helse Nord (Gruppeleder)
Randi Erlandsen, Jordmor/sykepleiefaglig leder Helgelandssykehuset HF/ Helse Nord
Anne Jensen, KS, rådgiver
Erja Lilja Perera, Jordmor, Fødsel i fokus
Lise Karin Strømme, Jordmor, Jordmorforbundet NSF

Nasjonalt råd for fødselsomsorg

Christian Bjelke, fagdirektør, Norsk gynekologisk forening, Helse Nordmøre og Romsdal HF

Hilde Beate Gudim, allmennlege, Allmennpraktiserende legers forening, Skui legekantor

Ingeborg Altern Vedal, brukerrepresentant, Liv Laga

Alka Kaur Chawla, brukerrepresentant, Universitet i Oslo

Lena Henriksen, jordmor, Den norske jordmorforening, Oslo universitetssykehus

Astrid E Grydeland Ersvik, helsesøster, Norsk sykepleierforbund, Landsgruppen av helsesøstere

Sigrid Torblå, Norsk sykepleierforbund, Jordmorforbundet, St Olavs hospital

Ellen Blix, jordmor, Den norske jordmorforening, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)

Per Ivar Kaaresen, seksjonsoverlege, Legeforeningen, Norsk barnelegeforening, UNN

Erik Hillesund, rådmann, Kommunenes sentralforbund (KS), Mandal kommune

Daniel Haga, medisinsk direktør Helse Midt-Norge, Legeforeningen

Liv Ellingsen, seksjonsoverlege, Legeforeningen, Norsk gynekologisk forening

Helsedirektoratet

Divisjonsdirektør Hans Petter Aarseth

Prosjektdirektør Cecilie Daae

Rådgiver Bente Bryhn

Seniorrådgiver Jørgen Holmboe

Seniorrådgiver Brit Roland

Faglig rådgiver professor, avdelingsoverlege Pål Øian, Kvinneklinikken UNN HF, Helse Nord

2 Regelverk og lovkrav

2.1 Faglig forsvarlighet

Tidligere lovgivning påla ikke virksomheter i helsetjenesten en uttrykkelig plikt til å drive på en forsvarlig måte. Det forelå imidlertid en ulovfestet generell plikt til forsvarlighet i enhver virksomhet. Gjennom tilsynsloven (1984) ble det forutsatt at tilsynsmyndigheten skulle påse at all virksomhet innen helsetjenesten ble drevet på en forsvarlig måte. Forsvarlighetskravet for spesialisthelsetjenesten er i dag plassert i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2: "Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven, skal være forsvarlige." Det vises også til helsepersonelloven § 16: "Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter."

Bestemmelsen om at helsetjenesten skal være forsvarlig, er en rettslig standardsom beskriver hvilke krav tjenesten må oppfylle ut fra de gitte forutsetninger og hva som kan anses å være gjeldende praksis. Dette innebærer at standarden kan variere over tid, ved at det tilkommer ny kunnskap, ny teknologi eller endrede forutsetninger.

Kravet om forsvarlighet innebærer også forsvarlig organisering av virksomheten. Ledelsen har ansvaret for at driften er organisert på en måte som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Personalet må ha riktig kompetanse, ansvarsforhold må være avklart og forstått, og forsvarlige vaktordninger må være etablert.

2.2 Internkontroll

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten har spesifikk krav til styring og ledelse. Internkontroll handler om virksomhetens interne styring og egen kontroll – "å holde orden i eget hus". Hensikten med internkontroll er å oppnå kvalitetsforbedring som sikrer at virksomhetens oppgaver planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene i lovgivningen. Helselovgivningen for øvrig inneholder regler som regulerer innhold i tjenesten og krav til styring og ledelse. Disse kravene må ses i sammenheng med kravene til internkontroll.

Ledelsen er faglig ansvarlig for alle sider ved virksomheten. I dette inngår ansvar for å sikre at det blir utarbeidet og iverksatt nødvendige prosedyrer og påse at disse er kjent og fulgt, at nødvendig utstyr er tilgjengelig og at ansatte får nødvendig opplæring, faglig oppdatering og etter- og videreutdanning.

2.3 Forsvarlig fødselshjelp

Svangerskap og fødsel er et fagområde hvor faglige avgjørelser har avgjørende konsekvenser og ofte må tas under stort tidspress. Feilvurderinger er unngåelig, men desto viktigere er det at systemet har gode, kjente og aksepterte prosedyrer og rutiner som bidrar til best mulig kommunikasjon, samarbeid og ansvarsfordeling og at dette dokumenteres tilstrekkelig. Bare slik kan antall feilvurderinger og konsekvensene av disse begrenses til et minimum.

Risikoen for uforvarlig fødselshjelp blir først redusert til et minimum når risikoområder avdekkes, feil og nestenfeil rapporteres, uønskete hendelser analyseres, og tiltak som hindrer gjentakelse iverksettes.

Jordmødre og leger har i henhold til helsepersonelloven et selvstendig ansvar for faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Arbeidet skal utføres i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig, jf helsepersonelloven § 4. Plikten til faglig forsvarlig yrkesutøvelse må sees i sammenheng med den plikt helsetjenesten har til forsvarlig virksomhet. Helsetjenesten som tilbys må være faglig forsvarlig, og arbeidsgiver har en plikt til å sørge for at de rutiner som etableres er forsvarlige. Jordmor skal være kvalifisert til å bistå den fødende under alle stadier av en normal fødsel. Et viktig element i all yrkesutøvelse er å kjenne grensene for eget kompetanseområde og vite i hvilke situasjoner det er påkrevd å innhente bistand og eller vurdering eksempelvis fra lege. Hvis det avdekkes ulike oppfatninger eller uenighet mellom helsepersonell, følger det av helsepersonelloven § 4 at legen er tillagt den endelige beslutningsmyndighet når det gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Behovet for kompetanse må sees i forhold til de oppgaver virksomheten skal løse. Det vil derfor være forskjellig i de forskjellige typene fødeinstitusjoner. Systematisk arbeid med å sikre at nødvendig personell er til stede og at de har tilstrekkelig kompetanse, betinger en kartlegging av hvilke behov virksomheten har. Differensiering av fødetilbudet avgjør hvilke oppgaver de forskjellige institusjonstypene skal kunne løse, og dermed også om behovet for forskjellige typer fagpersonell, både kvalitativt og kvantitativt.

Faglig kompetanse omfatter kunnskap om de oppgaver som skal løses og øvelse for adekvat håndtering av ulike situasjoner, herunder beredskap for uventede og kritiske situasjoner. Virksomheten har et løpende ansvar for å sikre at de ansatte til enhver tid har tilstrekkelig kompetanse til å løse de oppgaver virksomheten har ansvar for. Dette forutsetter oppfølging og kontroller av om de tiltak som er iverksatt er tilstrekkelige. Det forutsetter videre at virksomhetens ledelse har ansvar for å legge til rette for opprettholdelse av nødvendig kompetanse blant personalet.

Det må forventes at institusjonene har et fokus på oppdatering og vedlikehold av kunnskap og til enhver tid bestreber seg på å følge gjeldende faglige anbefalinger innenfor fagfeltet, herunder at det er en overordnet styring og kontroll med det faglige innholdet i tjenesten. Det vises i denne sammenheng til relevante bestemmelser i internkontrollforskriften § 4 c, d, f, g og h i tillegg til forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.¹

2.4 Pasienters rett til medvirkning og informasjon

Pasientrettighetsloven § 3-1 presiserer pasientens rett til å medvirke ved gjennomføring av alle former for helsehjelp. Dette innebærer rett til medvirkning ved valg av forebyggende, diagnostiserende og behandlende helsehjelp. Den gravide har rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Retten til medvirkning forutsetter at leger og jordmødre gir kvinnen informasjon.

Kvinnen har rett til å få informasjon om egen helsetilstand og om den helsehjelpen hun mottar, det vil si informasjon om behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse.

1

http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/internkontroll_i_sosial_og_helsetjenesten_2547

Helsepersonell skal også informere kvinnen om mulig risiko og bivirkninger ved helsehjelpen, jf § 3-2. Informasjonen må være god nok til at kvinnen har et tilstrekkelig grunnlag for å medvirke og ta valg om egen helse. Informasjonen skal tilpasses den gravides forutsetninger. Det betyr at informasjon skal tilpasses hennes alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn.

Kvinnen skal få nok informasjon til å treffe de beslutningene som er riktige for henne, basert på tilgjengelig kunnskap, sammenholdt med hennes holdninger, verdier og preferanser. Det betyr at kvinnen skal oppleve seg informert, veiledet og ivaretatt med en opplevelse av tilstrekkelig medvirkning når valg av behandlingsmåte skal treffes, herunder valg om smertelindring og forløsningsmetode.

2.4.1 Særskilt om keisersnitt

I tilfeller hvor spørsmålet om keisersnitt aktualiseres, skal helsepersonellet gi informasjon om hva keisersnitt innebærer, risiko og andre forhold som kan ha betydning for den faglige forsvarlighetsvurderingen. Helsepersonellet er ansvarlig for at helsehjelpen som ytes er forsvarlig, og det er helsepersonellet som tar den endelige beslutningen om å utføre keisersnitt eller ikke. Det skal gode faglige grunner til for å velge keisersnitt. Ved helsepersonellens vurdering skal pasientens ønsker tillegges vekt men likevel slik at hensynet til faglig forsvarlighet er avgjørende.

Kvinnen kan altså som utgangspunkt ikke *kreve* keisersnitt som forløsningsmetode. Kvinnen skal samtykke til keisersnitt.

2.4.2 Pårørendes rettigheter til medvirkning og informasjon

Pasientrettighetsloven § 3-3 gir pasientens nærmeste pårørende rett til informasjon og medvirkning. Pasienten, eller kvinnen, skal samtykke til dette. En partner, eller pårørendes involvering, informasjon og medvirkning er altså betinget av kvinnens samtykke og ønske om dette. Når barnet er født, har juridisk far eller medmor rettigheter i forhold til barnet.

2.5 Fritt sykehusvalg

Fritt sykehusvalg er hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-4 og gir den enkelte pasient som blir henvis til vurdering, undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten rett til å velge behandlingssted, herunder fødested. Som hovedregel kan kvinnen altså selv velge hvor hun vil følges opp i svangerskapet, og hvor hun ønsker å føde. Om kvinnen ønsker å føde på fødestue eller fødeavdeling må baseres på et aktivt valg, og besluttes av kvinnen selv.

Pasienten selv kan imidlertid ikke fritt velge behandlingsnivå. Det vil si at retten til fritt sykehusvalg ikke innebærer en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for. Rapporten viser til kapittel 8 når det gjelder seleksjonskriterier.

Selv om de fødende i utgangspunktet har rett til å velge fødested, kan sykehusene imidlertid avvise pasienter fra andre bostedsregioner som benytter retten til fritt sykehusvalg, når de må prioritere pasienter fra egen bostedsregion.

Rett til fritt sykehusvalg oppstår i forbindelse med planlagt undersøkelse og behandling, det vil si når en pasient blir henvist til sykehus av en fastlege/allmennpraktiserende lege eller legespesialist. I øyeblikkelig hjelp situasjoner hvor pasienten har behov for behandling umiddelbart, har pasienten ikke rett til å velge sykehus. Pasienten får imidlertid rett til å velge sykehus når den akutte situasjonen er over.

Retten til å få helsehjelp ved et bestemt sykehus gjelder bare så langt dette sykehuset har kapasitet til å yte hjelpen. Primærhelsetjenesten bør bidra til formidling av informasjon om fødetilbudet og pasientens rettigheter. Sykehus som ikke har kapasitet til å gi et tilbud til alle som ønsker det, har også et ansvar for å legge til rette og informere primærhelsetjenesten om situasjonen, slik at den kan hjelpe kvinner med å foreta et hensiktsmessig valg.

3 Kvalitetsarbeid

3.1 Tilsynserfaringer

Alle virksomheter som yter helsetjenester, har etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 plikt til å etablere systematiske tiltak som sikrer at virksomheten planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Statens helsetilsyn velger hvert år ut enkelte områder for et samordnet landsomfattende tilsyn i helsetjenesten eller sosialtjenesten. Slike tilsyn gjennomføres som systemrevisjoner, der formålet er å vurdere hvordan virksomhetene ivaretar ulike myndighetskrav gjennom sin internkontroll. En systemrevisjon gjennomføres ved gransking av dokument, ved intervju og verifikasjoner. Verifikasjoner er stikkprøver for å undersøke om prosedyrer, instruksjoner og rutiner blir fulgt i praksis og om fysiske forhold tilfredsstiller myndighetskrav.

I 2004 ble det gjennomført et landsomfattende tilsyn med i alt 26 små og store fødeinstitusjoner i alle lændets helseregioner. Helsetilsynet hadde fire hovedtema:

- Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner
- Overvåkning og oppfølging av noen utvalgte tilstander
- Håndtering av akutte situasjoner
- Læring og forbedring

Ved noen av fødeinstitusjonene ble det avdekket uklare styringslinjer og ansvarsfordeling. Dette gjaldt både ved store fødeavdelinger og ved mindre fødeinstitusjoner. Det ble flere steder beskrevet to atskilte ansvarslinjer, en jordmorfaglig og en medisinskfaglig. Det manglet en beskrivelse av hvordan faglige retningslinjer ble utarbeidet og iverksatt, og det ble avdekket mangelfull faglig samhandling mellom jordmorgruppen og legegruppen. Etter Helsetilsynets vurdering kan slike uklare ansvarslinjer få uheldige konsekvenser for den daglige driften og i verste fall skape utrygge situasjoner der fødselsforløpet avviker fra det normale.

Helsetilsynet har avdekket at fødeinstitusjonene i ulik grad ivaretar kravet om å sikre at jordmødre og leger får nødvendig opplæring og etter- og videreutdanning. Forholdene synes bedre tilrettelagt for leger enn for jordmødre. Det er ulikt i hvilken grad fødeinstitusjonene sikrer at medarbeidere har tilstrekkelig øvelse i å håndtere vanskelige og akutte situasjoner.

Helsetilsynet fant store variasjoner i hvilken oversikt de ulike fødeinstitusjonene hadde over resultat i egen virksomhet. Det er ikke tilfredsstillende at så få institusjoner har oversikt over egne resultat og i så liten grad bruker slike opplysninger til analyse og forbedring av tjenestene.

3.2 Klagesaker

I perioden 2003-2006 behandlet Helsetilsynet i fylkene i alt 274 saker innen fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer. 33 saker ble oversendt Statens helsetilsyn fordi

Helsetilsynet i fylket vurderte at det forelå brudd på lovbestemmelser. Det ble gjennomført en analyse av disse sakene, samt 15 utvalgte saker fra tre fylker.²

Gjennomgangen avdekket svikt på enkelte sentrale områder

Svikt i kommunikasjon og samarbeid

Kommunikasjonen mellom jordmor og lege sviktet ved at det ble gitt uklare beskjeder eller at det var uklart når jordmor skulle tilkalle lege

Uklare ansvarsforhold

Uklart hvem som hadde ansvaret for overvåkning ved risikofødsel
Jordmor tok ansvar for kompliserte fødsler i strid med interne retningslinjer

Kompetansesvikt

Manglende kunnskap om fosterovervåkning
Manglende innsikt i nasjonale retningslinjer ved kompliserte fødsler
Manglende etterlevelse av prosedyrer ved fødselskomplikasjoner

Svikt i organisering av virksomheten

Manglende opplæring i fosterovervåkning
Manglende informasjon til legevikarer
Mangelfull instruks for "ansvarshavende jordmor"
Ufullstendig kommunikasjon ved overflytting av pasient

Samlet sett viste denne og tidligere oppsummering av tilsynssaker at det svikter i organisering og ledelse, altså særlig på de punkter der internkontrollen angir kravene.

3.3 Å lære av egne feil

I Norge er det ca 60.000 fødsler per år. Norsk fødselsomsorg holder høy standard i internasjonal sammenheng. En fødsel er i utgangspunktet en fysiologisk prosess, men det står ikke i motsetning til at det kan oppstå dramatiske situasjoner som krever raske beslutninger og handling. Enkelte ganger skjer det svikt eller feil i overvåking og behandling av gravide og fødende, og det som er viktig er at fagmiljøene prøver å lære av dette.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) ble etablert i 1988 og siden den gang har ca. 47.000 pasienter eller pårørende krevd erstatning. Det er fattet vedtak (medhold eller avslag) i ca 36.000 saker og det er utbetalt til sammen 5,4 milliarder kroner i erstatning. Saker innen området fødselshjelp (skade på barn eller mor) utgjør 4 prosent av sakene i NPE, men står for 20 prosent av erstatningsbeløpene som utbetales. Innenfor fødselshjelpen har det totalt vært omtrent 1500 saker som gjelder skade på barn eller mor. Medholdsandelen i disse sakene er ca. 28 prosent og samlede erstatningsutbetalinger ca 1 milliard kroner.

Høsten 2005 tok Norsk gynekologisk forening (NGF) kontakt med NPE for å drøfte et samarbeid med tanke på læring når det gjelder disse sakene. Det ble besluttet å nedsette en samarbeidsgruppe med representanter fra NGF og NPE.³

² Johansen BJ, Braut B, Schou P. Uheldige hendelser på fødeavdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2007

³ Tidsskriftet (Jørstad RG, Thomsen MW, Foynt T, Hagen B, Øian P, Eraker R. Norsk pasientskadeerstatning – en kilde til læring. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 760-2)

I NPE ligger det et stort materiale som bør brukes i kvalitetsutviklings-, skadeforebyggings- og pasientsikkerhetsarbeid. Det er tankevekkende at dette arbeidet ikke har blitt tillagt mer vekt i helsevesenet. Området fødselshjelp er særlig illustrerende i så måte fordi skadene ofte blir så omfattende og kostnadene for samfunnet tilsvarende store. Sakene innen fødselshjelp vekker ofte stor medieoppmerksomhet. Den enkelte sak er ofte en stor belastning for de involverte, både for familiene og for helsepersonell. Det er all grunn til å bruke det materialet som ligger i NPE på en mer systematisk måte i den hensikt å dra lærdom og starte forbedringsarbeid, og dette er nå startet. Alle saker hvor det blir fattet vedtak om medhold eller avslag blir kartlagt etter årsak til skade/svikt i 9 hovedgrupper:

1. Svikt i bruk av teknologi (eks CTG, STAN)
2. Svikt i bruk av medikamenter (eks oxytocin, trombose/infeksjonsprofylakse)
3. Svikt i bruk av etablerte rutiner/retningslinjer
4. Manglende rutiner/retningslinjer
5. Manglende opplæring/kompetanse
6. Manglende tilkalling av kompetent personale
7. Manglende kommunikasjon
8. Manglende organisering av virksomheten
9. Samtidighetskonflikter

Materialet som ligger i Norsk pasientskadeerstatning og i Statens helsetilsyn bør brukes aktivt i et kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid.

3.4 Kvalitetsstrategien

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...*Og bedre skal det bli!* (2005-2015) ble gitt ut i 2005. Dette er en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring. Denne bygger på en erkjennelse av at utøverne i sosial- og helsetjenesten har høye faglige kvalifikasjoner og sterk motivasjon. Samtidig vet man at systemene og rammene man arbeider innenfor ikke alltid gir de beste forutsetninger for god kvalitet.

Hva er kvalitet? Kvalitetsbegrepet kan defineres på mange måter og vil også være avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatning. I den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring har man valgt å gi kvalitetsbegrepet et konkret innhold som både bygger på samfunnets føringer, som oppfyller lovverkets krav og hva som ut fra et faglig perspektiv gir best mulig tjenester til brukerne. Det uttrykkes at god kvalitet omfatter at tjenestene:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt
- God ledelse er en forutsetning

Kvalitetsstrategien peker på god ledelse som en forutsetning for å oppnå kvalitet i tjenestetilbudet. Det understrekes at arbeid med kvalitet ikke skal komme i tillegg til de daglige oppgavene, men bør være en integrert del av daglig drift. Utvikling og forbedring av kvalitet forutsetter derfor tydelige føringer, avklarte roller og god ledelse. Man må hele tiden forsøke å utnytte den beste tilgjengelige kunnskapen, undersøke om det man gjør faktisk bidrar til å nå mål, og være beredt til å endre kurs hvis målene ikke nåes. Brukernes behov og ønsker understrekes når tjenesten skal evalueres og forbedres.

De siste femti årene har kvalitetsarbeid utviklet seg fra å ha fokus på å sikre kvalitet, til et fokus på kontinuerlig utvikling og forbedring. I Kvalitetsstrategien presenteres enkle modeller for systematisk forbedringsarbeid. Man har eksempelvis *Demings sirkel*, bestående av fire hovedelementer: Planlegge, utføre, kontrollere og korrigere. Forbedringsarbeid stiller krav til den kulturen som eksisterer på arbeidsplassen, og det må være vilje og rom til kritisk refleksjon rundt egen og andres praksis. Videre er det helt nødvendig at det settes av tid og ressurser til arbeidet. I kvalitetsstrategien presenteres konkrete forslag til hvordan slik kritisk refleksjon kan skje i form av blant annet møteplasser og etterutdanningsgrupper.

Kvalitet skapes i møtet mellom utøver og bruker og må omfatte følgende elementer, som er gjennomgående i kvalitetsstrategien: *Faglig gode tjenester levert på en menneskelig sett god måte i et system som fremmer helhet*. I dette er også brukeren en sentral og nødvendig premisseleverandør for å sikre og utvikle god kvalitet.

Hvordan gjør man dette? I nært samarbeid med tjenestene har man i Kvalitetsstrategien fått tydeliggjort følgende innsatsområder som spesielt bør være i fokus:

- Styrke brukeren
- Styrke utøveren
- Forbedre ledelse og organisasjon
- Styrke forbedringskunnskapenes plass i utdanningene
- Følge med og evaluere tjenestene

Disse områdene er valgt ut fordi tiltak her både samlet og hver for seg vil bidra til tjenester av god kvalitet. Kvalitetsstrategien lister opp konkrete anbefalinger og aktuelle tiltak.⁴

3.5 Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer er en av flere metoder som benyttes for å overvåke og dokumentere kvaliteten i helsetjenesten. Det er et helsepolitisk mål å videreutvikle det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet slik at det blir et sett av overordnede nøkkeldata for praksis og kvalitet i helsetjenesten. De senere årene har interessen for monitorering ved bruk av kvalitetsindikatorer økt betraktelig. Dette gjelder ikke minst i forbindelse med system for evaluering av sykehussektoren men også primærhelsetjenesten har hatt et betydelig økt fokus på dette. Det er videre en målsetting å finne gode indikatorer som kan anvendes i et samhandlingsperspektiv. Det er særdeles viktig at indikatorene gir grunnlag for å motivere aktørene og at de har god faglig forankring.

Kvalitetsindikatorer er målbare variabler som skal si noe om komplekse fenomener, som i seg selv er vanskelig å måle. Kvalitetsindikatorer som benyttes for å følge med på helsetjenestens kvalitet knyttes gjerne opp mot vurderinger av om bestemte krav eller standarder er oppfylt. Dette kan for eksempel gjøres gjennom normative beslutninger, ved kunnskapsbaserte kvalitetsstandarder, eller ved å foreta sammenligninger med andre. Det er vanlig å inndele kvalitetsindikatorer etter hvilket hovedfokus de beskriver eller dekker eksempelvis hovedkategorier som *strukturmålfokus* (på forhold som helsesystemets kapasitet, personalets kompetanse, utstyr, teknologi), *prosessmålfokus* (på gjennomføring av utredning og behandling, pasientflyt, koordinering samhandling) og *resultatmålfokus* (på behandlingsresultat for individ eller grupper av pasienter). Vanlig beskrevne dimensjoner for kvalitetsmålinger vil være effekt, sikkerhet, tilgjengelighet, pasientorientering, likeverd og effektivitet. Med andre ord gjenspeiler de idealene i kvalitetsstrategien godt.

Det foreligger ulike kriterier for å velge ut indikatorer som eksempel nytteverdi, relevans, vitenskapelig holdbarhet og gjennomførbarhet. De bør også være meningsbærende og

⁴ <http://www.helsedirektoratet.no/vp/Ece2PortalUrl?articleId=2913>

forståelige, allment akseptert, velkjente og faglig velbegrunnet og forankret. For å velge ut og utvikle gode kvalitetsindikatorer bør man gjennomføre en systematisk prosess der man velger ut klinisk område for evaluering og organiserer en konsensusgruppe. Deretter er det viktig å fremstille en oversikt over eksisterende kunnskapsgrunnlag og praksis, velge ut kliniske indikatorer og standarder, utforme indikator - spesifikasjoner og utføre pilottesting før kvalitetsindikatorene settes i daglig og nasjonalt bruk.

De foreslåtte kvalitetsindikatorene som presenteres i kapittel 10 sammenfaller i stor grad med det som er gjennomgått og dokumentert i Det Danske Nationale Indikatorprosjektet (januar 2010) som har en vitenskapelig forankring.⁵ Det er behov for raskt å utvikle og videreutvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for svangerskaps-, fødsels- og barselsområdet også i Norge. På bakgrunn av at utvikling av gode kvalitetsindikatorer krever en grundig prosess, vil de foreslåtte kvalitetsindikatorene i denne rapporten måtte være gjenstand for videre arbeid og vurdering.

⁵ <http://www.nip.dk/forside/aktuelt/f%c3%b8dsler>

4 Brukererfaring og brukertilfredshet

4.1 Informasjon og brukerevaluering

Helsedirektoratet vil utarbeide helhetlig og overordnet informasjon til gravide og småbarnsforeldre. Informasjon vil bli tilgjengelig på nett samt bli utgitt i trykket versjon. Den vil også være tilgjengelig for de største språkgruppene som er representert i Norge. Helsedirektoratet vil i løpet av 2010 lansere et samlet nettsted med offentlig informasjon fra helsemyndighetene rettet mot gravide, fødende, ammende og deres partnere.

Kommuner og helseforetak bør i fellesskap lage informasjon til kvinner og deres partnere om den regionale og lokale organisering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen og om hva innholdet i tjenestene omfatter. På denne måten kan brukerne danne seg realistiske forventninger. Arbeidsgruppen har utarbeidet forslag til generell informasjon til brukerne om keisersnitt, smertelindring og igangsettelse av fødsel, se kapittel 15. Det er foreslått av arbeidsgruppen at Helsedirektoratet utarbeider en mal der lokal informasjon kan settes inn.

På oppdrag fra Helse – og omsorgsdepartementet planlegges det nå en nasjonal "temaundersøkelse" ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Denne undersøkelsen kan danne grunnlag for brukerevaluering med anbefalinger i forhold til forslag om forbedringer. Hovedformålet med nasjonale brukererfaringsundersøkelser er å fremskaffe systematisk informasjon om brukernes erfaringer med helsetjenesten, som ledd i å kvalitetssikre og forbedre tjenestene. Resultatene skal også kunne brukes til virksomhetsstyring og som grunnlag for fritt sykehusvalg.

4.2 Brukermedvirkning

I snever forstand er bruker innen svangerskaps- fødsels- og barselomsorg den gravide/fødende og hennes barn. På dette området vil imidlertid også partner, familien og befolkningen for øvrig ha interesser. Med et slikt bredt brukerperspektiv finnes det en rekke organisasjoner som representerer brukere og pasienter som kan trekkes inn ved planleggingsarbeid.

Regionale helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter. Når de regionale helseforetakene utformer årlige planer, skal man i henhold til helseforetaksloven sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utforming av planen. Regjeringen legger vekt på sterk brukermedvirkning ved utvikling av helsetjenesten. I Nasjonal helseplan (2007-2010) ble det foreslått å legge til rette for medvirkning fra brukere og pårørende. En sterkere brukerrolle er en av de seks bærebjelker som i planperioden skal prege alle typer helsetjenester.

Brukerperspektivet er nødvendig i planlegging og utvikling av en god og tilpasset helsetjeneste. Når det gjelder brukere i svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen ønsker familiene seg kontinuitet og færre personer å forholde seg til i denne fasen av livet. For de aller fleste er dette en positiv hendelse i livet med fravær av sykdom. Kvinner og partnere påpeker i mange sammenhenger hvor viktig det er å møte helsepersonell som ser og lytter

og som tilpasser og utformer individuell hjelp ut fra en dialog med hver enkelt.⁶ Kvinnens opplevelse av egen helse og forståelse av situasjonen har betydning for hvordan hjelpen og støtten gis.

Arbeidsgruppen mener at i tillegg til den generelle kunnskapen om brukernes behov og ønsker er det nødvendig å innhente lokal informasjon. Det kan jevnlig gjennomføres regionale eller lokale brukerundersøkelser og konferanser. Organisasjoner som representerer brukere av svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg bør trekkes inn i relevante fora.

Brukermedvirkning for den enkelte, blant annet når det gjelder å medvirke til valg mellom likeverdige behandlingsformer, er en lovfestet pasientrettighet. Brukermedvirkning forutsetter at det er gitt tilstrekkelig informasjon slik at den det gjelder kan foreta et gjennomtenkt valg. Valgene baseres på relevant informasjon om fordeler og ulemper i tilknytning til konkrete alternativer. For gravide, fødekvinner og deres partnere er det en rekke beslutninger som skal tas, for eksempel om fødested og smertelindring. Å legge til rette for tilstrekkelig og lett tilgjengelig informasjon bidrar til at kvinnene selv kan få kontroll og ta valg i forhold til viktige deler av behandlingen hun mottar. Tilstrekkelig og god informasjon bidrar til at kvinnene kan motta hjelp på egne premisser og gir en opplevelse av å bli respektert og inkludert i vurderinger og valg. Ved medvirkning til valg vil kvinnen og partneren oppleve anvendelse av egne ressurser, myndiggjøring og mestring. En myndiggjort bruker er også nødvendig for at reel brukermedvirkning skal finne sted.

4.3 Behov for tolk

Kvinnene skal få informasjon og kunne kommunisere med helsepersonell. Uavhengig av bakgrunn eller språkkunnskap har kvinnene behov for å bli møtt og forstått. Det er viktig at tjenesten har et tilrettelagt system for bruk av kvalifisert tolk. Kvaliteten på tjenesten er avhengig av at mottaker oppfatter informasjonen som gis og kan gi uttrykk for egne ønsker og behov. I møte med pasienter med annen kulturbakgrunn som har behov for tolkehjelp er det viktig å forsikre seg om at det som kommuniseres når frem til mottaker. I møte med pasienter med annen språkbakgrunn bør det også tas høyde for ulike forståelser, behov og forventninger. Kvinnens opplevelse av trygghet og respekt er avhengig av at kommunikasjonen fungerer mellom helsetjenesten og brukere. Opplæring i bruk av tolk og tolketjeneste av god kvalitet er nødvendige forutsetninger for å få dette til.

4.4 Grupper med særlige behov

Det er et overordnet helsepolitisk mål å redusere ulikhet i helse i befolkningen, og et tilpasset og målrettet tilbud til grupper med spesielle behov er ledd i nå dette målet. Det er også et mål å prioritere de pasientgruppene som trenger det mest. Dette innebærer å prioritere tiltak for å sikre et godt og tilpasset tilbud til kvinner med påvist risiko og spesielle behov. Dette gjelder for eksempel asylsøkere og flyktninger, tenåringsgravide, kvinner med rusproblemer, gravide som røyker, gravide i legemiddelassistert rehabilitering, gravide med kroniske sykdommer og tidligere svangerskapskomplikasjoner, gravide med funksjonshemminger, kvinner som har vært utsatt for overgrep, gravide med fødselsangst og psykiske lidelser. Kontinuitet i tilbudet som gis gravide og fødende er viktig for den enkelte uavhengig av behov for spesiell oppfølging eller ikke, men for de ovennevnte gruppene er en helhetlig svangerskaps- fødsels- og barselomsorg ekstra viktig.

Gravide og fødende med behov for spesialisthelsetjenester følges opp av spesialisthelsetjenesten, men omsorg for gravide med spesielle medisinske eller psykososiale behov for oppfølging krever ofte tverrfaglig tilnærming. Gode tjenester til slike

⁶ [Legkvinnerapporten](#), Statens helsetilsyn og Norges forskningsråd 1999

grupper krever at tjenestenivåene kommuniserer godt, fordi kvinnene ofte trenger spesiell oppfølging både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan det være aktuelt å involvere og kommunisere med andre etater, som barnevern og arbeids- og velferdsetaten. Helsetjenesten har ansvar for å samarbeide og kommunisere med andre relevante tjenester. De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for organisering av tjenestene innen foretaket. Ansvarer innebærer også å tilrettelegge for kommunikasjon og samordning med andre relevante tjenester.

4.5 Svangerskaps- fødsels- og barselomsorg til kvinner med minoritetsbakgrunn

Helsetjenesten skal sikre likeverdige helsetjenester til alle befolkningsgrupper, uavhengig av deres sosiale, kulturelle og religiøse tilknytning og bakgrunn. Som gruppe er ikke kvinner med innvandrerbakgrunn eller minoritetsbakgrunn en homogen gruppe. Noen har behov for spesiell tilpasning av tjenestene, for eksempel tolkehjelp. Hvorvidt kvinnen har særskilte behov er avhengig av individuelle forskjeller. Helsetjenesten har erfaring med at enkelte utfordringer knyttet til minoritetsbakgrunn kan skape problemer i kommunikasjon og tjenesteyting. Likeverdige og forsvarlige helsetjenester kan kreve egen tilrettelegging og styrking for å kunne yte god helsehjelp til alle deler av befolkningen, inkludert befolkningen med minoritetsbakgrunn.

Svangerskaps- og fødselsomsorgen bør sikres nødvendig kompetanse for å møte ulike behov i befolkningen. Enkelte grupper har bestemte risikoprofiler. Gravide med bakgrunn i land med høy forekomst av kjønnslemlestelse har behov for å bli fulgt opp av tjenesteytere med kompetanse på dette. Enkelte befolkningsgrupper har også eksempelvis høyere risiko for sykdom, som diabetes og svangerskapsdiabetes. Retningslinjene for svangerskapsomsorgen inkluderer retningslinjer knyttet til befolkningsgrupper med særskilte behov, inkludert befolkningen med høyere risikoprofil og angir tiltak i forhold til oppfølging.

5 Samhandling og helhetlig forløp

Samhandlingsreformen tar sitt utgangspunkt i at samfunnet står overfor store helsemessige, samfunnsmessige og økonomiske utfordringer. I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid* pekes det på problemstillinger som også er kjente utfordringer innen svangerskaps- og fødselsomsorgen. Et illustrerende eksempel på fragmenterte tjenester er at kvinnen som gravid og følges opp i kommunehelsetjenesten, føder i spesialisthelsetjenesten og har størsteparten av barseltiden i kommunehelsetjenesten. Majoriteten av kvinnene har tilnærmet normale forløp, er friske og føder friske barn. Det er en normal livshendelse å være gravid og føde barn og pasientrollen passer ikke på alle gravide. Gode forløp skal bidra til å unngå at brukerne faller mellom to stoler. Samhandlingsreformen påpeker fem hovedgrep for å møte utfordringene.

Hovedsakene i samhandlingsreformen er:

- Klarerere pasientrolle: Når det gjelder fasen som omfatter svangerskaps-, fødsels- og barseltid så er det et tydelig og avgrenset forløp hvor det er behov for koordinerte tjenester. Kvinnen og hennes partner har en tydelig rolle hvor brukermedvirkning, deltagelse, engasjement og involvering er naturlig.
- Ny fremtidig kommunerolle. Reformen antyder en endret kommunerolle i forhold til forebyggende tjenester og kommunen har ansvar for helhetlig tenkning slik at tilbud til brukerne/pasientene ivaretas. Oppgave- og arbeidsfordeling mellom nivåene avklares i beskrivelsen av de ulike forløp.
- Etablering av økonomiske insentiver skal understøtte den ønskede oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger.
- Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse. Denne tankegangen er veletablert i fødselsomsorgen da seleksjon av fødekvinne til et riktig differensiert nivå er en viktig oppgave i svangerskapsomsorgen. Kvinner med risikosvangerskap og spesielle behov skal ha sin oppfølging med fødsel og barseltid på riktig nivå.
- Tilrettelegge for tydelige prioriteringer er en utfordring også i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Å legge til rette for at familier som venter og får barn blir i stand til hjelp til selvhjelp med lett tilgjengelig lavterskeltilbud må ikke konkurrere med kvinner og barn som har behov for spesialiserte tilbud.

Hovedgrepene i reformen suppleres også med forslag om tiltak knyttet til utvikling av IKT - systemer, utvikling av forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer. Forutsigbare og koordinerte forløp i tråd med blant annet samhandlingsreformen krever en fleksibel jordmortjeneste som kan fungere på begge nivåer i samarbeid med aktuelle grupper helsepersonell.

For å sikre god samhandling og helhetlige forløp er det viktig å etablere systemer som sikrer effektivt tverrfaglig samarbeid og god utveksling av informasjon. Det er viktig å sikre overgang mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Alle aktører må være tilknyttet Norsk helsenett. Felles utvikling av standardiserte pasientforløp med gode rutine- og prosedyrebeskrivelser er nyttige hjelpemidler som bør utvikles og brukes.

Det er viktig å skape og utvikle samarbeidsarenaer og samarbeidsavtaler mellom profesjoner og mellom tjenestenivåene. Tverrfagligheten må sikres i faste samarbeidsfora.

Etablering av systemer som omfatter både elektronisk helsekort, føde- og barseljournal er sentrale virkemidler for god samhandling. Melding om fødsel og hjemreise til helsestasjon og fastlege er svært viktig for å kvalitetssikre overgangen fra føde - eller barselavdeling til hjemmet. Denne må være standardisert og utsendt på hjemreisetidspunkt.

Det er en utfordring å kunne sikre likeverdig omsorgstilbud til kvinner og familier, uavhengig av hvor de føder og ut fra den enkeltes spesielle behov, men gjennom systemer for samhandling, arenaer, avtaler og møteplasser vil tjenestene for den enkelte kunne tilpasses og oppleves som hensiktsmessige med god kvalitet.

6 Avtaleverk mellom kommuner og foretak

Som oppfølging av Nasjonal helseplan ble det i 2007 undertegnet en nasjonal rammeavtale for samhandling mellom kommunenes helse- og omsorgstjenester og helseforetakenes spesialisthelsetjenester. Avtalen er undertegnet av Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Rammeavtalen legger eksisterende overordnede ansvars- og organisasjonsstrukturer til grunn. Partene er enige om å arbeide innenfor de målene som er skissert i avtalen foreløpig fram til 21. juni 2010. I følge avtalen skal arbeidet evalueres årlig av partene i forbindelse med konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren. Dersom samarbeidet og resultatene ikke blir vurdert som tilfredsstillende av en av partene, kan vedkommende bryte samarbeidet etter en rimelig forhåndsvarsling. Målet for avtalen er blant annet å sikre brukere et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Blant de områder som nevnes er svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Avtalen understøttes ved inngåelse av lokale samhandlingsavtaler..

Det foreligger allerede overordnede samarbeidsavtaler mellom kommunehelsetjenesten og de regionale helseforetakene. Innenfor disse er det imidlertid viktig med tydeligere rammer og prinsipper for organisering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Det mangler et system og avtaler som sikrer et helhetlig svangerskaps-, barsel- og fødselstilbud i ulike helseregioner og kommuner og som gir likeverdige og rettferdig fordelte tjenester. Dette gjelder først og fremst tilgangen på tjenestene og ulike typer fagfolk (jordmødre/ fastleger/ spesialisthelsetjenesten/ helsesøstere).

Oppdraget til det regionale helseforetak om å etablere flerårige helhetlige og lokalt tilpassete planer for fødetilbudet i regionene sammen med berørte kommuner er et tiltak for å skape gode rammer for videre samhandling og utvikling. Det er anført at planene skal omfatte svangerskaps- fødsels- og barselomsorg. Det skal inngås avtaler mellom helseforetak og kommuner som sikrer felles og god utnyttelse av jordmorressursene som blant annet kan legge til rette for helhetlige pasientforløp. Avtalene skal omfatte beredskap for følgetjenesten. En god utnyttelse av ressursene kan oppnås ved samarbeidsavtaler, både interkommunale og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Her må regionale hensyn som geografi, kommunestørrelse og tilgang på personell ivaretas. I områder med lavt befolkningsgrunnlag bør man se på mulighetene for å utnytte personellressurser på tvers av kommune – og spesialisthelsetjenesten og mellom kommuner. Ved endret samhandling kan det ligge muligheter for bedre tilgang på tjenester uten vesentlig endring i ressursbruk. Samhandlingsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten bør omfatte gjensidig kompetanseoppbygging og kompetanseutveksling. Det finnes gode eksempler på allerede inngåtte avtaler. Vi viser til RHF-enes hjemmesider samt i St. meld. nr. 12 (2008-2009) for nærmere beskrivelser av dette.

Samhandlingsreformen vil understøtte utvikling av samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak. Oppfølging av reformen vil også omfatte en gjennomgang og oppdatering av lovverk som vil kunne bidra til bedre samhandling og mer avklarte ansvarsforhold.

7 Svangerskapsomsorgen

Differensiert fødselsomsorg omfatter fødetilbud på ulike nivåer slik at kvinner utvelges til riktig sted for oppfølging avhengig av en vurdering i forhold til risiko for kvinnen og barnet. Differensiering av fødselsomsorg og seleksjon har konsekvenser for svangerskapsomsorgen. Kvinner skal ha individuelt tilpasset fødselshjelp, og svangerskapsomsorgen må derfor også tilpasses kvinnens tilstand og ønsker og dette skal tillegges stor vekt. Seleksjon vil si utvelgelse av gravide til det fødetilbudet som er best tilpasset kvinnen og fosterets behov. Dette er krevende og oppmerksomhet på kvinnens behov og ønsker er sentralt. Kjennskap til fødestedets tilbud og organisering skal kommuniseres med kvinnen og hennes partner og forberedelse til fødselen starter på første svangerskapskonsultasjon. Helhetlig omsorg, der svangerskaps- og fødselsomsorgen fremstår som en helhetlig kontinuerlig tjeneste, vil bidra til at kvinnene blir tryggere, er bedre forberedt og har positive forventninger til fødselen. Dette er spesielt viktig i forhold til førstegangsfødende og for kvinner som har vonde fødselsopplevelser bak seg. Kvalitet i svangerskapsomsorgen virker forebyggende og helsefremmende.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har anbefalt en modell for svangerskapsomsorg med minimum fire kontroller. WHO anslår at andelen gravide med en tilstand eller risikofaktor som krever spesiell omsorg utover det vanlige tilbudet, er om lag 25 prosent av alle gravide. Modellen med få konsultasjoner i svangerskapet gjelder for friske gravide med normale svangerskap. De norske retningslinjene er bygget på en tilsvarende tilnærming.

Kvinner med spesielle risikofaktorer henvises til det kompetansenivå i helsetjenesten som kan bistå med nødvendig kompetanse og oppfølging. Kriteriene for modellen er blant annet god tid til samtale og informasjon. Tjenesten skal være lett tilgjengelig for den gravide og kvinnene får skriftlig og muntlig informasjon om hvem de kan kontakte 24 timer i døgnet. Videre anbefaler WHO at gravide skal unngå unødig venting. Kvinner uten avtale skal ikke avvises, selv om de ikke trenger øyeblikkelig hjelp. Gravide skal føle seg velkommen og åpningstidene på kontrollstedet skal være brukervennlige. Undersøkelser og tester skal utføres når det passer kvinnen, for eksempel på samme dag som kontrollen. WHO modellen angir innholdet i de enkelte kontrollene. WHO mener samhandlingen mellom fagpersonene og den gravide er avgjørende for kvinnen og fosterets sikkerhet.

WHO har skissert verdier og prinsipper i den perinatale omsorgen, utformet som "ti prinsipper":

- Omsorgen for normale svangerskap og fødsler bør være demedikalisert
- Omsorgen bør være basert på hensiktsmessig og nødvendig teknologi
- Omsorgen bør være desentralisert
- Omsorgen bør være kunnskapsbasert (evidensbasert)
- Omsorgen bør være tverrfaglig
- Omsorgen bør være helhetlig
- Omsorgen bør være familiesentrert
- Omsorgen bør være kulturtilpasset
- Omsorgen bør involvere kvinnene i beslutningsprosesser
- Omsorgen bør respektere privatliv, verdighet og konfidensialitet

Medikalisering i denne sammenheng defineres som en uhensiktsmessig bruk av medisinske inngrep og unødvendig bruk av teknologi utført av personell i svangerskapsomsorgen. Eksempel på unødig og uhensiktsmessig bruk av teknologi kan være bruk av ultralydundersøkelser uten medisinsk indikasjon.

7.1 Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling

I retningslinjene for svangerskapsomsorgen anbefales det at "Omsorg til kvinner med normale svangerskap bør gis av jordmor eller allmennlege, eller gjennom et samarbeid mellom allmennlege og jordmor." I forhold til tidligere praksis er oppmerksomheten flyttet fra kontroll til informasjon, råd og veiledning. Det anbefales at kvinner bør tilbys kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid, hvilket innebærer å møte så få fagpersoner som mulig. Samhandlingsreformen har innført begrepet "beste effektive omsorgsnivå" (BEON) som skal sikre best utnyttelse av de samlede helseressursene. Det er da snakk om både økonomi og kvalitet.

Tradisjonell svangerskapsomsorg er individrettet og generelt utføres det sannsynligvis for mange svangerskapskontroller av friske gravide. Det er dokumentert at kvinner og deres partnere savner informasjon om en rekke områder underveis i svangerskapet.⁷ Det er sårbare og svakere grupper som ikke i tilstrekkelig grad får oppfylt sine behov for informasjon, veiledning og kunnskapsbaserte råd. Perinatal omsorg bør være målrettet og skreddersydd den enkelte kvinne og familiens behov i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger som gir en mindre vektlegging av fysiske parametere, men en dreining mot veiledning og informasjon som gjør kvinner i stand til å ta informerte valg.

Tverrfaglig samarbeid og kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid er en politisk målsetting vedtatt av Stortinget i 2001 og 2009. Helhetlige forløp er en faglig forutsetning for å kunne iverksette vedtak om desentralisert fødselsomsorg ved fødestuer, men generelt er kontinuitet og helhet viktig for alle kvinner, både friske og syke, for å få et så godt utfall som mulig. Det bør av denne grunn være en forutsetning at svangerskapsomsorgen utføres i et samarbeid i alle ledd og nivåer til det beste for brukerne.

I arbeidet med rapporten "Et trygt fødetilbud" har arbeidsgruppen påpekt og etterlyst:

- Moderne, effektive og brukertilpassende tjenester er avhengig av elektronisk informasjonsutveksling. Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen mangler en helhetlig utvikling og plan for elektronisk journalutveksling som kan dekke behovene. Det vil sikre overgangene fra et omsorgsnivå til et annet og bidra til effektiv og trygg samhandling mellom helsestasjon, fastlege, helseforetak og jordmortjenesten.
- En fast struktur i oppfølgingen av gravide kan skape en enda større trygghet. Det er mange aktører og en del steder bærer tilbudet preg av manglende samarbeid. Flere kommuner har imidlertid etablert gode samarbeidsrutiner mellom fastleger og jordmødre i svangerskapsomsorgen.
- Det er ønskelig med et bedre og mer strukturert samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten om gravide med spesielle utfordringer og særskilte behov.
- Det er ønskelig med en bedre prioritering og hensiktsmessig fordeling av ressursene mellom friske gravide med forventet ukomplisert forløp og risikogravide og utsatte grupper.

⁷ Tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge. Rapport fra en brukerundersøkelse. Mai 2003. TNS Gallup på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet

7.2 Krav til kompetanse

Tydelige roller og ansvar for hvem gjør hva i svangerskapsomsorgen er sentralt.

Helseforetak og kommuner kan samarbeide med fagforeninger og fagmedisinske foreninger om kompetanseutvikling.

De regionale helseforetakene bør tilby regelmessige felles emnekurs til fastleger, helsesøster, fysioterapeuter og jordmødre med tema innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Faste arenaer og møteplasser i kommune – og spesialisthelsetjenesten bør utvikles for faglig utveksling.

7.3 System for oppfølging av kravene

- Innføring av elektronisk helsekort og fødejournal for å oppnå kravene til en kunnskapsbasert praksis er nødvendig
- Tilsyn fra tilsynsmyndighetene i svangerskapsomsorgen vil gi viktig informasjon
- Systematisk avvikshåndtering og revisjon på fastsatt tidspunkt
- Årlig oppfølging av avtaler mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten
- Innføre bruk av risiko- og sårbarhetsanalyser som kontinuerlige oppfølgingsverktøy
- Brukertilfredshetsundersøkelser og systematisk brukermedvirkning

7.4 Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer i svangerskapsomsorgen vil kunne videreutvikles i forbindelse med at det oppdateres faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen⁸. Utvikling av gode kvalitetsindikatorer er et arbeid som krever en egen og grundig prosess. Arbeidsgruppen har foreslått følgende kvalitetsindikatorer:

- Antall kontroller hos friske kvinner i tråd med retningslinjene. Man mangler per dags dato system for å følge opp et slikt krav
- Antall kontroller og antall helsepersonell involvert i forbindelse med svangerskapskontrollene
- Vurdering av om kvinnene er korrekt selektert
- Måling av brukertilfredshet
- Vurdering av om kvinnene er korrekt selektert

7.5 Krav til informasjon og kommunikasjon

- Nasjonalt Helsenett bør være tilgjengelig for alle aktører i svangerskapsomsorgen
- Kommunene bør utarbeide informasjon om organisering av svangerskapsomsorgen og samarbeid mellom fastlege, jordmor og helsestasjon i den aktuelle kommune
- Alle aktører bør være kjent med fødetilbudet og kunne gi informasjon om differensiert fødetilbud i sin region
- Alle gravide får utdelt informasjon utarbeidet av helsemyndighetene

⁸ Helsedirektoratet har fått i oppdrag å revidere og oppdatere av retningslinjer på svangerskaps- fødsels- og barselområdet. Igangsetting av dette arbeidet vil skje i løpet av 2010.

- Jordmor orienterer om fastlege og fastlege orienterer om jordmor og forteller kvinnen om sine roller og kvinnens valgfrihet, og at det i svangerskapet er lav terskel for å ta kontakt
- Spesialisthelsetjenestens metodebøker er oppdatert og tilgjengelige for leger og jordmødre i svangerskapsomsorgen. Oppdateringer er nettbasert
- Faste møteplasser minst to ganger årlig for fastleger og jordmødre i svangerskapsomsorgen. Dette kan være i forbindelse med møter i regi av helseforetakene
- Informasjon fra kommune og de regionale helseforetak vedrørende planer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen

8 Seleksjon og differensiering

Tidligere eksisterende volumkrav skal i det videre ikke være retningsgivende for nivåinndelingen av fødeinstitusjonene. Det utvikles nå kvalitetskrav til fødeinstitusjonene som erstatter de tidligere volumkravene.

Dagens deling av landets fødeinstitusjoner i tre ulike nivåer; kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer, synes å være vel etablert. Nivådelingen baseres blant annet på Stortingsmelding nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap. I Stortingsmeldingen konkluderes det med at fødetilbudet i Norge skal være desentralisert, med god faglig standard og differensiert. Dette stadfestes i St. meld. nr. 12 (2008-2009). Det er ikke gitt noen definisjon av hva som menes med et differensiert fødetilbud. Antakelig har man ment at begrepet innebærer at det skal foreligge et forskjelligartet tilbud, både ut fra den gravides ønsker og ut fra medisinske forhold. Bakgrunn for dette er at man mener et differensiert fødetilbud vil føre til en desentralisert fødselshjelp og samtidig til en bedre ivaretagelse av den normale fysiologiske fødsel. Tilbudet skulle også foreligge innad på sykehus.

Faglige krav til fødeinstitusjoner, utgitt av Statens helsetilsyn i 1996, fremla anbefalinger for organisering av fødselsomsorgen. Det er verd å merke seg endringen innen fødselsomsorgen siden dokumentet ble forfattet, spesielt med tanke på struktur for fødeinstitusjonene, funksjonsfordeling, seleksjon av fødende og transport av fødende og nyfødte.

8.1 Differensiert fødselsomsorg

Stortingets beslutning om en desentralisert fødselshjelp og differensiert fødselsomsorg i 2001 er blitt kalt et paradigmeskifte. Det er imidlertid fortsatt stor grad av risikofokusering og verstefallstenkning i fødselshjelpen i Norge. Det er en utfordring både i forhold til fagpersoner og brukerne av tjenesten å få gjennomslag for at friske kvinner med et svangerskap som utvikler seg normalt har gode odds for å få en normal fødsel og kan føde på en enhet beregnet på kvinner med lav risiko. En normal fødsel krever ressurser og tilgjengelig jordmor som har tid, ro og mulighet til å konsentrere seg om fødselen, paret og det ventende barnet.

Et differensiert fødetilbud slik det nå blir praktisert har åpenbare svakheter. Dagens rammer og organiseringen av svangerskaps- og fødselsomsorgen medfører at fødeinstitusjonene bare har mulighet til å endre praksis på eget nivå og i forhold til egne ansatte. Helhetlige kjeder og pasientforløpstankegang har vært vanskelig å implementere. Flere fødeinstitusjoner har inngått avtaler med kommuner om salg av jordmortjenester. Dette kan bidra til bedre kontinuitet, stabilitet og kvalitetssikring av kompetanse, informasjon og samarbeid mellom institusjonene. Samhandlingsreformen vil understøtte en utvikling som gir muligheter til å følge forløpet til kvinnene på en bedre og naturlig måte på tvers av tjenestenivåene.

Er det mulig med et differensiert fødetilbud på en og samme avdeling hvor jordmødre og leger overvåker alle pågående fødsler med høy og lav risiko? Er en hektisk avdeling det best egnede stedet å føde for lavrisikofødende? Er det såpass krevende å gjennomføre en differensieringsmodell at det forutsettes et geografisk skille? Disse spørsmålene finnes det ingen entydige svar på og det er ikke konsensus i fagmiljøene om hvordan et differensiert fødetilbud best kan legges til rette både for kvinnen, hennes partner og fagpersonene.

Moderne fødselsomsorg har endret seg gradvis de senere årene. Det er i dag mer overvåkning av gravide med risiko og flere kvinner med kompliserte lidelser og sykdommer som føder barn. Dette krever god overvåkning og kompetente fødselsleger og jordmødre. Det er enighet i fagmiljøene om at dette er en riktig utvikling. Derimot kan avansert overvåkning og intervensjon under fødselen ha uheldige sider hvis det overføres i for stor grad ved fødsler som i utgangspunktet burde være normale.

Den økte overvåkingen under fødselen både av kvinnen og fosteret medfører økt arbeid for personalet på fødeenhetene. På grunn av knappe ressurser blir det en diskusjon om friske fødende tar for mye av de knappe ressursene som er tilgjengelig. Det blir en prioriteringssituasjon hvor syke og friske settes opp mot hverandre.

På fødeavdelinger og kvinneklinikker er det ikke uvanlig at en jordmor har ansvar for flere fødekvinner, friske og syke å passe på samtidig. Særlig på større fødeinstitusjoner skjer det at jordmor kan ha flere fødende å passe på når de er på vakt. Det foreligger i dag god dokumentasjon for at dersom fødekvinner følges opp av en person som er til stede på fødestuen i fødselens aktive fase, vil det ha en rekke positive effekter.

Arbeidsgruppen mener av faglige kvalitetshensyn at alle kvinner i aktiv fødsel bør ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase og fram til fødselen. Både syke og friske kvinner skal prioriteres og få den hjelpen og støtten de har behov for i den fasen.

8.2 Seleksjon

Seleksjon innen fødselsomsorg har til hensikt at fødende kommer til riktig fødeinstitusjon og for tilpasset overvåking og behandling. Fødsel som en normal fysiologisk prosess må vektlegges og muligheten for å bevare den normale fødselen må ivaretas. WHO's perinatale prinsipper bør etterfølges.⁹ Det er ønskelig og viktig å kunne gi alle i pasientgruppen god helhetlig omsorg etter behov, hvor omsorgen også er tilpasset minoritetsbefolkningen.

Både seleksjonskriterier og kvalitetskrav skal være håndterbare verktøy som sikrer kvaliteten ved alle tre nivåer av fødeinstitusjoner. Hver enkelt fødeenhet må sette opp tydelige og begrunnede seleksjonskriterier som viser en kvalitetsmessig god sammenheng mellom seleksjonskriteriene, hjelp/omsorg, kompetanse og infrastruktur. Fødeenheten har ansvar for at seleksjonskrav og kriterier følges. Kriteriene i forhold til kompetanse og seleksjonskriterier må godkjennes og revideres årlig av ansvarlige ved fødeinstitusjonene og det regionale helseforetaket bør etablere systemer som sikrer at man vet at dette etterleves.

Skriftlige seleksjonskriteriene må være kjent i kommunehelsetjenesten og samarbeidet med kommunehelsetjenesten må være godt slik at informasjonsflyt og korrekt selektering i svangerskapet sikres. Seleksjonskriterier for fødeavdelinger må gjenspeile den kompetanse som finnes i avdelingene. Det må være ulike seleksjonskrav avhengig av om sykehuset har barneavdeling med barnelege i døgnvakt.

Seleksjonen må foregå både under svangerskapet, ved innleggelse i fødeavdeling og fortløpende under fødsel.

Fødestuer og fødeavdelinger må ha skriftlige prosedyrer som tilsier hvem som skal overflyttes til et høyere kompetansenivå.

⁹ WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R,

8.3 Differensiering

Statens Helsetilsyn anbefaler at de små fødeavdelingene omgjøres til fødestuer. Stortingsvedtaket fra 2001 kom også med en slik anbefaling. Arbeidsgruppen foreslår at de enkelte regionale helseforetakene gjør en vurdering av de minste fødeavdelingene i sin region og ser på muligheten til å omgjøre disse til fødestuer. Dersom man identifiserer problemer finnes det prinsipielt flere mulige utfall: Avdelingen kan styrkes faglig og ressursmessig der det er et befolkningsmessig grunnlag for dette, avdelingen kan endre nivå eller fødetilbudet kan legges ned eller flyttes. Det samme må skje med de forsterkede fødestuene. Det er nødvendig at det foretas omfattende risiko- og konsekvensanalyse som grunnlag for beslutninger.

Den enkelte helseregion må vurdere om enkelte små fødeavdelinger unntaksvis skal bestå av geografiske hensyn. De må ta stilling til hvor disse skal plasseres og hvilken kompetanse som skal foreligge på de enkelte stedene og legge forholdene til rette slik at kvalitetskravene innfris.

8.4 Drift og bemanning av fødeinstitusjoner

Fødeavdelingene, spesielt de minste, har fått påvist områder som utgjør en kvalitetsbrist og som krever utbedring og oppfølging. I 2008 utga Helsetilsynet en rapport med gjennomgang av alle tilsynssaker ved alle små fødeavdelinger. Utfordringene er sammensatte og i stor grad knyttet til arbeidsforhold som eksempelvis rekrutteringsproblemer og utstrakt bruk av vikarer, ofte i form av vikarstaffetter med stadig nye vikarer som kommer for en svært kort tidsperiode. Dette gjelder først og fremst gynekologer, men også til en viss grad jordmødre. Ofte er det en eller to faste gynekologer som over mange år har utgjort kontinuiteten på avdelingen. Kvalitet på tilfeldige vikarers fagkompetanse og kommunikasjonsevne varierer. Muligheten for kompetanseheving og utvikling av gode fagmiljø er vanskelig under slike forhold.

Det beskrives mangelfull opplæring av nyansatte, mangelfulle kvalitetssystemer og andre organisatoriske svakheter. Videre fravær av tilstrekkelig forbedringsarbeid.

Forslag til organisatoriske krav

- Fast ansatte spesialister må utgjøre hoveddelen av bemanningen ved fødeavdelinger
- Korttidsvikarer er en nødløsning for kun kortere perioder
- Ved vikarbruk bør det benyttes faste vikarer
- Faste vikarer må forpliktes til å delta i regionale og nasjonale fagfora
- Krav til språkkunnskaper hos vikarer, må beherske norsk eller skandinavisk språk
- Krav til kontroll av vikarers kompetanse
- Krav til opplæring og opplæringsprogram for nytilsatte, også vikarer
- Samarbeidsløsninger og nettverksutvikling med nærliggende fødeinstitusjoner bør vurderes

En betydelig utfordring er å rekruttere spesialister. Rekruttering av spesialister er et møysommelig arbeid som sykehuseier må ta på alvor. Å utdanne egne spesialister med tilhørighet til stedet bør ha fokus. Disse kravene vil oppfattes omfattende og ressurskrevende. Det er imidlertid helt nødvendig å sørge for bærekraftige fagmiljø for å endre nåværende situasjon og for å gi driftsgrunnlag over tid. Et bærekraftig fagmiljø ved en fødeavdeling vil kunne medføre en overbemanning i forhold til pasientgrunnlaget. Noe av denne overbemanningen er nødvendig for å ivareta krav om hospitering og kan også sikre mulighet for forskningsaktivitet.

8.4.1 Fødestue

Fødestuene skal være jordmorstyrte. Det skal være skriftlige seleksjonskrav for fødende til fødestuer og skriftlige retningslinjer for overflytting under og etter fødsel til høyere nivå for både mor og barn. Se også kapittel 9.

8.4.2 Fødeavdeling

Fødeavdelingene er mellomstore fødeinstitusjoner. De skal håndtere normalt fødende og pasienter med moderat risiko tilpasset avdelingens kompetanse. En nært samarbeid med kvinneklinikk, herunder drøfting av tvilstilfeller i forhold til seleksjon, er en grunnleggende forutsetning. De minste fødeavdelingene bør vurderes omgjort til fødestuer. Avdelingen må ha minst fire spesialister i fødselshjelp /gynekologi og man bør tilstrebe seks spesialister. Seleksjon og krav til fødeavdelinger vil blant annet avhenge av om det er barneavdeling eller ikke ved sykehuset. Se også kapittel 10.

8.4.3 Kvinneklinikk

Kvinneklinikkene er de største fødeinstitusjonene med tilgang til spesialkompetanse innen fødselshjelp. De skal kunne ivareta både de normalt fødende og de med stor risiko for komplikasjoner, dvs. risikofødsler der den fødende har kjente risikofaktorer. Kvinneklinikkene skal ha tilgang til kompetanse i nyfødttmedisin og flere andre spesialiteter. Se også kapittel 10.

8.5 Seleksjonskriterier

Pasienter med følgende risikofaktorer kan føde på fødeavdeling under forutsetning av nødvendig kompetanse i avdelingen. * Betyr at fødselen bør foregå i sykehus med barneavdeling

- Hypertensiv sykdom, mild og moderat preeklampsi
- Oligohydramnion*
- Polyhydramnion*
- Overvektige pasienter (BMI > 30 og < 35)
- Undervektige pasienter (BMI < 19)
- Estimert fostervekt > 4500 g
- Tidligere keisersnitt eller operasjoner på livmoren som har betydning for svangerskap og fødsel*
- Trombofilier med moderat risiko
- Tidligere alvorlig komplikasjon under svangerskap eller fødsel
- Induksjoner
- Kvinner som er omskåret
- Førstegangsfødende > 35 år
- Overtidig svangerskap
- Pasienter som har kjent mindre liv over flere dager
- Langvarig vannavgang uten klar risiko for infeksjon
- Kostregulert diabetes
- Insulinkrevende diabetes kan etter vurdering/i samråd med kvinneklinikk føde på fødeavdeling med neonatalavdeling
- Preterm fødsel ned til uke 35 + 0 dager ved fødeavdeling uten barneavdeling, ved fødeavdeling med neonatalavdeling vil grensen være lavere, avhengig av neonatalavdelingens kompetanse.

Pasienter med følgende risikofaktorer skal føde på kvinneklinikk

- Diabetes mellitus (insulinkrevende)
- Preeklamsi (alvorlig)
- Foster med påvist utviklingsavvik (med behov for intervensjon kort tid etter fødsel)
- Vekstretardasjon
- Flerlinger/vaginale tvillingfødsler
- Vaginale setefødsler og ytre vending selekteres til kvinneklinikk, fødeavdelinger kan ha elektive keisersnitt der indikasjon for dette er i tråd med nasjonale retningslinjer
- Immunisering med betydning for barnet
- Alvorlig hjerte/kar/lunge/nyre eller alvorlige revmatiske sykdommer eller kollagenoser hos mor
- Overvekt (BMI > 35)
- Tidligere født barn med alvorlig GBS infeksjon
- Rusmiddelbruk under svangerskap
- Gravide under LAR-behandling¹⁰
- HIV
- Trombofili med stor risiko for trombose eller tilstander med blødningsrisiko

8.6 Differensiering innad i fødeavdelinger og kvinneklinikker

Størstedelen av fødslene i Norge foregår på større institusjoner. I 2007 foregikk 72 prosent av fødslene på kvinneklinikker og 85 prosent av fødslene på institusjoner med mer enn 1000 fødsler årlig. Mange fagfolk mener det er behov for å differensiere fødselsomsorgen også innad i kvinneklinikker og fødeavdelinger. Det har av den grunn blitt et naturlig behov for å differensiere fødselsomsorgen innad i kvinneklinikker og fødeavdelinger. WHO's prinsipper for perinatal omsorg og National Institute for Health and Clinical Excellence i Storbritannia anbefaler omsorg på lavest mulig omsorgsnivå. Differensiering innad i klinikker og avdelinger har blitt organisert ulikt og er lite utviklet i Norge

Hensikten med et differensiert fødetilbud er å holde omsorgen på lavest mulig omsorgsnivå uten unødige inngrep men også sikre et variert fødetilbud i tråd med befolkningens ønsker. Det synes vanskelig å hindre medikalisering av den normale fysiologiske fødsel ved fødeavdelinger og kvinneklinikker. De foreslåtte kvalitetsindikatorerne som gjelder standard førstegangsfødende, ukomplisert fødsel og tilstedeværelse av jordmor under fødselens aktive fase vil kunne gjøre det mulig å sammenligne ulike fødeinstitusjoner.

Differensiering har blitt gjennomført rent fysisk ved enkelte institusjoner ved at det har blitt opprettet egne separate normalenheter eller jordmorstyrte enheter. Kvinnene som føder ved disse enhetene må fylle gitte kriterier. Det finnes foreløpig ingen standardiserte seleksjonskrav eller overflyttingskriterier utarbeidet på nasjonalt nivå.

Gevinsten av en differensiert fødselsomsorg vises gjennom studier og systematiske oversikter ved at det ved separate normalenheter er større sjanse for at fødselen foregår spontant uten inngrep, at det ikke oppstår alvorlige perinealrupturer, fødselen foregår med mindre bruk av kjemisk smertelindring, kvinnen er mer tilfreds og det ikke er signifikante forskjeller i utfallet hos mor og barn etter fødselen

Det anbefales å videredrive etablerte - og opprette nye separate enheter for antatt normalfødende og teste nytte – og økonomiske effekter av dette.

¹⁰ Gravide under LAR-behandling skal selekteres til kvinneklinikker som har nødvendig kompetanse til å ivareta disse kvinnene og barnet etter fødselen. Nærmere retningslinjer gis i egen nasjonal retningslinje som utgis av Helsedirektoratet tredje kvartal 2010.

Landets fødestuer viser til gode resultater, og utfordringen videre er å få like gode resultater for tilsvarende gruppe normalfødende ved de store institusjonene.

En rekke studier har dokumentert effekten av kontinuerlig tilstedeværelse av en støtteperson på fødestuen under fødselen. Det er generelt kunnskap om at en slik støtteperson reduserer varigheten av fødselen, øker sannsynligheten for spontan vaginal fødsel, reduserer risiko for keisersnitt og for overhodet å ha behov for medikamentell smertelindring. Ved slik støtte på fødestuen er det dessuten mindre risiko for å oppleve manglende kontroll i fødselsforløpet, mindre risiko for problemer med å klare fødselsopplevelsen. Det er rapportert en økt tilfredshet med fødselsopplevelsen. Kunnskapen støtter seg til to typer av støttepersoner: Støttepersoner med fagutdannelse ansatt på fødestedet og støttepersoner uten utdannelse, som ikke er ansatt på fødestedet. Det er en tendens til at de positive effekter er størst ved bruk av personer som ikke er ansatt på fødestedet, men det sees positive og signifikante effekter i begge grupper. Tilstedeværelse av en støtteperson erstatter ikke nødvendigheten av jordmørens faglige kompetanse.

Det ser ut til å være større effekt, hvis tilstedeværelsen starter tidlig i fødselsforløpet, helst før den aktive fasen starter. Det foreligger ikke studier av betydningene av mannens/partnerens tilstedeværelse.

Det foreligger ikke en entydig definisjon av begrepet "kontinuerlig tilstedeværelse". I de mange randomiserte studiene har det vært snakk om reelt kontinuerlig tilstedeværelse eller tilstedeværelse fulgt av små pauser. En dansk undersøkelse fra et stort universitetssykehus har vist at jordmødre og fødende i samme tidsperiode hadde ulik oppfattelse av om det hadde vært kontinuerlig tilstedeværelse av en jordmor.

9 Fødestuer

Fødestuene representerer et svært godt tilbud for gravide, fødende og barselkvinner. Det er få personer å forholde seg til og oversiktlige forhold for kvinnen og familien. Kontinuitet er påkrevd for å få et optimalt utfall av fødselshjelpen og dette bidrar til helhetlige forløp mellom svangerskap, fødsel og barseltid. Fødestuene bidrar til desentralisert fødselshjelp. Både i distrikter med lang vei til nærmeste fødeavdeling og i større byer er fødestue et fødetilbud til kvinner med forventet normal fødsel som ønsker å føde der. Jordmødrene tilbyr svangerskapsomsorg og gjør en fortløpende vurdering og seleksjon i samarbeid med kvinnens fastlege. Fødestuene representerer en jordmorfaglig beredskap og kompetanse for alle gravide, fødende og barselkvinner særlig i distriktet, også for dem ikke føder på fødestuen. Jordmødrene på fødestuene ivaretar oftest beredskap og følgetjeneste. Kvinner som ikke skal føde på fødestue kan bli undersøkt der før transport, hvor det vurderes om det er behov for følge av jordmor eller ikke og om transport er tilrådelig.

Arbeidsgruppen anbefaler at det videre bør være to kategorier fødestuer, jordmorstyrte fødestuer både utenfor sykehus og fødestuer i sykehus. Det er imidlertid vanskelig å kunne støtte etablering eller fortsatt drift av eksisterende forsterkede fødestuer. De er vanskelig å drifte med et faglig forsvarlig bemanningssystem og tilfredsstillende mengdetrening for håndtering av akutte situasjoner. Avdelingene drives av jordmødre som får assistanse av kirurger ved operative forløsninger. Det er uheldig at denne virksomheten baserer seg på kirurger som har lite trening og erfaring i operative forløsninger eller med innleide gynekologer. Jordmor vil ofte være den som stiller indikasjonen for inngrepet og vurderer hvilken type inngrep som skal foretas. En slik praksis er ikke i tråd med krav til faglig forsvarlighet innen dagens fødselshjelp. Det bør også understrekes at det kan være vanskelig å selektere pasienter til fødsel på "forsterket fødestue". Selekeringsgrunnlaget vil være avhengig av de ressurser som finnes tilgjengelige til enhver tid og ikke representerer noen stabilitet. En slik usikkerhet knyttet til riktig seleksjon er ikke ønskelig.

Fødestuemodellen forutsetter god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste. Fødestuer gir et tilbud til kvinner med forventet normal fødsel av friske barn, men i praksis vil sjelden mer enn 30-40 prosent av de fødende i opptaksområdet føde der. Kvinner som blir vurdert til å ha risikofaktorer ved fødselen, må enkelte steder påregne lenger reisevei for å føde, enn friske kvinner med forventet normal fødsel. Fødestuene kan også tilby barseltilbud til kvinner som ikke føder der.

Forutsetningen for desentralisert fødselshjelp er at gravide og fødende får god oppfølging svangerskapet, at fødsler med forventet risiko blir selektert til riktig nivå, at det er utarbeidet klare rutiner og konsensus om seleksjonskriterier.

9.1 Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling

Fødestuen organiseres som en enhet i linje til en fødeavdeling eller kvinneklinikk i et helseforetak med avklart ledelse og ansvar. Jordmødre på fødestuen kan være ansatt både i kommunen og kommunen kan kjøpe jordmortjenester av helseforetaket i delt stilling mellom kommune og HF. Det er viktig at dette ikke tilslører ansvarsforholdene og arbeidsgruppen mener derfor at jordmødrene bør være ansatt primært hos en arbeidsgiver og fortrinnsvis den som har det formelle ansvaret for driften av fødestuen. En god utnyttelse av de samlede

jordmorressursene må avtales ved skriftlige samarbeidsavtaler. Noen overordnede krav til fødestuer kan være:

- Et viktig prinsipp ved drift av fødestuer er at jordmødre som arbeider på fødestuen deltar i svangerskapsomsorgen i kommunene som sokner til fødestuen og blir kjent med de gravide gjennom dette. Det skaper kontinuitet i svangerskaps- og fødselsomsorgen, sikrer god utnyttelse av jordmorressurser og fører til at de gravide blir godt kjent med fødestuen og jordmor og kan gjøre informerte valg om fødested.
- Det skal være organisert regelmessig internundervisning blant fødestuens ansatte, minst en gang hver andre måned. Undervisningen med tema og deltagere må registreres (loggføres).
- Fødestuen skal ha tilsyn av tilknyttet gynekolog/fødselshjelper minst to ganger per år og av barnelege fra helseforetak minst en gang per år. Resultater evalueres og uklarheter vedrørende seleksjonskriterier/rutiner/drift bør tas opp. Det skal vurderes hvilke internundervisning/praktisk trening av akutsituasjoner som må gjennomføres. Dette skal dokumenteres/loggføres.
- Det må eksistere en forpliktende plan for vedlikehold av kompetanse, herunder også tilbud om videre/etterutdanningsplan for fødestuens ansatte, også når det gjelder hospitering og arbeid ved større fødeinstitusjoner, også innen eget helseforetak.
- Det skal foreligge skriftlige prosedyrer for observasjon og behandling av fødende etter mønster fra "Veileder i fødselshjelp 2008". Både seleksjonskriterier og prosedyrer skal godkjennes av ansvarlig jordmor ved fødestuen og leder på helseforetaket, og revideres minst hvert tredje år eller når det er påkrevet.
- Det skal være klare melderutiner for tilkalling av personell ved "akutte situasjoner". Det må etableres gode rutiner for tilkalling av legevaktlege ved akutte situasjoner. Det skal foreligge plan for trening, også av hjelpepersonell av "akutte situasjoner" slik som vakuumpompe/tang/setefødsler, store blødninger, dårlig barn. Trening skal foregå regelmessig, minst 2 ganger årlig og aktiviteten skal loggføres på person som trener samt dato. Legevaktlege må også holde nødvendige ferdigheter ved like.
- Registrering av aktiviteten ved fødestuen skal dokumenteres fortløpende. Spesielt er det viktig med god dokumentasjon av alle fødsler og alle overflyttinger under og etter fødsel i fødestuen. Fødestuen bør ha samme system for elektronisk registrering av fødsler som finnes ved helseforetaket.
- Det skal lages årsrapport der resultatene presenteres oversiktlig og systematisk slik at de kan sammenlignes med tidligere år. Årsrapporter ved fødestuer anbefales å ha en nasjonal mal.
- Ansvarlig jordmor på fødestuen må melde til leder ved fødeavdelingen på helseforetaket dersom det oppstår uforutsette driftsproblemer. Skade/uhell/avvik skal meldes etter lovpålagte retningslinjer.
- Det må være en plan for sjekking av alt teknisk utstyr ved fødestuen i tråd med forskrift for internkontroll.

9.1.1 Seleksjon

Fødestuetilbudet krever grundig seleksjon. Førstegangsfødende som har hatt et normalt svangerskap, der en venter en ukomplisert fødsel, og som har ønske om å føde på fødestuen kan planlegge fødsel her. Flergangsfødende med normalt svangerskap, tidligere vaginal fødsel, forventet ukomplisert fødsel nå, og ønske om å føde på fødestuen, kan planlegge fødsel her.

Skriftlig og muntlig informasjon om seleksjonskriterier for valg av fødested bør gis til den gravide tidlig i svangerskapet, gjerne allerede i svangerskapsuke 16 / ved første kontroll. Omvisning på fødestua rundt svangerskapsuke 37 bør gis til de som ikke har født her tidligere. Den gravide må være forberedt på, og akseptere overflytting til sykehus dersom komplikasjoner oppstår før/under eller etter fødsel.

Større endringer når det gjelder drift av fødestuen som for eksempel stengning i ferie, må avtales mellom foretak og kommunen.

Kriterier for planlagt fødsel ved sykehus dvs. som selekteres ut av et fødestuetilbud:

- Risikosvangerskap (flerlingegraviditet, preeklampsi, vekstretardasjon etc.)
- Seteleie/skråleie/tverrleie
- Fødsel før uke 36+0 eller etter uke 42+2
- Medisinske risikofaktorer som diabetes, epilepsi og andre kroniske alvorlige sykdommer
- Tidligere komplisert fødsel med risiko for gjentakelse som for eksempel atoni, fastsittende placenta
- Andregangsfødende der første barn ble forløst ved keisersnitt
- Smitteførende HIV eller Hepatitt eller annen smitte, GBS påvist i urin.
- Rusmiddelmissbrukere
- Irregulære antistoffer
- Tidligere perinatal død
- Når kvinnen anbefales fødsel på sykehus etter en helhetlig vurdering
- Antatt behov for tilsyn av barnelege ved/like etter barnets fødsel
- BMI > 30 (individuell vurdering)

Relative kriterier

- Unge, umodne mødre
- Moderat overvekt, BMI > 27
- Høyde under 155 cm
- Innvandrerkvinner og flyktninger som har oppholdt seg kort tid i Norge med språkproblem, dårlig almenntilstand, psykiske belastninger, ukjent sykehistorie
- Andre uspesifikke forhold, eks ved spesielle psykiske/psykososiale problematikker
- Omskårne, vurderes tidlig i svangerskap
- Jordmor kan i enkelte tilfeller anbefale sykehusfødsel ut fra en helhetsvurdering uten nødvendigvis å vise til nevnte kriterier.

Indikasjon for overflytting med følge under fødsel

- Avvikende eller patologisk innkomst CTG
- Fostervannsavgang > 24 timer
- Avvikende leie
- Misfarget fostervann tidlig i fødselsforløpet
- Rikelig/unormal blødning
- Ikke etablert rievirksomhet et døgn etter vannavgang (normal temperatur og CRP)

- Høytstående hode til tross for god rievirksomhet
- Nødvendig med riestimulering med oxitocin intravenøst tidlig i fødselsforløpet
- Truende føtal asfyksi
- Sterkt smertepåvirket fødekvinne

Indikasjon for overflytting av pasient med følge post partum

- Fastsittende placenta (uten/med blødning)
- Sfinkterrupturer, dype vaginal-/perinealrifter, cervixruptur
- Atoni-blødninger og blødninger fra rifter
- Syk nyfødt
- Syk kvinne

Fødestuer vil i gitte situasjoner overflytte kvinner til en fødeavdeling ved sykehus. Data som registreres i meldeskjemaet til Medisinsk Fødselsregister (MFR) kommer fra det sykehuset der fødselen finner sted. Planlagt fødested og overflytting er ikke registrert på skjemaet tidligere. For å kunne evaluere fødestuenes virksomhet er det avgjørende at data om overflyttinger registreres. Det samme gjelder for planlagte hjemmefødsler med overflytting. Helsedirektoratet har i samarbeid med MFR en pågående treårig registrering i perioden 2008 - 2011. Skjemaet er et tillegg til meldeskjema til MFR og vil bli koblet til opplysninger i MFR -skjemaet. Skjemaet skal brukes ved alle fødsler ved fødestuer, alle fødsler med overflytting til og fra fødestuer, ved alle transportfødsler og ved hjemmefødsler ved overflytting fødestue/fødeavdeling.

Formålet med det nye skjemaet er blant annet å avklare om fødsel som finner sted på fødestue faktisk var planlagt der, eller hvor ofte fødende som begynner fødsel ved fødestue overflyttes til annen institusjon. For planlagt hjemmefødsel skal skjemaet bare fylles ut dersom overflytting fra hjemmet til fødeinstitusjon blir aktuelt. Skjemaet fylles ut av jordmor og følgende fødsler registreres:

- Ved fødsel i fødestue eller ved overflytting fra fødestue til sykehus:
- Ved planlagt hjemmefødsel der kvinnen overflyttes til sykehus
- Ved transportfødsel

Denne kartleggingen vil danne et godt grunnlag for å evaluere kvaliteten av fødselshjelpen på fødestuene, ved transportfødsler og planlagte hjemmefødsler. Helsedirektoratet vil i samarbeid med MFR gjøre en vurdering av om registreringen skal innføres som en fast ordning.

9.2 Krav til bemanning og kompetanse

Det er store forskjeller i antall fødsler på de ulike fødestuene. Antall fødestuer er redusert de senere årene. I løpet av de siste 10 årene er det en tendens til at det er færre fødsler på de minste fødeinstitusjonene, det gjelder også fødestuene. Årsaken kan være flere, som endringer i bosettingsmønster, strengere seleksjon, eller at det er de fødendes eget valg. Uansett årsak ser det ut til at det er en dreining og at fødslene sentraliseres. Nedleggelse av fødestuer synes ikke å ha ført til økning i transportfødsler.¹¹ I perioden 2004 til 2008 har det skjedd en liten økning i antall ikke-planlagte hjemmefødsler.

Denne utviklingen medfører en utfordring for særlig jordmødrene med tanke på å opprettholde og vedlikeholde sin kompetanse innen svangerskapsomsorg og fødselshjelp. Når flere av fødestuene har mellom 10 til 40 fødsler årlig betyr det at den enkelt jordmor håndterer få fødsler. Mulighetene for å kompensere for manglende fødsler kan delvis erstattes av systematisk trening og simulering på både normale fødsler og akutte

¹¹ Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport 2009. Helsedirektoratet

situasjoner. Det samme gjelder å hospitere med aktiv tjenestegjøring på fødeavdeling og kvinneklinikk. Denne problemstillingen bør drøftes der det er uforholdsmessig få fødsler. Knappe ressurser gjør også at det finnes jordmødre som jobber alene under fødselen og tilkaller hjelp fra legevaktsentral eller sykehjem. På denne måten er det mulig ved behov raskt å innhente assistanse fra annet helsepersonell, men det er mulig at jordmødre kunne opprettholde sin kompetanse bedre ved å være to stykker under fødselen. Uansett bør en jordmor på fødestue ha mulighet til tilkalling av rask hjelp fra en bakvakt - jordmor. Om det er mulig å tilfredsstille kvalitetskravene ved fødestuene med svært få fødsler bør vurderes nøye.

Til en fødestuedrift skal det være følgende utstyr og prosedyrer for:

- Resuscitering av akutt syk mor
- Resuscitering av nyfødt
- CTG-apparat
- Lysbehandling
- Hørselsscreening
- SaO₂-screening.
- Systematisk gjennomgang og vedlikehold av medisinsk - teknisk utstyr
- Medikamenter i henhold til liste
- Organisering av undersøkelse av nyfødte i samarbeid med kvalifisert lege

9.3 System for oppfølging av kravene

De regionale helseforetak har ansvar for å lage et system slik at kvalitetskrav til fødestuer blir fulgt opp både når det gjelder organisering og resultater. Fødestuer bør utarbeide årsmelding etter en gitt mal.

9.4 Kvalitetsindikatorer

Alle fødsler selektert til fødestue skal være i tråd med skriftlige seleksjonskriterier

Data fra pågående registrering (nevnt ovenfor) kan brukes som utgangspunkt for å finne fornuftige / hensiktsmessige indikatorer innefor dette området.

Forslag kan være

- Andel fødsler selektert til fødestue der lokale seleksjonskriterier er fulgt/ikke fulgt.
- Andel fødsler som etter korrekt seleksjon går i fødsel på fødestue, men som underveis overflyttes til høyere nivå
- Andel barn – født på fødestue - som krever sykehusinnleggelse i barseltid
- Andel mødre som krever sykehusinnleggelse i barseltid

Fødestuene bør benytte flere av de samme indikatorene som fødeavdeling og kvinneklinikk i tillegg til egne indikatorer.

9.5 Krav til informasjon og kommunikasjon

De gravide skal få adekvat informasjon om fødestuetilbudet. Dette skal dokumenteres i pasientens journal når den er gitt.

Det skal foreligge skriftlige seleksjonskriterier for akseptering av fødsel i fødestuen og for overflytting under og etter fødsel.

10 Fødeavdeling og kvinneklinikk

Nivåinndeling av fødeinstitusjoner har til nå vært styrt av "Faglige krav til fødeinstitusjoner", Statens helsetilsyn I-97 der det ble stilt krav til beredskap og bemanning, men også til antall fødsler. Imidlertid har den enkelte fødeinstitusjon stått relativt fritt til å bestemme hvilket nivå man skulle tilhøre slik at nivåinndelingen har vært ganske vilkårlig. I St. meld. nr. 12 er det bestemt at de tre nivåene på fødeinstitusjoner ikke skal inndeles etter nåværende volumkrav, men ut i fra kvalitetskrav.

I Norge har vi flere fødeinstitusjoner enn noe annet land i verden i forhold til fødselstallet, og nesten dobbelt så mange som Sverige og Finland. Noe av forklaringen er relatert til geografi, klima og spredt bosettingsmønster. Bakgrunnen for et høyt antall fødeinstitusjoner er også historiske og dessuten et uttrykk for et ønske om et desentralisert tilbud.

I følge St. meld. nr. 12 var det 54 fødeinstitusjoner i Norge i 2007. Siden meldingen ble skrevet er en fødeinstitusjon nedlagt. Det er 15 kvinneklinikker (fødselstall 6667-724 fødsler), 26 fødeavdelinger (fødselstall 2696-230), 3 forsterkede fødestuer (fødselstall 155-71) og 10 fødestuer (fødselstall 119-10).

Tabell 1 Fordeling av fødested i perioden 2004 til 2008

Fødeinstitusjon	2004	2005	2006	2007	2008
Kvinneklinikk	38 270	38 839	40 254	40 178	41 421
Fødeavdeling	16 536	16 434	16 824	16 688	17 126
Fødestue, forsterket	369	331	301	299	287
Fødestue	567	528	507	499	461
Andre fødesteder					
Hjemmefødsler, planlagt	128	108	111	72	87
Hjemmefødsler, ikke planlagt	147	144	153	192	192
Fødsler under transport	185	191	186	191	186
Utenfor institusjon, uspesifisert	60	37	48	64	44

Kilde: Medisinsk fødselsregister, Folkehelseinstituttet

Av 26 fødeavdelinger er det 8 sykehus som har barneavdeling. For drift av en fødeavdeling er det behov for en rekke ulike personellgrupper i helkontinuerlig vakt og beredskap som jordmødre, spesialister i fødselshjelp og gynekologi, anesthesi-, operasjons- og laboratoriepersonell. En fødeavdeling er en del av en kombinert føde/gynekologisk avdeling og legers arbeid innebærer derfor pasienter fra begge enheter. Ved større avdelinger og kvinneklinikker vil arbeidet i økende grad subspecialiseres slik at legene ofte i det vesentlige arbeider innen fødselshjelp eller gynekologi.

Faget fødselshjelp og gynekologi har vært i rask utvikling. Ny teknologi og operasjonsteknikker gjør at pasienter som tidligere trengte lange sykehusopphold og sykmeldinger nå kan behandles dagkirurgisk eller med korte sykehusopphold. Dette er store framskritt for pasientene, men utfordringen nå er å sikre legene tilstrekkelig erfaring for å kunne bruke operasjonsmetodene grunnet små pasientvolumer. Nylig er det vist at små avdelinger utfordres på dette i forhold til større avdelinger. Dette kan føre til unødige store inngrep og lengre rekonvalesens enn nødvendig for pasientene. Samtidig kan subspecialisering og seksjonering ved kvinneklinikker gi tilsvarende utfordringer ved at antall fødsler pr. enkelt lege blir ulikt fordelt. I praksis kan dette bety at gynekologer tilknyttet andre

seksjoner enn fødeseksjonen kan ha mindre volum av fødende samtidig som de vil inngå i klinikkens generelle vaktordning.

Flere små føde/gynekologiske avdelinger i Norge har i en årrekke hatt rekrutterings- og bemanningsproblemer og dermed en ustabil driftssituasjon. Ofte har avdelingene bare hatt 1-2 fast ansatte leger og driften har i hovedsak vært basert på korttidsvikarer. Misforståelser, usikkerhet om faglige prosedyrer og dårlig kommunikasjon er ofte medvirkende til uheldige hendelser i fødselshjelpen. Utstrakt bruk av vikarer har betydning for kvalitet og det underkommuniseres ofte at kvaliteten på vikarer varierer. Uheldige hendelser som inntreffer når det er vikarer i vakt gir spesielle utfordringer. Ofte dreier det seg om komplikasjoner som alltid er vanskelige å håndtere, men som likevel kunne hatt et bedre utfall med kjente leger og jordmødre.

I arbeidet med rapporten "Et trygt fødetilbud" har det vært stor grad av enighet i arbeidsgruppene om at det må være minimumskrav til bemanning av avdelingene for å sikre de kvalitetskrav som stilles. Dette omfatter krav til akseptabel vaktordning og et forutsigbart fødetilbud som gir bedre utnyttelse av ressurser og personell slik St. meld. 12 angir. Selv om ikke volumkrav skal inngå i nivåinndeling av fødeinstitusjoner, forutsetter bemanningskravene enn viss størrelse slik at man sikrer meningsfullt arbeidsbelastning på dagtid, et faglig miljø, mulighet til hospitering og faglig utvikling som så vil gjøre avdelingene til attraktive arbeidsplasser.

I dagens situasjon er arbeidsgruppene klare på at det er nødvendig å gjøre fødeavdelinger mer robuste. De påpekes også at arbeidsbelastningen er størst ved de største kvinneklinikkene og universitetsklinikkene og at bemanning både på lege og jordmorsiden her må styrkes. Rekruttering av tilstrekkelig antall spesialister innen fødselshjelp og gynekologi og spesielt subspesialisering av fødselsleger er bekymringsfull i Norge i dag.

Ved kvinneklinikkene må det stilles krav til døgnkontinuerlig tilstedevakt av spesialist i fødselshjelp. Ved kvinneklinikkene vil det være behov for spesielt høy kompetanse både for fødselsleger og andre spesialiteter fordi antall gravide og fødende med alvorlige kroniske sykdommer eller komplikasjoner i svangerskapet øker. Ved sykehus med kvinneklinikker vil det også være krav om nyfødttmedisinsk intensivavdeling.

I rapporten "Et trygt fødetilbud" skilles det mellom fødeavdelinger med og uten barneavdeling og seleksjon og kvalitetskrav tar hensyn til dette.

Målet med kvalitetskravene er å sørge for at fødeavdelingene/kvinneklinikkene gir fødselshjelp på et høyt faglig nivå i tråd med nasjonale retningslinjer. Et viktig mål er minst mulig intervensjon under den fysiologiske graviditet og fødsel, men med korrekt intervensjon der dette er nødvendig og med lav perinatal og maternell mortalitet og morbiditet.

10.1 Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling

- Fødeavdelinger skal som et minimum ha ansatt gynekologspesialister i firedelt vakt og tilstrebe seksdelt vakt
- Ansvarshavende jordmor (koordinerende jordmor) ved hver vakt har ansvaret for organisering og oversikt over jordmødrenes arbeid i avdelingen og den interne organiseringen av pasientene (pasientflyten)
- Ansvarshavende jordmor har rådgivende funksjon i jordmorfaglige spørsmål
- Det må foreligge avklarte ansvarsforhold for ansvarshavende jordmor og for vakthavende lege i fødeseksjonen samt hvordan kommunikasjonslinjene mellom disse skal være. Ansvarsområde og myndighet skal være nedfelt skriftlig og kjent og akseptert av vedkommende som påtar seg/får et slikt ansvar

- Fødeseksjonen må ha et velfungerende varslingsystem for katastrofe keisersnitt, akutte keisersnitt, gjenopplivning av voksen/nyfødt og andre akutte situasjoner i avdelingen
- Resusciteringsrom skal finnes i fødeseksjonen
- Kvinneklinner skal ha nyfødtintensivkompetanse
- Nasjonale retningslinjer og interne prosedyrer må være lett tilgjengelige, oppdaterte og implementerte i avdelingen
- Ha klare retningslinjer for hvordan den differensierte fødselsomsorgen skal foregå og resultater dokumenteres
- Ha klare retningslinjer for behandling av alvorlige akutte komplikasjoner under fødsel som for eksempel; vanskelig skulderforløsning, blødning, fosterstress, operative forløsninger, preeklampsi, eklampsi etc. Øvelser bør loggføres med dato og oversikt over deltagere
- Ha klare retningslinjer for når lege skal tilkalles og informeres ved komplikasjoner
- Leger og jordmødre som har kortvarige vikariater må kjenne til avdelingens rutiner og prosedyrer (veiledere)

10.1.1 Vaktberedskap på fødeavdeling

- Skal ha gynekologspesialist i vakt
- Tilkallingstid for gynekologspesialist maksimalt 20 minutter
- Vakthavende gynekologspesialist må være tilstede i avdelingen ved risiko fødsler (for eksempel situasjoner som krever overvåking med CTG og der mors tilstand krever skjerpet overvåking)
- Anestesipersonalet skal ha tilstedevakt
- Anestesipersonalet har sammen med jordmor og gynekologspesialist ansvaret for gjenopplivning av nyfødte
- Anestesiavdelingen skal kunne tilby epidural under fødsel
- Katastrofesnitt skal utføres innen 15 minutter
- Klinisk kjemisk avdeling samt blodbank skal ha døgnvakt
- Fødeavdelinger bør kunne utføre syre - base undersøkelse på navlestrengsblod etter fødsel
- Tilgang til kvalifisert undersøkelse av barnet før hjemreise
- Det bør være mulighet for tilkalling av jordmor i bakvakt der jordmor er alene

10.1.2 Vaktberedskap kvinneklinikk

- Forvakt samt gynekologspesialist i bakvakt skal ha tilstedevakt
- Antall leger i vakt må tilpasses klinikkens størrelse
- Keisersnitt skal kunne utføres innen 15 minutter
- Anestesilege samt anesthesi sykepleier må ha tilstedevakt
- Anestesipersonale skal være tilgjengelig ved gjenopplivning av nyfødte
- Barnelege i vakt
- Sykehuset skal ha kirurgisk kompetanse innen urologi og magetarm sykdommer
- Sykehuset skal ha indremedisinsk kompetanse innen endokrinologi og nefrologi

10.2 Krav til bemanning og kompetanse

- Bemanningen i kvinneklinikkene må styrkes som følge av mer sentralisering av fødselene og økt kompleksitet i pasientgruppen
- Kvinneklinikkene må ha gynekologspesialist med fødselshjelp
- Bemanningen i kvinneklinikkene og fødeavdelingene må være tilstrekkelig for bedre å ivareta forsvarlig overvåking og behandling samt etterkomme kravet om

- tilstedeværende jordmor i aktiv fase av fødselen
- Bemanningen for leger og jordmødre må være slik at det er tid til faglig fordypning, kvalitetsarbeid i avdelingen, opplæring av kolleger
- Antall årsverk for jordmødre må økes i takt med økte krav til dokumentasjon, overvåking, oppfølging under og etter fødsel. Jordmorstillinger bør være heltidsstillinger
- Det bør være psykososial kompetanse tilknyttet kvinneklinikkene som kan veilede foreldre som trenger oppfølging
- Kvinneklinikkene bør ha stipendiatstillinger for både jordmor og lege
- Kvinneklinikkene skal ha forskningskompetanse og drive aktiv forskning
- Ved fødeavdelingene bør det stimuleres til forskning

10.2.1 Fosterovervåking og fosterdiagnostikk

- Fødeavdelinger og kvinneklinikker skal kunne bruke trestetoskopet
- Fødeavdelinger og kvinneklinikker skal ha CTG med mulighet for elektronisk lagring av kurvene
- Kvinneklinikker bør ha tilgang til CTG med analyse av kortidsvariabilitet (System 8000 analyse)
- Fødeavdelinger og kvinneklinikker skal ha mulighet for avansert fosterovervåking i form av enten ST - analyse, skalp pH eller laktat.
- Kvinneklinikker skal kunne utføre syre - base undersøkelse på navlestrengsblod etter fødsel
- Fødeavdelinger og kvinneklinikker må foreta regelmessig undervisning og stille kompetansekrav til jordmødre og leger innen tolkning og bruk av ulike metoder for fosterovervåking
- Fødeavdelinger og kvinneklinikker må kunne identifisere utviklingsavvik og viderehenvise disse til fostermedisinsk enhet. Bare godkjente enheter kan utføre fosterdiagnostikk
- Fødeavdelinger må kunne utføre og tolke basale dopplerundersøkelser
- Kvinneklinikker skal kunne utføre avanserte dopplerundersøkelser
- Fødeavdelinger og kvinneklinikker bør ha egne jordmødre med spesialkompetanse innen ultralyd
- Fødeavdelinger og kvinneklinikker må ha tilgang til bruk av ultralyd under fødsel
- Kvinneklinikkene med regionsfunksjon skal ha kompetanse i fostermedisin

10.2.2 Undervisning og praktisk trening

Følgende gjelder for både fødeavdelinger og kvinneklinikker:

- Ukentlig internundervisning for leger og jordmødre (bør være obligatorisk), det vil si formelle møteplasser
- Kasuistikkgjennomgang etter avvik og kompliserte fødsler felles for både leger og jordmødre
- Obligatorisk praktisk trening og teoretisk gjennomgang av akutte situasjoner på fødeavdelingen (blødninger, vanskelig skulderforløsning, operative forløsninger, gjenopplivning osv) minimum to ganger per år. Oppmøte loggføres
- Eget opplæringsprogram for nyansatte og vikarer
- Hospitering for jordmødre og leger, obligatorisk for de som arbeider på mindre fødeavdelinger. Hospiteringen skal gi mengdetrening og kompetanseheving
- Det må avsettes tid til fagutvikling for alt helsepersonell i fødeavdelingene/kvinneklinikkene
- En jordmor og en lege må ha ansvaret for fagutviklingen
- Kvinneklinikkene bør ha ukentlig fordypningstid skjematag for overordnede leger og

- ledende jordmødre
- Det må være mulighet for faglig fordypning i form av møter, seminarer og kongresser
- Oppfølging av perinataalkomiteenes arbeid

10.3 System for oppfølging av kravene

- RHF-ene har ansvar for å lage et system slik at kvalitetskrav til fødeinstitusjoner blir fulgt opp, både når det gjelder organisering og resultater
- Det bør utarbeides spesifikke melderutiner innen fødselshjelp jfr. eksempel i vedlegg 16.3

10.4 Kvalitetsindikatorer

Indikatorene bør etter gruppens mening prøves ut en viss tid før det kan utvikles standarder som er relevante for norsk fødselshjelp. Et forhold som gjør en utprøving nødvendig er den sterkt desentraliserte fødselsomsorg i Norge der 60 prosent av institusjonene har under to fødsler pr døgn, og 45 prosent av fødslene foregår på 5 institusjoner. Aktiv bruk av MFR - referansegruppe. MFR vil presentere årlige data.

Generelle krav til indikatorene:

- Indikatorene må være anvendelige, forståelige og allment akseptert
- Indikatorene må si noe om kvalitet som er sammenlignbart
- Indikatorene må ikke kreve utvikling av nye, omfattende systemer

10.4.1 Kvalitetsindikatorer kvinne

- Andel inngrep (elektive og akutte keisersnitt, vakuump, tang, induisert fødsel, stimulert med oxytocin, epidural, blødning > 500 ml) hos "standard førstegangsfødende".
Definisjon: Førstegangsfødende, ikke-røyker, BMI < 30, ikke medisinske sykdommer, ikke alvorlige svangerskaps - komplikasjoner, ett barn i hodeleie, det planlegges vaginal fødsel til termin
- To grupper, < 35 år og ≥ 35 år

- Fordelen med begrepet standard førstegangsfødende fremfor ROBSON 1 er at det tas høyde for at røykere, overvektige, medisinsk syke eller kvinner med alvorlige svangerskapskomplikasjoner kan ha annen risikoprofil. Dessuten omfatter den ikke kvinner med planlagt keisersnitt som kommer inn i spontan fødsel.

- Andel ukomplisert fødsler
 - To grupper, < 35 år og ≥ 35 år
 - Definisjon: Ikke keisersnitt, vakuump eller tang. Ikke episiotomi, sfigterruptur eller blødning som krever transfusjon. Barnet har Apgar score ≥ 7 etter 5 min, overflyttes ikke neonatalavdeling, er ikke dødfødt. (Antallet ukompliserte fødsler i forhold til det samlede antall fødsler.)

Andel inngrep hos standard førstegangsfødende og andel med ukomplisert fødsel, det vil si friske gravide som føder uten inngripen og uten komplikasjoner for mor og barn, er registrert og tilgjengelig gjennom Medisinsk fødselsregister i Danmark i flere år. Norge bør legge seg på samme linje fordi det er gode kvalitetsindikatorer for ivaretagelse av den normale fysiologiske fødsel.

- Blødning som krever transfusjon

- Perinealrift 3A, 3 B, 3 C og 4 (prosent i forhold til vaginale fødsler)
- Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor / faglig omsorgsperson i den aktive fase av fødselen. Dette vil kreve ekstra registreringsarbeid, og det bør gjøres en pilot på dette på noen utvalgte fødesteder. Man kan tenke seg en fortløpende registrering i samtid, eller en vurdering i ettertid.

10.4.2 Kvalitetsindikator nyfødt

- Hudkontakt mor - barn rett etter fødselen. Kvinnen skal ha barnet hos seg uforstyrret, i alle fall en times tid (eller optimalt til den første ammingen har funnet sted) i minimum en halv time innen 1 time etter fødsel (denne kvalitetsindikatoren krever ekstraarbeid i forhold til dagens praksis og bør utprøves i en pilot)
- Apgar skår < 4 ved 5 min
- Respirasjonsstøtte (respirator, CPAP)
- Nyfødtintensivavdeling (NICU) opphold \geq 3 dager
- Reinnleggelse pga dehydrert eller ikterisk barn
- Neonatal død (0-27d)

10.5 Krav til informasjon og kommunikasjon

Når det gjelder forslag til skriftlig informasjon til fødende, se kapittel 15 som i sin helhet omtaler dette.

Det er nødvendig med system for kommunikasjon og informasjon innad og mellom tjenestenivåene. Dette innebærer både kommunikasjonslinjer og system for kommunikasjon mellom fødenivåer og fødeinstitusjoner, og system for kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for å sikre kvalitet og et helhetlig forløp.

Når det gjelder kommunikasjon innad i fødeinstitusjonene omtaler pk. 10.1. også dette.

11 Barselomsorgen

Det foreligger i dag ikke faglige nasjonale retningslinjer for barselomsorgen i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utarbeide retningslinjer på området, i sammenheng med utvikling og oppdatering av faglige nasjonale retningslinjer på hele feltet svangerskaps, fødsels- og barselsomsorg. Forslagene til krav, organisering, indikatorer og kommunikasjon i dette kapittelet må derfor leses på bakgrunn av at det skal påbegynnes et arbeid med faglige retningslinjer i løpet av 2010.

Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet* viser til at det bør legges til rette for at lokal jordmortjeneste også kan ha en sentral rolle i oppfølgingen i barseltiden. Jordmortjenesten i kommunen vil kjenne mange av familiene fra svangerskapsomsorgen. Det gjelder også familier med særlige behov, og sårbare grupper. Etter regjeringens syn må barseltiden organiseres på en måte som gjør at kvinner med helseproblemer etter fødsel fanges opp og tilbys individuell oppfølging. Videre påpeker Stortingsmeldingen at det legges til rette for at lokal jordmortjeneste kan ha en sentral rolle i oppfølging av mor og barn hjemme de første dagene etter fødselen i nært samarbeid med helsestasjon og fastlege. For å sikre en god overgang er det ønskelig at helsestasjon tar kontakt med hjemmet innen 72 timer etter utreise fra sykehus. Nødvendig oppfølging av mor og barn de første dagene må skje i samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. Første hjemmebesøk fra helsesøster har arbeidsgruppen anført at bør skje innen 10 dager etter hjemreise.

I de senere årene har det skjedd en endring i barselomsorgen. Oppholdet på sykehuset etter fødselen har blitt kortere. Denne utviklingen ser man i hele den vestlige verden. Når det gjelder barselomsorgen i Norge er det i dag store variasjoner og ulik praksis. For familier som reiser tidlig hjem oppstår det i dag lett en uavklart situasjon om ansvarsforhold når det gjelder barselomsorgen. Arbeidsoppgavene er ikke tydelig nok avklart mellom foretak og kommune, og kontakten med helsestasjonen er ofte ikke godt nok etablert ved hjemsendelse. Her er det et stort forbedringspotensial. Rutinene med hjemmebesøk fra helsestasjon er ulike, og mange får ikke hjemmebesøk før etter to uker.

Det er i dag et gap i oppfølgingen fra utskrivning fra føde-/barselavdelingen til helsestasjonen tar kontakt. På denne bakgrunn har de fleste større fødeinstitusjonene opprettet barsel- og amnepoliklinikker for å erstatte den hjelpen som tidligere ble gitt på sykehuset. Omfanget av denne ordningen er ikke kartlagt, men de fleste større fødeavdelingene og kvinneklinikkene har opprettet slike ordninger. Mange av disse tilbudene hører mer naturlig til der hvor kvinnene og familiene bor, og bør derfor legges til kommunehelsetjenesten. De fleste friske barselkvinner og barn trenger ikke spesialiserte tjenester på helseforetak. Imidlertid trenger de helsepersonell med tid og omsorg, og tjenester plassert og organisert i deres nærmiljø.

En konsekvens av en differensiert fødselshjelp er å tilby en differensiert barseltjeneste hvor et element er tidlig hjemreise for kvinner som selv ønsker det og som oppfyller kriteriene. Fra høsten 2005 har flere foretak satt i gang prosjekter om tidlig hjemreise for mor og barn som også omfatter mulighet for rådgivning hele døgnet. Erfaringene er overveiende positive.

11.1 Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling

Arbeidsgruppen påpeker at svangerskaps- og barselomsorg i utgangspunktet er forebyggende og helsefremmende helsetjenester som i størst mulig grad bør ivaretas av kommunehelsetjenesten. På landsbasis er trenden i dag redusert liggetid på barselavdelinger. Dersom barselomsorgen skal kunne styrkes på tross av dette, bør

kommunehelsetjenestens tilbud senest bygges opp parallelt med reduksjon i liggetid, ideelt i forkant.

Arbeidsgruppen mener videre at det må arbeides for aksept og anerkjennelse av de ulike profesjoners og parters roller og betydning herunder fastlege, helsesøster og jordmor. Jordmødre i kommunehelsetjenesten har mange steder svært små stillingsandeler og flere arbeidsgivere. Dette mener arbeidsgruppen kan virke negativt på samarbeidet rundt den gravide og senere barselfamilien.

Tidlig hjemreise er for mange en ønsket og god utvikling, forutsatt at kommunehelsetjenesten innehar kompetanse og kapasitet til å ivareta kvinnene, barna og familienes behov for barselomsorg og oppfølging den første tiden etter fødsel. Ved tidlig hjemreise må det derfor bygges opp kompetanse i kommunehelsetjenesten ved helsestasjonene for å utføre nødvendige medisinske undersøkelser av nyfødte. Det må blant annet sikres nødvendig kompetanse og kapasitet for å følge utvikling av gulsott hos nyfødte, og kvinner som reiser hjem før ammingen er kommet godt i gang, har også behov for oppfølging i kommunehelsetjenesten etter utskrivelse fra sykehuset. Det vises også til pågående prosesser i forbindelse med samhandlingsreformen.

11.2 Krav til bemanning og kompetanse

Før hjemsendelse etter fødsel fra fødestedet skal barnet undersøkes av lege med tilstrekkelig kompetanse. Med mindre mor eller barn har behov for oppfølging av spesialisthelsetjenesten ut over dette, kan familien reise hjem etter at denne undersøkelsen er foretatt. Videre oppfølging av kvinnen og barnet kan skje i kommunehelsetjenesten, forutsatt nødvendig kompetanse og organisering. Tidlig hjemsendelse i barseltiden stiller krav til kompetanse i kommunehelsetjenesten dersom man i større grad skal overta oppgaver som tidligere ble ivaretatt på barselavdelingene. Det er et mål å tilby en differensiert omsorg, der omsorgen og tjenestene som gis er tilpasset ulike behov.

For mange kvinner og familier vil det å motta omsorg og hjelp i barseltiden hjemme eller i nær tilknytning til hjemmet være positivt. Det å sikre at ammingen kommer i gang en viktig del av omsorgen, men flere kvinner trenger tid og kyndig hjelp til dette. Foreldre, særlig førstegangsførelde har ofte behov for ekstra oppfølging den første tiden når det gjelder spedbarnsstell og bistand for å oppleve å mestre egenomsorg og omsorg for barnet. Det bør legges til rette for at de som reiser tidlig hjem hvis de ønsker det, kan følges opp av jordmor med hjemmebesøk, avslutningssamtale etter fødsel og bistand til amming. Samarbeid med helsestasjon må etableres for å sikre tidlig god kontakt og hjemmebesøk. Styrket jordmor- og helsestasjonstjeneste i kommunehelsetjenesten med et nært og godt samspill med fastlege, avtaler mellom kommuner og foretak, samt mulighet for interkommunalt samarbeid vil gi muligheter for å tilby innbyggerne en differensiert barselomsorg med god kvalitet. Dette vil også være i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen.

11.3 System for oppfølging av kravene

Kravet til internkontroll innebærer at de ansvarlige for virksomheten etablerer nødvendige avtaler, rutiner og prosedyrer for å forebygge brudd på kravet om faglig forsvarlig helsehjelp. Det skal etableres et system for samhandling mellom foretak og kommune med formaliserte møter. Det bør legges opp til jevnlige (årlige) møter mellom ledelsen på foretaksnivå og politisk og administrativ ledelse i kommunen. Samhandlingsutvalg kan representere faglig/administrativt personell fra begge parter og inngå skriftlige avtaler om inn- og utskrivning av pasienter og rutiner rundt overføring av pasienter mellom tjenestenivåer. Det bør arrangeres faste samarbeidsmøter mellom allmennleger, helsesøstere og jordmødre i kommunen og med instansene på foretakene, samt andre relevante tjenesteytere for å sikre

god kommunikasjon, avtaleverk, evaluering og oppdatering av dette. Det er viktig å sikre systematisk og god brukerrepresentasjon inn i arbeidet.

11.4 Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer i barselomsorgen vil kunne utvikles i forbindelse med utviklingen av faglige retningslinjer for barselomsorgen. Arbeid med utvikling av faglige retningslinjer igangsettes av Helsedirektoratet i løpet av 2010. Utvikling av gode kvalitetsindikatorer er et arbeid som krever en egen og grundig prosess. Arbeidsgruppen har foreslått følgende kvalitetsindikatorer:

Kvalitetsindikatorer for barselomsorgen kan være

- Tidlig kontakt mellom familien og helsestasjonen etter utskrivning fra sykehuset. Arbeidsgruppen foreslår at slik kontakt skal være etablert innen 72 timer.
- Etablert amming etter fire uker, fullamming ved 6. måneders alder
- Andel helsestasjoner sertifisert som ammekyndige helsestasjoner
- Antall med etterutdanning i ammeveiledning
- Ekstra behov registrert og tiltak iverksatt, bruk av individuelle tilbud som avlastning o.a.

Det mangler i dag nødvendige data om de ovenstående indikatorene, og system for måling av kvalitet i barselomsorgen.

11.5 Krav til informasjon og kommunikasjon

Ved hjemreise skal kvinnen og hennes partner ha med seg telefonnummeret til barselavdelingen og til helsestasjonen de tilhører, kopi av føde og barnejournal, informasjon om eventuelt hjemmebesøk og oppfølging. Familiene bør informeres om at de kan kontakte helsestasjonen selv ved behov. Kvinnen og partner skal få informasjon hvis jordmor på barselavdelingen tar telefonisk kontakt med helsesøster/jordmor i kommunehelsetjenesten for å anbefale ekstra tidlig hjemmebesøk.

Det bør også foreligge skriftlig informasjon på sykehuset til familiene om videre oppfølging fra helsestasjonen. Kvinner som går til svangerskapskontroll ved kommunens helsestasjon får informasjon om helsestasjonen og helsesøster av kommunejordmor før fødselen. Helsesøster/jordmor gir muntlig informasjon under hjemmebesøket etter fødselen og eventuelt ved konsultasjon på helsestasjonen. Oppdatert skriftlig og nettbasert informasjon til brukerne bør foreligge.

12 Følgetjeneste og beredskap

Følgetjeneste er vurdering av kvinner i fødsel/gravide av kvalifisert helsepersonell og at den gravide/fødende får følge av kvalifisert helsepersonell til fødestedet, når det er vurdert som nødvendig. Beredskap i sammenheng med følgetjenesten innebærer organisering av vaktberedskap for kvalifisert helsepersonell. I St. meld. nr. 12 (2008-2009) er det lagt til grunn en rett til følgetjeneste for fødende med veiledende grense på halvannen times reisevei til fødestedet og behov for slik tjeneste.

Stortinget har vedtatt at ansvaret for følgetjenesten og nødvendig beredskap i forbindelse med dette blir overført til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2010. Ansvaret for transporten knyttet til følgetjenesten ligger allerede på regionale helseforetak på lik linje med ansvar for annen syketransport inklusiv ambulansetjeneste.

Formuleringen "ansvar for beredskap for følgetjeneste" er av enkelte kommuner tolket som om hele ansvaret for beredskap kan overlates til foretakene. Det har vært uro i forbindelse med dette. Helse- og omsorgsdepartementet har gjennomgått aktuelt regelverk, og finner det rimelig at finansieringsansvaret for følgetjenesten på sikt forankres i RHF - systemet. Hvordan dette skal skje vil bli utredet nærmere. Departementet ser for seg en overgangsperiode på ett til to år. Dette innebærer at dagens ordning med takstbasert finansiering over folketrygden for følgetjeneste videreføres inntil videre.

For å sikre de fødende i helseforetakenes ansvarsområde en forsvarlig følgetjeneste kan det være nødvendig for foretakene å inngå avtaler med kommuner om blant annet vaktberedskap. Den kommunale jordmortjeneste kan for eksempel etter avtale med foretak få ansvar for jordmødrenes vaktberedskap.

Følgetjenesten kan organiseres i samarbeid mellom prehospitale tjenester som legevakt og ambulanse og kommunal jordmortjeneste. Flere steder i landet er det etablert interkommunale avtaler og avtaler mellom tjenestenivåene for å løse oppgaven med følgetjeneste for fødende. Det bør være system for kommunikasjon og ansvars- og oppgavefordeling mellom den kommunale jordmortjenesten og aktuell fødeinstitusjon. På denne måten kan man tilby et trygt og forutsigbart lokalt tilbud.

Den pågående sentraliseringen av fødselshjelpen vil sannsynligvis stille andre og større krav til omfang av følgetjeneste der det blir lengre reiseveier for gravide, herunder også risikogravide, og fødende, for å sikre et forsvarlig tilbud.

12.1 Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling

Det forutsettes at helseforetak og kommuner inngår avtaler om jordmortjenester som sikrer felles ressursutnyttelse og sikrer innbyggerne et forsvarlig helsetilbud når det gjelder følgetjeneste for gravide innbyggere. I mange kommuner vil dette bety at kommunene må prioritere den lokale jordmortjenesten for å få til tilstrekkelig vaktberedskap.

Dersom reisetid til fødested er mer enn 1,5 time skal den fødende vurderes av lege eller jordmor på forhånd med tanke på transportmåte og behov for følge. På slike steder skal det finnes lokaliteter der jordmor kan lede fødselen på en tilfredsstillende måte dersom det vurderes at det ikke vil være tid til å transportere den fødende. Eller at kvinnen kan føde hjemme i ro og fred med jordmorhjelp. Følgetjeneste er et tilbud og bruk må avgjøres ut fra

en individuell vurdering relatert til behov. De fleste fødende vil kunne reise selv til fødeinstitusjonen uten bruk av følgetjeneste.

Vaktberedskap med tilbud om en vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for vurdering vil kunne forhindre unødvendige transporter og transportfødsler.

Som krav til følgetjeneste fra distrikt og inn til fødeenhet anføres følgende; Jordmor eller legekontakt vurderer klinisk status ved fødsel, har dialog med fødeenhet eller fødestue og vurderer transport med ambulanse - bil/båt/fly og behov for å følge av jordmor eller lege.

12.2 Krav til kompetanse

Etablert beredskap for følgetjeneste i samarbeid med ambulansetjenesten og fødestue må være på plass der det vurderes av de regionale helseforetakene og kommunene at det er behov for en slik tjeneste for å øke tryggheten til gravide og fødende. Følgetjenesten må omfatte jordmor eller lege med tilstrekkelig, oppdatert fødselskompetanse.

Gjennomgående jordmorkompetanse mellom helseforetak og kommuner og vurdering av mulighet for kombinasjonsstillinger mellom fødestuer og kommuner legger til rette for kontinuitet i tjenestene. Helseforetakene bør ha ansvaret for å tilrettelegge jordmortjenester, spesielt i kommuner med fødestuer – og tilgrensende kommuner til disse. Dette kan gjennomføres ved å eie eller å leie ut jordmorressurser, også i vaktberedskap, til disse kommunene. Et slikt tiltak vil på sikt kunne bidra til en mer helhetlig svangerskap – fødsel og barselomsorg i tråd med St. meld. nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet*. Dette vil også kunne imøtekomme en styrket følgetjeneste der det blir mer jordmorressurser som kan disponeres, hvilket igjen er positivt i forhold til rekruttering og stabilitet for fødestuer og følgetjeneste i utkantstrøk.

12.3 System for oppfølging av kravene

- Undervisning, trening og hospitering med aktiv tjeneste eller rotasjonsordninger. Treningen skal foregå sammen med aktuelt helsepersonell som er samarbeidspartnere. Det må etableres system for å dokumentere slik aktivitet.
- Det må også etableres system som sikrer god tjeneste for eksempel ved sykdom og annet fravær.

12.4 Kvalitetsindikatorer

- Andel fødende som har fått vurdering av jordmor eller lege før reise til fødested
- Antall transportfødsler med og uten kvalifisert assistanse.

12.5 Krav til informasjon og kommunikasjon

Informasjon om følgetjenesten og vaktberedskapen blant alle gravide i kommunen.

13 Perinataalkomiteene

Nytten av perinatal audit er godt dokumentert og Norge har vært et foregangsland i denne sammenhengen. "Perinatal audit" er vist seg å være til god hjelp for å evaluere, forbedre og lære av egne feil. Poenget er at uheldige hendelser skal ha en læringseffekt for de ansatte og at man kan finne systemfeil som bør rettes opp, og ikke fordele skyld blant involverte parter. Denne tradisjonelle måten perinataalkomiteene har arbeidet på har ført til at "suboptimal care" ikke har blitt behandlet. Fremtidens perinataalkomiteer bør derfor ha retningslinjer som fanger opp også disse hendelsene. Arbeidsgruppen beskriver et 3-delt system av perinataalkomiteer som utgangspunkt for videre diskusjon vedrørende organisering av deres arbeid.

13.1 Lokal komité på foretaksnivå

Medlemmer av en lokal perinataalkomite bør bestå av representanter for alle fødeinstitusjoner i Helseforetaket samt representanter for kommunehelsetjenesten. Sammensetning av gruppen kan bestå av gynekologer, barneleger, neonatalsykepleier, patolog, genetiker, jordmor fra foretak og kommune og kommunelege eller en allmennlege.

Følgende eksempler har tradisjonelt vært aktuelle for de lokale perinataalkomiteene

- Intrauterin fosterdød fra og med svangerskapsvarighet 22 uker og 0 dager. Ved usikker svangerskapsvarighet; ≥ 500 gram
- Intrapartal fosterdød
- Alle barn som dør til og med 28 dager etter fødsel
- Alle tilfeller av asfyksi med apgar score lavere enn 6 ved 5 min
- Alle tilfeller av maternell død
- Transportfødsler/ikke planlagte hjemmefødsler

Perinataalkomiteene går igjennom sakene anonymt og resultatet klassifiseres i tre kategorier som unngåelig, mulig unngåelig og uunngåelig. Dersom uhellet kategoriseres som mulig unngåelig eller unngåelig bør saken klassifiseres som feil ved ytelse av helsehjelp, systemfeil eller svikt i egenomsorg.

Arbeidsgruppen foreslår følgende saker i tillegg:

- Gjennomgang av hver 10. keisersnitt som ikke innbefatter de som inngår over
- Gjennomgang av hver 10. vakumforløsning som ikke innbefatter de som inngår over
- Gjennomgang av hver 10. tangforløsning som ikke innbefatter de som inngår over
- Gjennomgang av hver 20. vaginale forløsning som ikke innbefatter de som inngår over
- Alle perinealrifter grad 3c og 4
- Alle overflyttinger til neonatalavdelinger umiddelbart etter fødsel

Hvert år rapporterer man inn til den regionale perinataalkomite antall saker som har vært til behandling, og utfall av komiteenes vurdering. De lokale perinataalkomiteene skal ha eget budsjett. Medlemmene må få godtgjørelse for møtedeltakelse som foregår i fritiden.

13.2 Regional perinataalkomite

Sammensetning av gruppen, alle helseforetak i regionen skal være representert og kan bestå av gynekologer, barneleger, patolog, genetiker, jordmor fra foretak og kommune og kommunelege eller en allmennlege.

Regional perinataalkomite har ansvar for at helseforetakene har fungerende lokale perinataalkomiteer og mottar rapporter fra disse komiteene. Regional komité arrangerer årlige samlinger/kurs for målgruppen og er rådgivende instans for RHF ene i saker av perinatalmedisinsk karakter. Gruppen bør ha eget budsjett og sekretariat. Medlemmer må avlønnes for møtedeltakelse dersom møtene finner sted utenom arbeidstid.

13.3 Nasjonal perinataalkomite

Arbeidsgruppen foreslår at denne nasjonale komiteen også har funksjon som Nasjonalt råd for fødselsomsorg. I denne gruppen er alle RHF ene representert. Gruppen kan bestå av gynekologer, barneleger, patolog, genetiker, jordmor fra foretak og kommune og kommunelege eller en allmennlege, helsesøster og brukerrepresentanter. I tillegg representanter fra kommuneadministrasjonen og foretaksadministrasjonen.

Komiteen kan arrangere årlige samlinger/kurs for målgruppen. Være rådgivende organ for Helsedirektoratet i saker av perinatalmedisinsk karakter. Kan også samarbeide med Medisinsk fødselsregister om utarbeidelse av aktuelle statistikker for perinatalomsorgen og angi fokus-områder for det perinatalmedisinske arbeidet.

14 Medisinsk fødselsregister

Forslag til utvikling og bruk av Medisinsk fødselsregister (MFR) som kvalitetsforbedringsverktøy for tjenesten.

Medisinsk fødselsregisters virksomhet er nærmere regulert i Helseregisterloven og Medisinsk fødselsregisterforskriften. Etter forskriften er ett av formålene med registeret å drive, fremme og gi grunnlag for forskning med sikte på å bedre kvaliteten innen svangerskapsomsorg, fødselshjelp og nyfødtsomsorg ved identifisering og overvåking av kvalitetsindikatorer. Opplysningene i MFR kan brukes til styring, planlegging og kvalitetssikring av helsetjenesten, utarbeiding av statistikk og til forskning.

Som ledd i Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre (Gode helseregistre – bedre helse, Folkehelseinstituttet 2009) har Folkehelseinstituttet prioritert prosjektet "Dagens fødselstall" med formål å fullføre innføring av elektronisk fødselsmelding og utvikle et system med rask tilbakemelding av relevant statistikk til fødeinstitusjonene. I november 2009 ble institusjonsstatistikk distribuert fra MFR til alle fødeinstitusjoner (tall for perioden januar 2008-august 2009). Den interne MFR rapporten inneholdt data om antall fødte og dødfødte, utvalgte svangerskaps - komplikasjoner og obstetrisk intervensjon fordelt på over 50 fødeinstitusjoner. Tall ble videre presentert i Robson klasser for 40 institusjoner med et visst volum av keisersnitt. MFR er i dialog med fødeinstitusjonene og vil opprette en faggruppe med representasjon fra fagmiljøene for å få råd i forhold til den videre utviklingen av institusjonsstatistikken, bl.a. gjennom innspill til kvalitetsindikatorer, og til utvikling av en forbedret versjon av fødselsmeldingen. Planen videre er å avholde årlige møter der fødeinstitusjoner og barne- og nyfødtavdelinger er representert (første møte med fødeinstitusjonene var i Bergen i november 2009).

MFR rapporten i 2009 ble publisert som en "papir"-rapport. Alternativt kan institusjonsstatistikken publiseres i MFRs statistikkbank som i dag er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets nettsider med fylke og fødestedstype (institusjoner med < 50, 50-499, 500-1499, 1500-2999, og 3000 eller flere fødsler årlig) som laveste grupperingsnivå. Ved offentliggjøring av statistikk på institusjonsnivå vil man måtte ta spesielle hensyn for de minste institusjonene. Dette kan være å slå sammen for eksempel fødestuene i en region eller presentere data for lengre tidsrom et ett år. Dette vil gjøres både for å unngå store svingninger som skyldes tilfeldigheter og av konfidensialitetshensyn. Denne type aggregering av data er avhengig av hvilke variabler statistikken inneholder og statistikken utforming. Avgjørelsene vil tas i samarbeid med fagmiljøene. Det er også viktig å treffe tiltak som gir tilfredsstillende kvalitetssikring av tallene fra institusjonenes side. Målet med Dagens fødselstall er å publisere institusjonsstatistikk med 3-6 måneders forsinkelse og kan skje for eksempel 2 ganger årlig. Dette vil forutsette at elektronisk innrapportering av fødsel fungerer bedre enn i dag og at meldingsformatet er endret til å inneholde mindre fritekst enn dagens melding, som krever betydelig manuell håndtering i MFR.

MFR vil arbeide for å forbedre datagrunnlaget for kvalitetsindikatorer og stratifisering i risikogrupper. Dette er i tråd med St. meld. nr. 12 (2008-2009).

15 Forslag til informasjon til brukere av tjenesten

Arbeidsgruppen har forslått at Helsedirektoratet utarbeider nasjonal mal for informasjon som kan tilpasses lokalt. HF og kommuner skal i samarbeid supplere slik generell informasjon med beskrivelse av lokale tilbud slik at informasjonen fremstår som en helhet. Det er viktig i ivareta at alle brukere har rett på forståelig informasjon om svangerskap, fødsel og barseltid. Denne må være lett tilgjengelig på nett og i opptrykket versjon og på flere språk. Som innspill gjengis i dette kapittelet informasjon om keisersnitt, smertelindring under fødsel og igangsettelse av fødsel. Dette er en generell og overordnet informasjon. Lokale rutiner og tilbud vil være noe ulike ut fra fødeinstitusjonenes organisering og størrelse og bør suppleres med detaljert informasjon. Denne informasjonen er laget på bakgrunn av gjeldende retningslinjer. Informasjonen vektlegger kvinnens rettigheter, medvirkning og tydeliggjør medisinsk ansvar for beslutninger som tas. Informasjonen er generell i forhold til komplikasjoner, det vil si at tall ikke angitt.

15.1 Keisersnitt

Ideelt sett skulle alle kvinner føde på vanlig måte (vaginalt). Men for mange kvinner er det av ulike årsaker ikke den beste løsningen. Keisersnitt er nødvendig når vanlig fødsel innebærer større risiko for mor eller barn. Planlagt keisersnitt er aktuelt når dette kan vurderes på forhånd, mens akutte keisersnitt gjøres underveis i fødselen hvis det oppstår komplikasjoner.

Det er forskjeller mellom de ulike fødeavdelingene i Norge når det gjelder hvor stor andel av de fødende som forløses ved planlagt keisersnitt. Totalt sett er andelen i Norge betydelig lavere enn i mange andre land, uten at dette innebærer høyere risiko for mor eller barn.

Keisersnitt er generelt en trygg operasjon, men komplikasjoner som blødning, infeksjoner eller blodpropp kan oppstå og barnet får oftere pusteproblemer etter fødselen. Svært alvorlige komplikasjoner hos moren kan forekomme, men de er heldigvis sjeldne. De oppstår oftere ved keisersnitt enn ved normal fødsel, og det er derfor viktig at avgjørelsen om keisersnitt er nøye vurdert og godt begrunnet.

Planlagt keisersnitt

Ved planlagt keisersnitt har legen vurdert hva som taler for keisersnitt framfor normal fødsel. I denne vurderingen er også dine synspunkter viktige, selv om den endelige avgjørelsen ligger hos den som har det medisinske ansvaret. Det er viktig å ha en god dialog om dette før avgjørelsen blir tatt.

Det er liten risiko for alvorlige komplikasjoner ved planlagt keisersnitt hos fysisk friske kvinner. Men som ved alle andre operasjoner, kan det oppstå infeksjoner og større blødninger. Etter operasjonen er plager som smerter, trøtthet og kvalme vanlig de første dagene. Noe av dette kan motvirkes med gode opplegg for smertelindring. Aktivitet er positivt, og gjør at du raskere føler deg i bedre form etter operasjonen. Det minsker også risikoen for blodpropp, som er en alvorlig komplikasjon. De fleste er ute av sengen den dagen de blir operert, og reiser hjem etter 2-4 døgn.

Før operasjonen

Keisersnitt planlegges oftest nær termin for at barnet skal være så modent som mulig. Noen ganger starter fødselen før den planlagte datoen, enten ved rier eller ved at fostervannet går. I så fall må du kontakte fødeavdelingen med en gang. Keisersnittet vil da bli

framskyndet, men ellers gjort på samme måte som planlagt. I noen slike tilfeller vil det beste være å la fødselen gå normalt (vaginalt). Dette bør du være orientert om på forhånd. Du vil få detaljert informasjon fra din fødeavdeling om hvordan du skal forberede deg før operasjonen og om hva som skjer i avdelingen.

Operasjon og bedøvelse

På operasjonsstua er det ofte mange personer til stede fordi både jordmor, anestesipersonell og operasjonspersonell har sine spesielle oppgaver under inngrepet. Ofte er det også personell under opplæring til stede.

Det vanligste er å gi ryggbedøvelse (spinal- eller epiduralbedøvelse). Dette er som oftest å foretrekke framfor full narkose. Ved ryggbedøvelse er du våken og opplever at barnet ditt blir født. Partneren din eller en annen voksen person kan være tilstede under operasjonen, og du kan få barnet opp til deg og eventuelt amme det.

Selve operasjonen tar ca 30-45 minutter, og det legges oftest et "bikinisnitt". Det tar bare noen få minutter fra operasjonen starter til barnet er født. Dersom det oppstår uforutsette komplikasjoner, må ledsageren din være forberedt på å forlate operasjonsstua. Det er legen som opererer deg som bestemmer dette. De første timene etter operasjonen må du være på overvåkningsavdelingen, men du kan likevel få amme barnet.

Barseloppholdet

Barseloppholdet ditt vil i stor grad være som for andre barselkvinner. Du har barnet inne hos deg, og tar i størst mulig grad selv ansvar for å stelle barnet ditt. De ansatte på barselavdelingen vil legge til rette for at du kan komme godt i gang med amming.

Hvis du er fysisk aktiv, vil du få mindre problemer med luft smerter og du vil ha mindre behov for smertestillende medikamenter. Du vil få informasjon om passelig opptrening etter fødselen, spesielt bekkenbunnstrening. Generelt er det gunstig å komme tilbake til normal aktivitet så snart som mulig, men du bør unngå de aller tyngste løftene en måneds tid.

Hva med neste fødsel?

Det er ofte mulig med normal fødsel etter keisersnitt. Du får god informasjon om hvordan dette stiller seg i ditt tilfelle, enten på forhånd eller i hvert fall før du drar hjem.

Akutt keisersnitt

De vanligste grunnene til at det må gjøres akutt keisersnitt underveis i fødselen, er heldigvis ikke dramatiske. Årsakene kan være at fødselen går unormalt langsomt framover fordi mormunnen ikke åpner seg, riene ikke er effektive nok eller at barnets hode står i en ugunstig posisjon. Akutt keisersnitt kan også være nødvendig hvis barnet viser tegn til at det ikke får tilstrekkelig oksygen. Disse keisersnittene bør gå meget raskt – og personalet er rutinert og forberedt på akkurat det. Også i disse situasjonene kan ryggbedøvelse være mulig, men noen ganger vil svært akutte keisersnitt bli utført i narkose.

Barseltiden etter et akutt keisersnitt vil vanligvis være som etter et planlagt, særlig hvis det er utført i ryggbedøvelse. Men dersom fødselen er kommet langt før keisersnittet blir gjort, er det større risiko for blødning, og du kan trenge litt lenger tid for å komme deg. I noen tilfeller er blodoverføring aktuelt.

Informasjon om hva som skjer, vil nødvendigvis bli kortfattet i den akutte situasjonen. Men etterpå er det viktig at du og din partner får en god gjennomgang av hva som har skjedd og anledning til å stille spørsmål. Du bør få klar informasjon om keisersnittet har betydning for seinere graviditeter og fødsler. Det kan også være klokt å avtale en ettersamtale etter noen uker, gjerne med partneren din tilstede. Hvis du ikke har fått en slik avtale, og føler at du sliter med opplevelsen når du kommer hjem, bør du kontakte din fastlege eller jordmor. De kan henvise deg for oppfølging ved fødeavdelingen.

15.2 Smertelindring under fødsel

Fødsel innebærer smerte og anstrengelse, men opplevelsen kan være veldig forskjellig. Noen fødsler er mer smertefulle fordi de varer lenger, er kompliserte eller er spesielt intense. Det er også forskjell på opplevelsen mellom førstegangsfødende og flergangsfødende, både på grunn av fødselsvarigheten, men også på grunn av tidligere fødselserfaring. Det er lettere å takle fødselssmerte hvis man føler seg trygg, derfor er det viktig at man har jordmoren tilstede i den aktive delen av fødselen.

Det er fint om du sier fra om dine tanker og ønsker om smertelindring, gjerne før fødselen. Da er det lettere å gi deg den hjelpen du trenger.

Omsorg, motivasjon for fødsel, trygghet og tilstedeværelse av en voksen person kan gjøre det mulig å takle normale fødselssmerter med bruk av enkle smertelindrende tiltak som varme bad, massasje, steriltvannspapler (punktvis injeksjon av små mengder sterilt vann under huden), akupunktur og avspenning. Akupunktur gis av jordmødre med spesiell opplæring. Mange opplever at slike smertestillende tiltak har god effekt, og er gode alternativer for de som ønsker å unngå medisinsk smertelindring. Å være i bevegelse virker som oftest også godt.

I den første fasen av fødselen der livmorhalsen endres og før fødselen virkelig starter, er disse tiltakene viktige. Det er en fordel med god menneskelig støtte og oppmuntring så du ikke blir motløs i denne fasen.

I den aktive delen av fødselen, det vil si når mormunnen har blitt myk og åpner seg og riene er regelmessige, kan du oppleve behov for ytterligere smertelindring. Noen steder tilbys lystgass. Smertestillende injeksjon (morfin) er lite aktuelt da det er sløvende, og kan være uheldig for barnet.

Regional bedøvelse (epidural- eller fødespinalbedøvelse) benyttes ved om lag en tredjedel av fødslene i Norge, og kan tilbys ved de fleste fødesteder. Epidural settes av anestesilege og er sjelden forbundet med alvorlige komplikasjoner. Men bedøvelsen kan gi svakere rier og langsommere fødselsframgang. Noen få opplever hodepine etter fødselen, og enkelte får midlertidig nedsatt nervefunksjon i beina etter epidural. Varige forandringer er imidlertid svært sjeldne.

Du får lokalbedøvelse først, og ved hjelp av en nål føres et kateter (en tynn slange) inn i epiduralrommet i ryggraden og blir liggende til fødselen er over. Gjennom kateteret gis kontinuerlig smertestillende medisin som bedøver nerverøttene. Bevegelsesnervene blir lite påvirket av medisinen og du vil vanligvis fortsatt kunne gå oppe og være aktiv under fødselen. Epiduralbedøvelse er særlig nyttig under åpningsfasen. Under trykktiden kan det være nødvendig med lokalbedøvelse i tillegg.

Hvis fødselen er kommet så langt at barnet snart vil bli født, er ikke epidural så godt egnet fordi den ikke rekker å få god effekt tidnok. Spinalbedøvelse, som virker raskere og varer ca to timer, kan være aktuelt. Den må settes av anestesilege som et stikk i ryggen og injeksjon av bedøvelse.

Ellers kan jordmor eller lege gi en bedøvelse av nervene i nedre del av skjeden – såkalt pudendalbedøvelse. Den settes med et stikk på hver side innvendig i skjeden og virker raskt. Det er også vanlig at jordmor setter lokalbedøvelse ved skjedeåpningen i siste del av trykktiden. Det er vanlig å anbefale epidural ved setefødsel, tvillingfødsel, ved høyt blodtrykk eller svangerskapsforgiftning.

15.3 Igangsettelse av fødsel

Naturlig fødselsstart innbærer et nøye samspill mellom mor og barn. Fødselskanalen endres fram til fødselen starter. Hormoner og andre faktorer fra både mor og barn påvirker livmoren. Livmorhalsen blir avflatet, myk og tøyelig, mormunnen begynner å åpne seg og barnets hode trenger dypere ned i bekkenet. Livmoren blir mer følsom for rirframkallende stoffer, og kynnerne kan bli hyppigere og iblant smertefulle.

En fødsel som starter av seg selv er et godt utgangspunkt for en normal fødsel. Metodene man har for å sette fødselen i gang kan ikke helt måle seg med den normale prosessen. Det lykkes ikke alltid fordi kroppen ikke er klar til fødsel. Fødselsforløpet kan bli mer komplisert, og krever mer overvåkning. Det lykkes oftere å få fødselen i gang nær termin og hos de som har født vaginalt tidligere.

Årsaker til at fødselen settes i gang

Omtrent hver 10. fødsel i Norge settes i gang av hensyn til mor eller barn. Fordelen ved å sette fødselen i gang, må være større for mor og barn enn risikoen ved å fortsette svangerskapet. Overtidighet, dvs at du ikke har gått i fødsel selv om svangerskapet har vart i 42 uker, er en vanlig grunn. En annen grunn er at du får vannavgang, men ikke utvikler rier innen rimelig tid. Ellers er igangsetting aktuelt ved flere medisinske tilstander. Det er viktig at du får god informasjon om hvorfor legen anbefaler å starte fødselen på en kunstig måte.

Metoder for igangsettelse av fødsel

En innvendig undersøkelse vil fortelle noe om hvor langt den normale endringen av livmorhalsen er kommet. Basert på dette velges den metoden som gir best sjanse for å lykkes.

Dersom livmorhalsen er fast og mormunnen lukket, er det aktuelt å gi et medikament i skjeden med noen timers mellomrom. Et annet alternativ er å legge et kateter med en liten ballong inn i livmorhalsen. Dette får mormunnen til å åpne seg gradvis. Etter hvert utvikles gjerne rier, og man kan ta vannet (dvs ta hull på fosterhinnen). Dette vil også bidra til at riene kommer i gang. Om nødvendig suppleres med et ristemulerende drypp. Hvis kroppen din ikke er helt klar for å gå i gang med fødselen, må du være forberedt på at igangsetting kan ta to-tre dager. Mens du venter på at fødselen skal komme i gang, kan du være oppe som vanlig.

Hvis forholdene ligger til rette for det, og mormunnen er begynt å åpne seg, er det mulig å starte direkte med å ta vannet og gi drypp med ristemulerende medisin.

Komplikasjoner

Det er oftere nødvendig å gripe inn underveis i en kunstig igangsatt fødsel, og det kreves elektronisk overvåkning for å sikre at barnet har det bra. Det betyr at igangsatte fødsler er mer ressurskrevende enn vanlige fødsler. I travle perioder kan det derfor være nødvendig å forskyve igangsettelsen noe for å sikre en trygg oppfølging av deg og barnet ditt.

Igangsettelse av fødselen kan også gi for intens rirvirksomhet som kan stresse barnet. Dersom dette skjer, kan du få medisin for å dempe riene. Noen ganger er det ikke mulig å få fødselen i gang, og da kan det bli nødvendig med keisersnitt.

En god opplevelse

Denne brosjyren gir deg en oversikt over de mulighetene du har for fødsel dersom du ikke kan føde på vanlig måte.

En fødsel innebærer alltid anstrengelse både for mor og barn, enten den skjer på vanlig måte eller ved noen av de alternativene som er beskrevet her. Men du skal være trygg for at de ansatte på din fødeavdeling vil bidra til at fødselen går så greit som mulig, uavhengig av

metode. Målet er at fødselen og den første tiden sammen med barnet ditt skal være en god opplevelse.

Lykke til med fødselen!

16 Vedlegg

16.1 Oversikt over fødselsutfall 2000 – 2008

Tabell 2 Data er hentet fra en analysefil fra Medisinsk fødselsregister, filen inneholder alle registrerte fødsler mellom 2000-2008. I perioden 2000-2008 er det registrert 521.769 fødsler etter 22 fulle svangerskapsuker. I 2008 er det registrert 60.604 fødsler etter 22 fulle uker

	2000-2008 Antall (%)	2008 Antall (%)
Svangerskapsvarighet		
Født uke 22-28	2804 (0,5)	315 (0,5)
Født uke 28-32	4279 (0,8)	447 (0,7)
Født uke 32-36	18767 (3,6)	2104 (3,5)
Født uke 36-37	14731 (2,8)	1673 (2,8)
Født mellom uke 37 og 42	451820 (86,6)	53387 (88,0)
Født etter uke 42	29368 (5,6)	2758 (4,5)
Alvorlig sykdom hos mor før svangerskapet		
Kvinner som hadde en eller flere av følgende tilstander: kronisk hypertensjon, kronisk nyresykdom, hjertesykdom, epilepsi eller diabetes type 1 eller 2	14911 (2,9)	1923 (3,2)
Alvorlige komplikasjoner i svangerskapet		
Kvinner som hadde en eller flere av følgende tilstander: Alvorlig preeklampsi, tidlig preeklampsi, eklampsi, HELLP, forliggende morkake, svangerskapsdiabetes	11006 (2,1)	1276 (2,1)
Andre komplikasjoner i svangerskapet		
Kvinner som hadde en eller flere av følgende tilstander: Hypertensjon alene, oppstått under svangerskapet, lett preeklampsi, blødning etter uke 28	26580 (5,1)	3235 (5,3)
Andre forhold i svangerskapet		
Førstegangsfødende	186066 (35,7)	26460 (43,6)
Foster i seteleie	23171 (4,5)	2641 (4,4)
Foster i tverrleie	2254 (0,4)	250 (0,4)
Flerlinger	10131 (1,9)	974 (1,6)
Førstegangsfødende >35 år	15573 (3,0)	2484 (4,0)
Flergangsfødende >38 år	31500 (6,0)	3425 (5,6)
Kvinnen har tidligere keisersnitt	42904 (8,2)	5249 (8,6)
Kvinnen har tidligere dødfødsel (n=453083)	4080 (0,1)	463 (0,8)
Indusert fødsel	69129 (13,3)	9579 (15,8)
Keisersnitt før fødselsstart	44389 (8,5)	5225 (8,6)
Lavrisikofødende		
Kvinner som startet fødselen spontant mellom uke 37 og 42, hadde et foster i hodeleie og som ikke hadde noen av følgende tilstander: primær operativ forløsning, tidligere dødfødsel, tidligere keisersnitt, kronisk hypertensjon, kronisk nyresykdom, hjertesykdom, epilepsi, diabetes (alle former), blødning etter uke 28, hypertensjon alene, oppstått i svangerskapet,	319150 (61,2)	36734 (60,1)

preeklampsi, eklampsi, HELLP, foreliggende morkake eller intrauterin fosterdød før fødselen startet.		
Lavrisikofødende, bare flergangsfødende	183127 (35,1)	20384 (33,6)

Kilde: Medisinsk fødselsregister, Folkehelseinstituttet. 2010. Ellen Blix

De antatte normalfødende (avrisikofødende) kan føde ved alle nivåer, inkludert fødestue, normalenhet og hjemme. Omkring 40 prosent av alle fødende skal selekteres til lokalsykehus eller kvinneklinikk. Denne beregningen baserer seg på data fra MFR, og ikke på selektering i "det virkelige liv". Det mangler data som vanligvis tas med i vurdering om seleksjon, som kroppsmasseindeks (KMI), om kvinnen kan norsk, fødselsangst og tidligere etterbyrdsblødning. Røykevaner er antakelig underrapportert og er derfor ikke tatt med. Dette er altså en omtrentlig vurdering.

Tabell 3 Oversikt over fødselsutfall 2000 - 2008.

UTFALL	2000-2008 Antall (%)	2008 Antall (%)
Keisersnitt alle	83118 (15,9)	10406 (17,1)
Keisersnitt lavrisikofødende	12306 (3,9)	1639 (4,5)
Tang/vakuum alle	44765 (8,6)	5683 (9,4)
Tang/vakuum lavrisikofødende	25615 (8,3)	3420 (9,3)
Episiotomi alle	85858 (16,5)	9614 (15,8)
Episiotomi lavrisikofødende	54098 (17,0)	6071 (16,5)
Epidural alle	138521 (26,5)	17080 (28,1)
Epidural lavrisikofødende	72948 (22,9)	9263 (25,2)
Dystoci alle (tilnærmet lik oksytocinstim)	165586 (31,7)	19833 (32,7)
Dystoci lavrisikofødende	97998 (30,7)	11490 (31,3)
Blødning >1500/transfusjon alle	6375 (1,2)	1066 (1,8)
Blødning >1500/transfusjon lavrisikofødende	2522 (0,8)	451 (1,2)
Perinealruptur grad 3-4 alle	15764 (3,0)	1317 (2,2)
Perinealruptur grad 3-4 lavrisikofødende	10465 (3,3)	893 (2,4)
Perinatal dødelighet alle (fra uke 22)	2252 (4,3/1000)	223 (3,7/1000)
Perinatal dødelighet lavrisikofødende	50 (0,2/1000)	5 (0,1/1000)
Neonatal dødelighet alle	1221 (2,3/1000)	144 (2,4/1000)
Neonatal dødelighet lavrisikofødende	191 (0,6/1000)	17 (0,5/1000)

Kilde: Medisinsk fødselsregister, Folkehelseinstituttet. 2010. Ellen Blix

16.2 Fødedata MFR

Tabell 3. Dette er data som Medisinsk fødselsregister ønsker å utgi årlig.

Antall fødsler (%) < 34 fullgatte uker
Fødselsinduksjon i % av alle fødsler, inkludert PROM > 24 timer uten rier
Medikamentell induksjon
Planlagt keisersnitt
Vaginal setefødsel i % av alle setefødsler.
Keisersnitt i % av alle fødsler
Planlagt keisersnitt (% alle keisersnitt)
Utført som planlagt i % av de planlagte
Utført som akutt i % av de planlagte
Akutte keisersnitt (% alle keisersnitt)
Vaginal operativ forløsning i % av alle fødsler
Tang i %

Vakuum i %
Perinealtuptur grad III og IV i % av alle vaginale fødsler ¹²
Stor blødning (estimat ≥ 1500 ml og/eller blodtransfusjon) ^{13 14}
Apgar score ($\geq 37 - 42$ uker)
< 7 etter 5 minutter i % av alle levendefødte ≥ 37 uke
< 4 etter 5 minutter i % av alle levendefødte ≥ 37 uker
Perinatal mortalitet av alle fødte barn > 22 fullgatte uker
Antall SGA-barn (%) født ≥ 37 uker (MFRs kjønnsespesifikke vekter)
Antall LGA-barn (%) født ≥ 37 uker (≥ 4500 g)
Epiduralanalgesi ved vaginale fødsler i % av samtlige vaginale fødsler

16.3 Eksempel på melderutiner

Kvinneklinikken ønsker at melderutiner skal gjenspeile at vi er kontinuerlig opptatt av kvalitet og forbedringsarbeid. Alle ansatte må kjenne til våre melderutiner og bruke dem der dette er påkrevd. Vi vil her omtale våre melderutiner.

1. Melding om avvik

Prosedyrer, skjemaer og meldeveier for uønskede hendelser/avvik finnes på XX Intranettsider. Alle skjemaer og prosedyrer er samlet på ett sted, og du får tilgang via Intranettets førsteside under "Viktige rutiner" - Melding om avvik. Siden viser kart over meldeveier og har aktive lenker til dokumenter som gjelder for de ulike hendelser man ønsker å melde. Melder må være pålogget i Docmap (brukernavn og passord) for å kunne melde. Kvinneklinikkens avdelingsadministrator i Docmap er XX.

2. Melding til kvalitetsutvalg/helsetilsyn (IK-2448) Skade på pasient og/eller svikt på medisinsk utstyr

Melding om pasientskade/forhold som kunne ført til betydelig pasientskade skal meldes på Skjema IK-2448 fra Statens Helsetilsyn og skal sendes til sykehusets kvalitetsutvalg. Dette skjema finnes både i DIPS og i Docmap.

Til Kvalitetsutvalget skal følgende meldes

Betydelig skade på pasient og forhold som kunne ført til betydelig skade. Lov om spesialisthelsetjenesten (§3.3) definerer meldeplikt til Fylkeslegen. Skaden anses betydelig dersom den er av en slik art og/eller at den vil få vesentlige konsekvenser for pasientens sykdom, lidelse eller innebærer vesentlige smerter eller redusert livsutfoldelse på kortere eller lengre sikt. Vi skal altså melde skade på pasient og forhold som kunne ført til betydelig skade (se "Veiledning til IK-2448"). Det er Kvalitetsutvalget som bestemmer om en sak skal videresendes til Helsetilsynet, hvilket skjer i de fleste tilfeller. Når det gjelder skade på personell (ansatte), se retningslinjer under Melding om avvik.

Hva skal meldes i faget fødselshjelp og kvinnesykdommer?

Vi vil definere noe nærmere hva vi mener bør meldes innen vårt fagfelt med spesielle angivelser for fødselshjelp, gynekologi og IVF. Dersom det skjer en skade på pasient (i fødselshjelp mor og/eller barn), eller det oppstår forhold som kunne ført til betydelig skade, skal vi melde hendelsen.

Det vil være tilfeller der det er opplagt at man skal melde, andre ganger vil det være tvil og rom for skjønn. Disse saker bør diskuteres med seksjonsleder/avdelingsoverlege/-avdelingsleder. Eksempelvis vilskader som ansees som påregnelig risiko ikke alltid måtte meldes. Vi mener for eksempel at sfinkterskader (perinealruptur grad 3) ikke skal meldes, men derimot perinealruptur grad 4. Hvis avdelingen har mange perinealruptur grad, 3 vil dette fanges opp i vårt elektroniske pasient-registreringssystem Partus, og avdelingen kan således sette i gang forbedringstiltak om påkrevet. Skader/uventet dårlig utfall ved

fødsler bør meldes selv om de i litteraturen er en kjent komplikasjon. Det er også viktig at vi melder saker der prosedyrer ikke er fulgt (eller der det foreligger mangelfulle prosedyrer), eller der det er grunn til å tro at andre kan stille spørsmål ved om den utredning/behandling vi har gitt pasienten er adekvat.

Hvem skal melde?

Det er den som har opplevd aktuelle hendelse som skal melde. Er flere involvert må disse diskutere hvem som skal melde. I prinsipp kan alle melde en hendelse. Avdelingssykepleier, avdelingsjordmor, seksjonsoverlege og avdelingsoverlege/avdelingsleder har et særskilt ansvar i å påse at hendelser som bør meldes faktisk blir meldt. Det er viktig at det helsepersonell som har vært involvert i en hendelse får tilbakemelding når saken er ferdigbehandlet i Kvalitetsutvalget og eventuelt Helsetilsynet.

Det bør en gang per år være møte på seksjons- og/eller avdelingsnivå angående meldte saker. Dette for informasjon og læring, og for at vi kan initiere forbedringstiltak. Sakene skal også behandles i XX-utvalg.

Hva skal meldingen inneholde?

1. Hva som skjedde
2. Hvorfor det skjedde
3. Hvilken følge det har fått for pasienten
4. Hva som er gjort for å begrense skaden
5. Hvilke tiltak som er gjennomført for å hindre at lignende skader skjer igjen

Hvis ikke alt dette er mulig å svare på, send saken videre

Følgende hendelser skal meldes

Fødsel – mor

1. Betydelig mangel i overvåking av svangerskapet der XX har vært involvert
2. Betydelige mangler i overvåking av fødselen eller postpartum
3. Omfattende rifter og skader på fødselsveiene (oftest ved operativ vaginal forløsning) ut over det som kan anses som påregnelig risiko. Alle perinealrupturer grad 4 skal meldes
4. Perforasjon av uterus ved intrauterine inngrep etter fødselen
5. Utilsiktet skade på annet organ (kar, ureter, blære, tarm, direkte eller ved perforasjon via uterus)
6. Galt medikament og/eller feil dose
7. Gjenglemte kompresser, tuffere, instrumenter i abdomen eller vagina.
8. Sårinfeksjoner/rupturer som fører til reoperasjon
9. Reoperasjon etter keisersnitt
10. Postpartumblødning > 2000 ml eller \square 4 enheter blod transfundert
11. Urinretensjon etter fødsel > 1000 ml
12. Utstørsfeil/mangler
13. Annet – etter vurdering

Fødsel – barnet

1. Betydelig mangel i overvåking av svangerskapet (teknikk/tolkning)
2. Betydelig mangel i overvåking av fødselen (teknikk/tolkning)
3. Uventet dårlig barn etter forløsning
4. Metabolsk acidose. Barn med pH < 7,05 og BD > 12 i a. umbilicalis ved forløsning og/eller Apgar score $_$ 5 etter 5 minutter
5. Frakturer av ekstremitetsknokler eller kranium
6. Brachialisparese
7. N. facialisaffeksjon
8. Større subgaleale hematomer
9. Store hudlesjoner
10. Kutt i barnets hud oppstått etter keisersnitt
11. Annet – etter vurdering

Når det gjelder dødsfall intrauterint skal vi melde saken hvis personell fra XX har vært involvert i svangerskapsomsorgen. Hvis vi ikke har vært involvert, og den gravide innlegges med

intrauterin fosterdød, skal vi ikke melde. Om svangerskapsomsorgen har vært kritikkverdig bør vi melde tilbake til rette vedkommende som har vært involvert. Hvis saken ikke blir meldt, må seksjonsoverlege/avdelingsoverlege vurdere å melde. Ved fosterdød under fødsel i sykehus skal vi melde alle hendelser hvis ikke det er en åpenbar forklaring (eks. dødelige misdannelser, sann knute på navlesnor etc). Hvis det er grunn til å tro at andre kan reise tvil om overvåking/behandling har vært god nok, skal vi melde. Når det gjelder neonatal død må det være god kommunikasjon med barneavdelingen. Er døden sannsynlig relatert til hendelser i fødeavdelingen, skal vi melde. Hvis dødsfall sannsynlig er relatert til hendelser i barneavdelingen, skal de melde.

3. Melding til politi

Alle unaturlige dødsfall skal meldes politiet (jfr. Helsepersonelloven § 36). Dette vil i praksis si alle maternelle dødsfall og alle dødsfall hos barn som er unaturlige eller der det er gjort feil, forsømmelse eller uhell ved overvåking eller behandling (Forskrift av 2000-12-21 nr. 1378 om legers melding til politiet om unaturlige dødsfall), eller der det er berettiget tvil om dette og XX personell har vært involvert. I aktuelle saker bør overlege i bakvakt gjøre dette, gjerne etter konferanse med seksjonsoverlege/avdelingsoverlege/avdelingsleder. Det er vakthavende politijurist som skal kontaktes.

4. Melding til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og andre instanser

NPE er et uavhengig statlig forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet som behandler krav om erstatning for skader voldt i den offentlige helsetjeneste etter "Lov om erstatning ved pasientskader mv (pasientskadeloven). Det er viktig å være klar over at pasienter som har lidt tap på grunn av pasientskade har krav på erstatning når skaden skyldes svikt ved ytelser av helsehjelpen, selv om ingen kan lastes. Dette betyr at pasienten kan ha krav på erstatning selv om helsepersonell ikke har gjort noen feil. For mer utfyllende informasjon, gå til NPEs Internettside www.npe.no, hvor også meldeskjema finnes. Meldeskjema finnes i tillegg i papirutgave på kopirommet. Det er viktig at vi som helsepersonell er liberal med å informere pasientene om NPE-ordningen, og er behjelpelig med utfylling av skjema om pasienten ønsker dette. Når avdelingen får henvendelsen fra NPE om konkrete saker, er det svært viktig at vi svarer innen den gitte frist (eventuelt søker om utsettelse om nødvendig), og påser at NPE får tilsendt all informasjon de etterspør.

Alle pasientskader/klagesaker (fra NPE, pasientombudet, enkeltpersoner, henvendelser fra forsikringsselskap, advokater, NAV osv) registreres av Post- og dokumentsenteret (PDS) i ePhorte, og avdelingen vil motta et notat fra XX vedrørende saken.

Dersom saken ikke krever uttalelse fra lege vil Journalarkivet effektuere kopier av journal, og XX slipper å behandle saken. Dersom du som helsearbeider mottar klagesaker direkte fra pasient, skal dokumentene sendes i papir eller elektronisk form til Post- og dokumentsenteret (PDS) for registrering. Som helsearbeider vil du bli involvert i slike saker – enten fordi du selv har hatt befatning med saken, eller du må uttale deg som leder ved en enhet/seksjon. For XX vedkommende sendes slike saker til avdelingsoverlege XX eller avdelingsleder XX, som tar stilling til videre saksgang. ePhorteansvarlig ved XX, XX, fordeler så saken til den som skal besvare den, og har ansvaret for videre oppfølging og håndtering. Dersom en ikke klarer å utarbeide svar innen gitte tidsfrister, gis beskjed til XX som søker om utsettelse. Hvis det ikke foreligger svarbrev fra avdelingens side innen tidsfristen, sender FFKU purring til avdelingen. Hvis det etter én purring fremdeles ikke foreligger svar, tar FFKU direkte kontakt med avdelingen.

For seksjonene i XX og XX er det seksjonsansvarlig overlege som er ansvarlig for utarbeidelse av svar, eller den som blir bemyndiget. Kopi skal sendes avdelingsoverlege XX via XX.

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

