

Veileder

IS-1877

Et trygt fødetilbud
Kvalitetskrav til fødselsomsorgen

Heftets tittel: Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeselsomsorgen

Utgitt: 12/2010

Bestillingsnummer: IS-1877

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

Hftet er tilgjengelig på: www.helsedirektoratet.no

Forord

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 veilederen *Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen* gir et faglig grunnlag for videre utvikling av fødetilbudet.

Veilederen som her foreligger, er et resultat av en faglig gjennomgang i en bredt sammensatt arbeidsgruppe som resulterte i rapporten *Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner*, utgitt i april 2010, høring og revisjon av denne på grunnlag av høringssvar. Rapporten har vært på bred høring og en rekke innspill er mottatt. På bakgrunn av dette er nå kvalitetskravene ferdigstilt og utgis i denne veilederen. Utvikling av helsetjenesten må skje som en åpen og transparent prosess. Denne rapporten har gitt opphav til betydelig og nødvendig diskusjon.

Veilederen følger intensjonene i Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet, om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* opp med hensyn til en ønsket utvikling av sammenhengende tjenester. De beskrevne kvalitetskrav til fødeinstitusjoner vil erstatte nåværende tallgrenser. Gjennomgående i veilederen er en forståelse av kvalitet som omfatter både krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse, system for oppfølging av kravene og krav til informasjon og kommunikasjon.

Oppfølging av kravene i veilederen vil måtte skje som utviklingspregede prosesser som går over tid. Videre vil ulike lokale forhold skape ulik tilpasning i den endelige utformingen av tilbudene. Kravene til kvalitet, herunder pasientsikkerhet, skal imidlertid være de samme over hele landet.

Helsedirektoratet vil takke de involverte deltakerne i arbeidsgruppen samt de som har avgitt høringssvar for gode og konstruktive bidrag i en arbeidsprosess som har ført frem til denne veilederen.

Helsedirektoratet håper veilederen vil bli et godt verktøy for kvalitetsutvikling og kvalitetsarbeid i helsetjenesten og gi grunnlag for utvikling av et enda bedre og mer forutsigbart fødetilbud med kvalitet i alle ledd.

Oslo, desember 2010

Bjørn Inge Larsen
helsedirektør

Innhold

Forord	1
Innledning	4
Sammendrag	5
1 Regelverk og lovkrav	7
1.1 Faglig forsvarlighet	7
1.2 Internkontroll	7
1.3 Forsvarlig fødselshjelp	7
1.4 Pasienters rett til medvirkning og informasjon	8
1.5 Fritt sykehusvalg	9
1.6 Brukermedvirkning	10
2 Kvalitetsarbeid	11
2.1 Tilsynserfaringer	11
2.2 Klagesaker	11
2.3 Kvalitetsstrategien	12
2.4 Forslag til kvalitetsindikatorer i fødselshjelpen	13
2.5 Perinataalkomite	14
3 Samhandling og helhetlige forløp	15
3.1 Avtaleverk mellom kommuner og regionale helseforetak	16
4 Svangerskaps- og barselomsorgen	17
4.1 Svangerskapsomsorgen	17
4.2 Barselomsorgen	18
4.3 Organisering, oppgave- og funksjonsfordeling	18
4.4 Krav til kompetanse	19
4.5 System for oppfølging av kravene	20
4.6 Krav til informasjon og kommunikasjon	20
5 Følgetjeneste og beredskap	23
5.1 Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling	23
5.2 Krav til kompetanse	23
5.3 System for oppfølging av kravene	24
6 Seleksjon, differensiering og nivåinndeling	25
6.1 Differensiert fødselsomsorg	25
6.2 Seleksjon	26
6.3 Drifts- og bemanningsproblemer	27
6.4 Vurderinger i forhold til kvalitetskrav	27

7	Fødestuer: Seleksjonskriterier og krav til organisering, bemanning og kompetanse	29
7.1	Krav til organisering	29
7.2	Seleksjon	30
7.3	Overflytting fra fødestuer	31
7.4	Krav til bemanning og kompetanse	32
7.5	System for oppfølging av kravene	33
7.6	Krav til informasjon og kommunikasjon	33
8	Fødeavdelinger: Seleksjonskriterier og krav til organisering, bemanning og kompetanse	35
8.1	Seleksjonskriterier	35
8.2	Krav til organisering og beredskap	36
8.3	Krav til bemanning og kompetanse	37
8.3.1	Fosterovervåking og diagnostikk ved fødeavdelinger	37
8.3.2	Undervisning og praktisk trening	38
8.4	Vaktordning og beredskap på fødeavdeling	38
8.5	System for oppfølging av kravene	39
8.6	Krav til informasjon og kommunikasjon	39
9	Kvinneklinikker: Seleksjonskriterier og krav til organisering, bemanning og kompetanse	41
9.1	Seleksjonskriterier	41
9.2	Krav til organisering og beredskap	42
9.3	Vaktordning og beredskap på kvinneklinikk	42
9.4	Krav til bemanning og kompetanse	42
9.4.1	Fosterovervåking og diagnostikk ved kvinneklinikker	42
9.4.2	Undervisning og praktisk trening	43
9.5	System for oppfølging av kravene	43
9.6	Krav til informasjon og kommunikasjon	44

Innledning

Helsedirektoratet har fått en rekke oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med oppfølging av Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet, om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.*

Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene er bedt om å utarbeide kvalitetskrav for fødeinstitusjoner, og at helseforetakene etablerer system som sikrer at kvalitetskravene følges opp. Veilederen *Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen* er svaret på den første delen av dette oppdraget. Arbeidet er et resultat av en faglig gjennomgang i en bredt sammensatt arbeidsgruppe. Utviklingen av 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.

Stortinget sluttet seg til forslaget i Stortingsmelding nr 12 om at inndelingen av fødeinstitusjonene i tre nivåer, kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue, skal opprettholdes. Volumkravene med tallgrenser skulle oppheves og erstattes med kvalitetskrav. Gjennomgående i denne veilederen er forståelsen 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.

Helsedirektoratet har vurdert innspillene som er presentert i prosessen både i arbeidsgruppen og i høringen. Mange av tiltakene og innspillene som er foreslått må sees i sammenheng med andre pågående prosesser. Blant annet gjelder det utvikling av retningslinjer. Dette arbeidet har startet og på denne bakgrunn behandles svangerskaps- og barselomsorgen på et overordnet nivå i veilederen. Andre sentrale prosesser som må sees i sammenheng er Samhandlingsreformen, utviklingen av nasjonale IKT-systemer og utviklingen av et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

Veilederen *Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen* må også sees i sammenheng med regionale planer som er utarbeidet av regionale helseforetak og berørte kommuner. Disse planene skal også omfatte svangerskaps- og barselomsorg. Den skal sikre kapasitet i forhold til fødselstall og være i samsvar med utvikling av akutttilbud ved lokalsykehus. Planene skal sikre de fødende i regionen et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud. Hensynet til antall fødende i opptaksområdet, til geografi, kommunikasjonsmuligheter, struktur for lokale jordmørtjenester og følgetjeneste skal vektlegges. Kultur- og språkforskjeller i regionene skal ivaretas.

For å implementere kvalitetskravene vil helsetjenesten måtte organisere og planlegge tilbudet til kvinnene og familiene på en ny måte. Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg er et avgrenset forløp godt egnet for 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.

Sammendrag

I første kapittel omtales regelverk, lovkrav og pasientrettigheter. Svangerskap og fødsel er et fagområde hvor faglige avgjørelser kan få store konsekvenser. Feilvurderinger er uunngåelig, 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.

Kvalitetsarbeid er tema i kapittel tre. En kort gjennomgang av hovedfunn og forbedringsområder fra systemrevisjoner ved fødeavdelinger utført av Statens helsetilsyn omtales. Veilederen har gjennomgående tatt hensyn til de fire hovedtemaene som er påpekt som forbedringsarenaer: Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner, overvåkning og oppfølging av risikofødsler, håndtering av akutte situasjoner og læring og forbedring. Kvalitetsindikatorer og perinatalkomiteene er nødvendige redskap i kvalitetsarbeidet.

Samhandlingsreformen og avtaleverket mellom kommuner og regionale helseforetak er kort omtalt i kapittel tre. En utvikling i retning av bedre samhandling og koordinerte tjenester vil avhenge av utvikling på en rekke områder som utvikling av IKT-systemer, inkludert tilknytning til Norsk helsenett og et forpliktende tverrfaglig samarbeid med god utveksling av informasjon. Utvikling av standardiserte pasientforløp med gode rutine- og prosedyrebeskrivelser er hjelpemidler som bør utvikles og brukes. Tverrfagligheten sikres ved samarbeidsarenaer og avtaler mellom profesjoner og mellom tjenestenivåene. Veilederen har forsøkt å ta hensyn til dette.

Svangerskaps- og barselomsorgen er omtalt i kapittel fire. Disse oppgavene vil i fremtiden befinne seg i kommunene. Svangerskapsomsorgen er der, mens barselomsorgen i større grad vil bli overført i forbindelse med Samhandlingsreformen. Svangerskapsomsorg skal identifisere friske gravide/fødende og kvinner med risiko for komplikasjoner. Ved en faglig forvarlig seleksjon vil gravide og fødende bli henvist til det tilbudet som er best tilpasset kvinnen og fosterets behov. Nødvendig oppfølging av mor og barn de første dagene etter fødsel må skje i et avklart samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. En overføring av oppgaver forutsetter kompetanseutvikling og økt beredskap i kommunen.

Følgetjeneste og beredskap er omtalt i kapittel fem. Tjenesten skal organiseres i et samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, med den akuttmedisinske kjeden som legevakt, ambulanse og den kommunale jordmortjenesten. Det legges til grunn et behov for en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste der det er mer enn halvannen times reisevei til fødestedet. Dette er en veiledende grense.

Kapittel seks har en overordnet omtale av seleksjon og differensiering. Kvalitetskravene i denne veilederen erstatter de tidligere volumkravene. Volumkrav skal i det videre ikke være retningsgivende for nivåinndelingen av fødeinstitusjonene. Hensikten med et differensiert fødetilbud er å sikre et variert fødetilbud med seleksjon ut fra en risikovurdering etter gitte kriterier. Kvinner som blir vurdert til å ha risikofaktorer i svangerskapet eller ved fødselen, må enkelte steder påregne lenger reisevei for å føde enn friske kvinner med forventet normal fødsel. Det er påkrevet å gjøre fagmiljøet ved fødeavdelingene mer robuste.

Rekrutteringen av et tilstrekkelig antall spesialister innen fødselshjelp og gynekologi er bekymringsfull. Ved kvinneklinikkene må det stilles krav til døgnkontinuerlig tilstedevakt av spesialist med særlig vekt på fødselshjelp. Ved kvinneklinikkene vil det være behov for spesielt høy kompetanse både for gynekologer, jordmødre og andre spesialiteter fordi antall gravide og fødende med alvorlige kroniske sykdommer eller komplikasjoner i svangerskapet øker. Ved kvinneklinikker vil det også være krav om nyfødttmedisinsk intensivavdeling ved samme sykehus.

Denne veilederen anbefaler to kategorier fødestuer; fødestue utenfor sykehus og fødestuer i sykehus. Det er ikke tilrådelig å støtte etablering eller fortsatt drift av eksisterende forsterkede fødestuer. Denne veilederen skiller mellom fødeavdelinger med og uten barneavdeling. Seleksjonskriteriene og kvalitetskravene tar hensyn til dette.

I kapitlene syv, åtte og ni omtales seleksjonskriterier, organisering, bemanning og kompetanse til henholdsvis fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Målet med kvalitetskravene er å sørge for at fødeavdelingene, kvinneklinikkene og fødestuene gir fødselshjelp på et høyt faglig nivå. Målsettingen er å unngå unødige inngrep under normal graviditet og fødsel, og intervensjon der det er nødvendig i tråd med kunnskapsbasert praksis. Det er på alle nivåer vektlagt nødvendigheten av kunnskap om de oppgaver som skal løses og øvelse for adekvat håndtering av ulike situasjoner, herunder beredskap for uventede og kritiske situasjoner. Veilederen viser til at virksomheten har et løpende ansvar for å sikre at de ansatte til enhver tid har tilstrekkelig kompetanse til å løse de oppgavene 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 ansvaret for å legge til rette for opprettholdelse av nødvendig kompetanse blant personalet.

1 Regelverk og lovkrav

1.1 Faglig forsvarlighet

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 standard som 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.

1.2 Internkontroll

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten har spesifikke 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 ansvaret 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.

1.3 Forsvarlig fødselshjelp

Svangerskap og fødsel er et fagområde hvor faglige avgjørelser kan få store konsekvenser. Feilvurderinger er uunngåelig, 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 uforsvarlig 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 selvstendig å bistå den fødende under en normal fødsel og bistå sammen med lege ved kompliserte fødsler. Jordmor må ha kompetanse til oppgaver som skal utføres ved kompliserte fødsler, der beslutningen tas av lege og inngrep eller behandlingen utføres av lege. 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 ansvaret for. Dette forutsetter oppfølging og kontroller av om de tiltak som er iverksatt er tilstrekkelige. Det forutsetter videre at virksomhetens ledelse har ansvaret for å legge til rette for opprettholdelse av nødvendig kompetanse blant personalet.

Det må forventes at helseforetakene har oppmerksomheten rettet mot oppdatering og vedlikehold av kunnskap. Og at helseforetakene 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

1.4 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. 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 oppleve seg informert, veiledet og ivaretatt med en tilstrekkelig medvirkning når valg av behandlingsmåte skal treffes, herunder for eksempel valg av smertelindring, igangsettelse av fødsel og forløsningsmetode.

¹ Internkontroll i sosial- og helsesektoren. Helsedirektoratet 2009

I tilfeller hvor spørsmål om inngrep, for eksempel keisersnitt, aktualiseres skal kvinnen få informasjon om hva inngrepet innebærer, risiko og andre forhold som kan ha betydning for den faglige forsvarlighetsvurderingen. Helsepersonellet er ansvarlig for at helsehjelpen som ytes er forsvarlig. Den endelige beslutningen om å utføre inngrep, for eksempel keisersnitt, gjøres av den som har ansvar for den aktuelle helsehjelpen. Dersom det er snakk om keisersnitt vil det være en gynekolog som tar den endelige beslutningen. Ved vurderingen skal pasientens ønsker tillegges vekt men likevel slik at hensynet til faglig forsvarlighet er avgjørende.

Pasientens nærmeste pårørende har rett til informasjon og medvirkning i henhold til pasientrettighetsloven § 3-3. 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.

1.5 Fritt sykehusvalg

Fritt sykehusvalg er hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-4 og gir den enkelte pasient som blir henvist 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. Et ønske om å føde på fødestue eller fødeavdeling må baseres på et aktivt valg, og besluttes av kvinnen selv.

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.

Pasienten selv kan 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. Selv om de fødende i utgangspunktet har rett til å velge fødested, kan sykehusene avvise pasienter ut fra kapasitetshensyn. Retten til å få helsehjelp ved et bestemt sykehus gjelder altså bare så langt dette sykehuset har kapasitet til å yte hjelpen.

Regionale helseforetak har ansvaret for å gi tilbud om fødeplass innenfor helseregionen til personer som er bosatt innenfor denne regionen. RHF-ene skal sørge for organisering av tilbud om nødvendige helsetjenester, herunder fødselshjelp, men står fritt til hvordan man organiserer dette, så lenge det er et forsvarlig tilbud med tilstrekkelig kapasitet. Selv om en kvinne er tildelt fødeplass på et sted, bør hun gjøres oppmerksom på at hun i noen tilfeller, av kapasitetshensyn på fødetidspunktet, kan komme til å motta helsehjelpen på et annet sykehus. Kommunehelsetjenesten har ansvar for å bidra til formidling av informasjon om fødetilbudet og pasientens rettigheter. Helseforetak som ikke har kapasitet til å gi et tilbud til alle som ønsker det, har ansvar for å informere kommunehelsetjenesten om situasjonen, slik at den kan hjelpe kvinner med å foreta et hensiktsmessig valg.

Helsetjenesten skal sikre likeverdige helsetjenester til alle befolkningsgrupper, uavhengig av deres sosiale, kulturelle og religiøse tilknytning og bakgrunn. Det er videre 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.

De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for organisering av tjenestene innen foretaket. Ansvaret innebærer også samordning med andre relevante tjenester. Gravide

med medisinske eller psykososiale behov kan ha behov for en tverrfaglig tilnærming. I tillegg kan det være aktuelt å involvere andre etater, som barnevern og arbeids- og velferdsetaten.

Når det gjelder bruk av tolk, er det viktig at tjenesten har et tilrettelagt system for bruk av kvalifisert tolk. Opplæring i bruk av tolk og tolketjeneste av god kvalitet er nødvendige forutsetninger for å få dette til. Det er foreslått retningslinjer for offentlig bruk av tolk i rapporten *Bedre forvaltningspraksis ved bruk av tolk* (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet). Helsedirektoratet og Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) har utgitt informasjonsbrosjyre om bruk av tolk i helsetjenesten.² Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide egen veileder for bruk av tolk i helse- og omsorgstjenesten.

1.6 Brukermedvirkning

Pasienter innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg den gravide/fødende og hennes barn. Det er de som er mottakere av helsehjelp og helsetjenester innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, som er definert som pasienter og har pasientrettigheter i henhold til pasientrettighetsloven. Imidlertid vil også kvinnens partner, som pårørende og forelder, ha interesse i hvordan svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er organisert og tilrettelagt.

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 planer, skal man i henhold til helseforetaksloven sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utforming av planen.

Kommuner og helseforetak bør i fellesskap lage pasientinformasjon om den regionale og lokale organisering av svangerskaps - fødsels - og barselomsorgen og om hva innholdet i tjenestene omfatter. I tillegg kan det henvises til informasjon utarbeidet av Helsedirektoratet. På denne måten kan brukerne danne seg realistiske forventninger.

² www.nakmi.no

2 Kvalitetsarbeid

2.1 Tilsynserfaringer

Statens helsetilsyn gjennomfører systemrevisjoner, der formålet er å vurdere hvordan virksomhetene ivaretar ulike myndighetskrav gjennom sin internkontroll, viser til kapittel 1.2. Det er gjennomført flere tilsyn med fødeinstitusjoner i alle landets 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. 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. Det ble funnet 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.

2.2 Klagesaker

Helsetilsynet i fylkene og Statens helsetilsyn har behandlet flere klagesaker innen fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer.

En gjennomgang viser 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 viser oppsummering av tilsynssaker at det svikter i organisering og ledelse, altså særlig på de punkter der internkontrollen angir kravene. Det er funnet en tilsvarende rekke årsaksfaktorer ved gjennomgang av saker innen fødselshjelp som meldes til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).³ Det kan være grunn til å bruke det materialet som foreligger på en mer systematisk måte i forbedringsarbeid.

2.3 Kvalitetsstrategien

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring... *Og bedre skal det bli!* bygger på en erkjennelse av at utøverne i sosial- og helsetjenesten har høye faglige kvalifikasjoner og sterk motivasjon.⁴ Samtidig vet man at systemene og rammene man arbeider innenfor ikke alltid gir de beste forutsetninger for god kvalitet. Kvalitetsbegrepet kan defineres på mange måter og vil også være avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatning. Strategien har 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.

God kvalitet på tjenestene vises ved at de

- 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 som gjøres 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.

I kvalitetsstrategien finnes det beskrivelse av modeller og metoder for systematisk forbedringsarbeid. Forbedringsarbeid stiller krav til den kulturen som eksisterer på arbeidsplassen, og det må være vilje og rom til kritisk refleksjon rundt egen og andres

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

⁴ Nasjonal strategi for sosial- og helsetjenesten. ... Og bedre skal det bli! (2005 – 2015) Sosial- og helsedirektoratet 2005

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.

Gjennom samarbeid med tjenestene har man i Kvalitetsstrategien fått tydeliggjort følgende innsatsområder:

- 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.

2.4 Forslag til kvalitetsindikatorer i fødselshjelpen

Bruk av kvalitetsindikatorer er en av flere metoder som blant annet benyttes for å utvikle, 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. Indikatorene skal virke motiverende på kvalitetsarbeidet og ha god faglig forankring. De bør oppleves meningsfulle, være forståelige og allment aksepterte. Kvalitetsindikatorer er målbare variabler som bl.a. skal si noe om kvaliteten eller volumet på det som måles. Slike variabler kan være vanskelige å måle. Eksempler på en kvalitetsindikator kan være forekomst av sfinkterruptur. Kvalitetsindikatorer som benyttes til å følge med på helsetjenestens kvalitet, knyttes gjerne opp mot vurderinger av om bestemte krav eller standarder er oppfylt.

Medisinsk fødselsregisters (MFR) virksomhet har blant annet som formål 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 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.⁵ MFR vil arbeide for å forbedre datagrunnlaget for kvalitetsindikatorer og stratifisering i risikogrupper. Data fra svangerskapet er inkludert i dette arbeidet.

Forslagene til kvalitetsindikatorer er utviklet i et samarbeid med arbeidsgruppen som deltok i arbeidet med denne veilederen. I forbindelse med arbeidet er det avdekket behov for en begrenset utvidelse av datasettet i Medisinsk Fødselsregisterforskriften for å få mulighet til å gjennomføre enkelte av forslagene noen av dataene publiseres eller har mulighet for å publiseres innenfor dagens system.

⁵ Gode Helseregistre – bedre helse. Folkehelseinstituttet 2009

Forslag til kvalitetsindikatorer – kvinne og barn

1	Andel inngrep hos "standard førstegangsfødende"	< 35 år og ≥ 35 år
2	Andel ukompliserte fødsler	< 35 år og ≥ 35 år
3	Blødning etter fødsel som krever transfusjon	
4	Perinealrift 3A, 3 B, 3 C og 4	Prosent i forhold til vaginale fødsler
5	Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor / faglig omsorgsperson i den aktive fase av fødselen.	
6	Hudkontakt mor - barn rett etter fødselen. Kvinnen skal ha barnet hos seg uforstyrret, i alle fall en times tid. Eller optimalt til den første amming har funnet sted.	
7	Apgar skår < 4 ved 5 min	
8	Respirasjonsstøtte (respirator, CPAP)	
9	Nyfødtintensivavdeling (NICU) opphold ≥ 3 dager	
10	Reinnleggelse pga dehydrert eller ikterisk barn	
11	Neonatal død (0-27d)	

Det arbeides aktivt videre med utviklingsarbeid knyttet til kvalitetsindikatorerne. Det er foreslått indikatorer både for svangerskaps-, barselomsorgen og følgetjenesten. Utvikling av kvalitetsindikatorer krever en egen grundig prosess hvor Helsedirektoratet samarbeider med blant annet fagmiljøene, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Medisinsk fødselsregister ved Folkehelseinstituttet. Arbeidet må også sees i sammenheng med utarbeidelse av faglige retningslinjer.

2.5 Perinataalkomite

Nytten av perinatal audit er dokumentert som et godt verktøy for å evaluere, forbedre og lære av egne feil innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Uheldige hendelser kan forebygges gjennom målrettet arbeid. Hensikten er å finne forbedringspunkter slik at eventuelle systemfeil kan rettes opp.

Arbeidsgruppen som har deltatt i utvikling av denne veilederen om kvalitetskrav til fødselsomsorgen har sammen med høringsinstansene påpekt nødvendigheten av å etablere perinataalkomiteer. Når det gjelder medlemmer til komiteen, er det foreslått at de bør ha en bred representasjon fra aktuelle fødeinstitusjoner sammen med representanter for kommunehelsetjenesten. Sammensetning av gruppen kan bestå av gynekologer, barneleger, neonatalsykepleiere, patolog, genetiker, jordmor fra helseforetak og kommune og kommunelege eller allmennlege.

Arbeidsgruppen har i tidligere utkast foreslått en ny organisering. Forslaget blir utgangspunkt for videre diskusjon og det vil bli arbeidet aktivt for å få et system på plass. Det er bred enighet om at fagfeltet trenger perinataalkomiteene som et redskap i kvalitetsarbeidet.

3 Samhandling og helhetlige forløp

Samhandlingsreformen tar sitt utgangspunkt i at samfunnet står overfor store helsemessige, samfunnsmessige og økonomiske utfordringer.⁶ Reformen peker på problemstillinger som også er kjente utfordringer innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Reformen foreslår fem hovedgrep for å møte utfordringene:

- 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.
- En endret kommunerolle i forhold til forebyggende tjenester. Kommunen har ansvar for helhetlige planer slik at tilbud til brukerne/pasientene ivaretas. Oppgave- og arbeidsfordeling mellom nivåene avklares i beskrivelsen av de ulike pasientforløp.
- 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. Seleksjon av gravide og fødende til rett behandlingsnivå er en viktig oppgave. Kvinner med risikosvangerskap og spesielle behov skal ha tilpasset oppfølging.
- Tilrettelegge for tydelige prioriteringer er en utfordring. En tilrettelegging av lavtersktilbud slik at familiene selv blir i stand til å ta ansvar for det nyfødte barnet skal ikke konkurrere med de som har behov for spesialiserte tilbud.

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

Reformen vil kreve etablering av systemer som sikrer et forpliktende tverrfaglig samarbeid med god utveksling av informasjon. Det er viktig å sikre overgangen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Alle aktører må være tilknyttet Norsk helsenett. Utvikling av standardiserte pasientforløp med gode rutine- og prosedyrebeskrivelser er nyttige hjelpemidler som bør utvikles og brukes. Tverrfagligheten sikres ved samarbeidsarenaer og avtaler mellom profesjoner og mellom tjenestenivåene.

Elektronisk helsekort, føde- og barseljournal er sentrale virkemidler for god samhandling. Melding om fødsel til helsestasjon og fastlege er nødvendig for å kvalitetssikre overgangen fra føde - eller barselavdeling til hjemmet. Denne må være standardisert og utsendt på hjemreisetidspunktet.

Det er en målsetting å sikre likeverdige tilbud til kvinner og barn, uavhengig av hvor de føder og den enkeltes behov: Ved strukturerte systemer for samhandling, avtaler og møteplasser vil tjenestene tilpasses og oppleves som hensiktsmessige med god kvalitet for den enkelte.

⁶ St. meld nr 47. (2008-2009) Samhandlingsreformen, rett behandling – rett sted – til rett tid

3.1 Avtaleverk mellom kommuner og regionale helseforetak

Helse- og omsorgsdepartementet har to avtaler med KS. Den ene er en avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene og den andre er en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Partene er enige om at begge avtalene på Helse- og omsorgsdepartementets område forlenges midlertidig, jf. arbeidet med Samhandlingsreformen. Rammeavtalen legger eksisterende overordnede ansvars- og organisasjonsstrukturer til grunn. Målet for rammeavtalen 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.

Oppdraget til de regionale helseforetakene om å etablere flerårige helhetlige og lokalt tilpassete planer for fødetilbudet i regionene sammen med berørte kommuner ble gitt i 2009. Det regionale planene er utarbeidet i 2010. Målet er å skape rammer for videre samhandling og utvikling. På bakgrunn av planene skal det inngås avtaler mellom helseforetak og kommuner som sikrer felles og god utnyttelse av blant annet jordmorressursene. Slik at det kan legges til rette for helhetlige pasientforløp. Avtalene skal omfatte beredskap for følgetjenesten og hvordan denne tjenesten skal utføres, herunder inkludere hvordan en følgetjeneste skal være en del av den akuttmedisinske kjeden og hvordan ambulansetjenesten i denne sammenheng skal brukes.

Regionale hensyn som geografi, kommunestørrelse og tilgang på personell må ivaretas og vil innebære at samarbeidsavtalene tilpasses lokale forhold. I områder med lavt befolkningsgrunnlag bør man se på mulighetene for interkommunalt samarbeid.

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

4 Svangerskaps- og barselomsorgen

Arbeidet med kvalitetskrav til fødselsomsorgen har avdekket noen områder som det er nødvendig å få på plass for å nå målet om helhetlige tjenester innen svangerskaps-, fødsel og barselomsorgen og følgetjenesten. I utgangspunktet ble det forsøkt å tydeliggjøre kvalitetskrav til alle disse fire områdene i forbindelse med arbeidet med veilederen. Imidlertid vil enkelte oppdrag videre bli løst i egne prosesser.

Oppgavene som er ansett som særlig viktige elementer i det videre arbeidet med helhetlige tjenester:

- Elektronisk informasjonsutveksling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- En fast avtalt struktur mellom fastlege og jordmor i oppfølgingen av gravide.
- Strukturert samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten om kvinner og familier med spesielle utfordringer og særskilte behov.
- Revisjon av Retningslinjer for svangerskapsomsorgen fra 2005
- Retningslinjer for barselomsorgen (2012/13)
- Retningslinjer for fødselsomsorgen
- Etablering av ammekyndige helsestasjoner i hele landet (pågår)

4.1 Svangerskapsomsorgen

Retningslinjene for svangerskapsomsorgen anbefaler at kvinner bør tilbys kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barselid. Det anbefales også at omsorgen er kulturtilpasset og skreddersydd til den enkelte kvinne og familiens behov i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger. Det er anbefalt en mindre vektlegging av fysiske parametere, med en dreining mot veiledning og informasjon som gjør kvinner i stand til å ta informerte beslutninger. En helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal være i tråd med Verdens helseorganisasjon (WHO) sine verdier og 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
- 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

Hensikten med svangerskapsomsorg er å definere friske gravide/fødende og kvinner med risiko for komplikasjoner. Oppfølging av gravide med spesiell risiko for eksempel diabetikere, tvillinger, vekstretarderte, misdannelser osv må gjøres i samarbeid med kvinneklinikker. På denne måten kan både friske og risikogravide få den beste hjelpen ut fra sine behov. Kriterier for hvilke grupper gravide som skal henvises til spesialisthelsetjenesten er definert i Retningslinjer for svangerskapsomsorgen, Veileder i fødselshjelp og veilederen *Et trygt fødetilbud*. Ved en faglig forvarlig seleksjon vil gravide og fødende henvises til det tilbudet

som er best tilpasset kvinnen og fosterets behov. Dette er krevende oppgaver, og samtidig skal det være oppmerksomhet på kvinnens behov og ønsker.

4.2 Barselomsorgen

Barselomsorgen er i endring og den organiseres ulikt - avhengig av størrelse på fødeinstitusjon og nivå. Et differensiert fødetilbud medfører differensiert barselomsorg. Det er ulike tilbud til friske kvinner med normale fødsler og kvinner med patologiske tilstander. Oppholdet på sykehuset etter fødselen har blitt kortere for alle grupper kvinner. På landsbasis er det store variasjoner. Det er stor interesse for å etablere et bedre tilbud til barselkvinnene i hjemmet. Varigheten på barseloppholdet er individualisert ut fra kvinnens eller den nyfødtes behov. For alle kvinner og familier er det viktig med en trygg overgang fra sykehuset til hjemmet. En avklaring og ansvarsfordeling mellom helseforetak og kommune gir tryggere og mer forutsigbare tjenester for kvinnene og deres familie.

De fleste fødeinstitusjonene har opprettet barsel- og ammepoliklinikker. Det er en naturlig utvikling og modernisering av tilbudet for å møte behovene til familier med nyfødte barn. Det er planer om at disse oppgavene vil bli overført til kommunehelsetjenesten i forbindelse med gjennomføring av Samhandlingsreformen. Kommunehelsetjenestens tilbud må rustes opp parallelt eller aller helst i forkant av reduksjon i barseloppholdet. Dersom kvinnen reiser hjem innen det første døgnet etter fødselen kreves det kompetanse på fødsel hos det helsepersonellet som skal ha ansvar for oppfølgingen de første dagene – denne kompetansen kan naturligvis også finnes i kommunehelsetjenesten.

Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet* viser til at det bør legges til rette for at lokal jordmortjeneste i nært samarbeid med fastlege og helsestasjon har ansvar for oppfølgingen i barseltiden. Alle barselkvinner trenger helsepersonell med tid og omsorg, og tjenester plassert og organisert i deres nærmiljø. I de aller første dagene må jordmortjenesten ha en sentral rolle.

4.3 Organisering, oppgave- og funksjonsfordeling

Helhetlige forløp er en faglig forutsetning for å iverksette en desentralisert fødselsomsorg. Generelt er kontinuitet og helhetlige tjenester viktig for alle kvinner, både friske og syke, for å få et så godt utfall som mulig. Kvinnen har rett til informasjon om de ulike mulighetene som foreligger når det gjelder hvem som kan foreta svangerskapskontrollene, fødested og det differensierte føde- og barseltilbudet.

Tidlig hjemreise hvor kommunen får ansvaret for oppfølgingen av friske kvinner og nyfødte i barseltiden forutsetter at kommunehelsetjenesten har tilgjengelig kompetanse og ressurser med nødvendig kapasitet til å ivareta oppfølgingen den første tiden etter fødsel. Det gjelder spesielt nødvendige undersøkelser av nyfødte og gjennomføring av anbefalt nyfødtscreening. Det må sikres nødvendig kompetanse og kapasitet for å følge utvikling av gulsott hos nyfødte. Kvinner som reiser hjem før ammingen er kommet godt i gang, har behov for særlig oppfølging.

Når barselkvinnen reiser hjem etter fødselen er det viktig at hun vet hvilken instans eller fagperson hun kan kontakte dersom det oppstår behov for råd, veiledning og hjelp utenom den avtalte oppfølgingen. Kvinnen kan selv ta direkte kontakt, uten henvisning, med den instans som representerer det organiserte barseltilbudet i kommunen eller i foretaket. Nødvendig oppfølging av mor og barn de første dagene må skje i et avklart samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Jordmor- og helsesøstertjenesten bør overlape hverandre og sørge for en best mulig overgang til videre oppfølging på

helsestasjonen. Uansett instans er det viktig at terskelen for å ta kontakt oppleves som lav for kvinnen og familiene.

Det er rutine at den nyfødte undersøkes av barnelege eller lege med tilstrekkelig kompetanse etter fødselen. Det er ulik praksis vedrørende tidspunkt for undersøkelsen. Ved tidlig hjemreise må det være faste rutiner for når undersøkelsen skal gjennomføres, dette tidspunktet kommuniseres med foreldrene.

En overføring av oppgaver forutsetter kompetanseutvikling og beredskap i kommunen med en vaktordning slik at familiene kan ta kontakt ved behov når det oppstår uavklarte problemer. For å sikre at ingen faller utenfor er det et behov for at helsestasjon har rutiner for å kontakte hjemmet innen en avtalt tid etter utreise fra sykehus.

4.4 Krav til kompetanse

Jordmor og allmennlege som tilbyr svangerskapskontroll skal ha oppdatert kunnskap om seleksjonskriteriene og det differensierte føde- og barseltilbudet i sin region. Etablering av hospiteringsordninger kan bidra til å øke kunnskapen. Praksiskonsulentordningen er et tiltak som kan bidra til bedre kommunikasjon og samhandling mellom nivåene. Jordmødre som tjenestegjør både i kommune- og spesialisthelsetjenesten vil også bidra til forutsigbare forløp, samhandling og en større breddekompetanse. Metode- og prosedyrebøker skal være oppdatert og gjensidig tilgjengelige for aktørene på begge nivåer.

Kompetansehevende tiltak kan organiseres av for eksempel perinataalkomite, regionalt helseforetak, lokal helseforetak eller kommuner som kan samarbeide med fagforeninger og fagmedisinske foreninger. Arbeidsgiver må legge til rette for at ansatte kan delta på faglige arrangementer.

Regionale helseforetak og kommunene bør tilby regelmessige tverrfaglige emnekurs til fastleger, helsesøster, fysioterapeuter og jordmødre. Faste møteplasser mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten bør etableres.

Barselperioden er sårbar og familiene trenger omsorg og støtte for å mestre nye utfordringene som møter dem. Å være en frisk barselkvinne er ikke synonymt med at en ikke har behov for omsorg og hjelp. Det er en liten andel barn trenger spesiell oppfølging i nyfødtp perioden.

En faglig forsvarlig barselomsorg omfatter følgende kompetanse:

- En fortløpende vurdering av kvinnens generelle tilstand og helse, etterriker, blødninger, problemer med bristninger og rifter i forbindelse med fødselen og smertelindring
- Tilrettelegge for en optimal tilknytning mellom kvinne og barnet samt partner
- Veiledning og hjelp i forbindelse med å etablere amming.
- Vurdere nyfødtes behov og utvikling
- Generell veiledning til nybakte foreldre
- Nyfødtscreening

Tradisjonelt samarbeider jordmødre, barnepleiere, gynekologer, barneleger om barseltilbudet på helseforetakene i tiden rett etter fødselen. Ved overføring av oppgaver til kommunehelsetjenesten vil det være andre samarbeidspartnere, som fastlege, helsesøster og jordmor. Det vil medføre behov for kompetanseheving av kommunens personell. En god utnyttelse av den ulike kompetansen til disse gruppene helsepersonell tilsier at det lokalt bør avtales en arbeids- og oppgavefordeling. Tidlig hjemreise stiller krav til en bredere

kompetanse i kommunehelsetjenesten enn tidligere, ettersom det i større grad overføres barselkvinner og nyfødte som tidligere ble ivaretatt på barselavdelingene.

En styrket jordmor- og helsestasjonstjeneste i kommunen sammen med en oppgave- og rolleavklaring med fastlege og en planlagt overføring til helsesøstertjenesten, avtaler mellom kommuner og helseforetak, samt mulighet for interkommunalt samarbeid vil gi muligheter for å tilby innbyggerne en differensiert barselomsorg med god kvalitet.

4.5 System for oppfølging av kravene

Internkontroll innebærer at de ansvarlige for virksomheten etablerer nødvendige avtaler, rutiner og prosedyrer for å forebygge brudd på kravet om faglig forsvarlig helsehjelp. For å forebygge uønskede hendelser skal det etableres et formalisert system mellom helseforetak og kommune. Det bør legges opp til jevnlig (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 skal arrangeres faste samarbeidsmøter mellom allmennleger, helsesøstere, jordmødre og andre i kommunen i fellesskap med ulike grupper og instanser i helseforetakene. Hensikten er å samle relevante og involverte tjenesteytere for å sikre god kommunikasjon, hensiktsmessige avtaler, evaluering av samarbeid og oppdatering av informasjon. Det er viktig å sikre systematisk og god brukerrepresentasjon inn i arbeidet.

4.6 Krav til informasjon og kommunikasjon

- Tilpasset informasjon til brukere (skriftlig og muntlig) skal omfatte organisering, samarbeid mellom fastlege, jordmor, helseforetak og helsestasjon i aktuell kommune også følgetjeneste med vaktberedskap der det er aktuelt
- Tilgjengelig overordnet informasjon til gravide utarbeidet av helsemyndighetene <http://www.helsedirektoratet.no/gravid/>
- Aktører i svangerskapsomsorgen skal være kjent med differensiert fødetilbud og seleksjonskriterier i sin region
- Fødselsomsorgen er kjent med tilbudet i svangerskaps- og barseltilbudet i kommunene i sin region
- Organisering av møteplasser minst to ganger årlig for fastleger og jordmødre i svangerskapsomsorgen.
- Informasjon fra kommune og Regionale helseforetak vedrørende regionale planer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen
- Norsk helsenett skal være tilgjengelig for alle aktører i svangerskapsomsorgen

Ved hjemreise skal kvinnen få med seg telefonnummeret til barselavdelingen og til helsestasjonen de tilhører, kopi av føde og barnejournal, informasjon om eventuelt hjemmebesøk og oppfølging. De skal gis informasjon hvis jordmor på barselavdelingen tar telefonisk kontakt med helsesøster eller jordmor i kommunehelsetjenesten for å anbefale ekstra tidlig hjemmebesøk.

Det skal foreligge skriftlig informasjon på sykehuset til familiene om videre oppfølging fra helsestasjonen. Familiene skal informeres om at de kan kontakte helsestasjonen selv ved behov. Kvinner som går til svangerskapskontroll får informasjon om helsestasjonen og helsesøster av fastlege og jordmor før fødselen. Helsesøster/jordmor gir muntlig og skriftlig

informasjon om tilbudet i forbindelse med hjemmebesøk etter fødselen og eventuelt ved konsultasjon på helsestasjonen.

5 Følgetjeneste og beredskap

Ansvar for følgetjenesten og nødvendig beredskap for gravide og fødende ble overført til Regionale helseforetak 1. januar 2010. Ansvar for transporten knyttet til følgetjenesten ligger allerede på de regionale helseforetakene på lik linje med ansvar for annen syketransport inklusiv ambulansetjeneste.

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennomgått aktuelt regelverk, og finner det rimelig at finansieringsansvaret for følgetjenesten på sikt forankres i regionale helseforetak. 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.

5.1 Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling

Beredskap i sammenheng med følgetjenesten innebærer organisering av vaktberedskap med kvalifisert helsepersonell. Tjenesten skal omfatte en reel mulighet til å følge for eksempel kvinner i aktiv fødsel og gravide med risikotilstander til fødeinstitusjon. For kvinner i distriktene er det en trygghet å vite at de kan få en kvalifisert faglig vurdering før de for eksempel reiser med egen transport til fødestedet. 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.

Det legges til grunn et behov for en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste der det er halvannen times reisevei til fødestedet. Dette er en veiledende grense. For å sikre at gravide og fødende i helseforetakenes ansvarsområde har en forsvarlig følgetjeneste kan det være nødvendig for foretakene å inngå avtaler med kommuner om en lokal vaktberedskap. Den kommunale jordmortjeneste kan etter avtale med helseforetak få ansvar for vaktberedskapen. I kommuner der det er for å gravide til å dekke en døgnkontinuerlig beredskap, kan følgetjenesten være behovsprøvd.

Følgetjenesten skal organiseres i samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, med prehospitale tjenester som legevakt og ambulanse og den kommunale jordmortjenesten. Det kan etableres interkommunale avtaler og avtaler mellom tjenestenivåene for å løse oppgaven med følgetjeneste for fødende, når det gjelder avtaler vises det til kapittel 3: Samhandling og helhetlige forløp. 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.

5.2 Krav til kompetanse

Følgetjenesten med vaktberedskap skal omfatte jordmor eller lege med tilstrekkelig kompetanse innen fødselshjelp. Det betyr at jordmor eller lege gjør opp klinisk status ved fødsel eller andre hendelser hos gravide (f.eks. vannavgang, blødning, premature rier), har dialog med fødeenhet eller fødestue og vurderer egnet transport; ambulanse - bil/båt/fly og

om det er behov for følge av jordmor eller lege. Dersom denne vurderingen finner sted utenfor kvinnens hjem må vurderingen gjøres i lokaler som er tilrettelagt for fødselshjelp.

5.3 System for oppfølging av kravene

Det anbefales i denne veilederen at det organiseres tverrfaglig kompetanseheving, ferdighetstrening i akuttprosedyrer og individuell hospitering med aktiv tjeneste eller rotasjonsordninger. Ferdighetstreningen skal foregå sammen med helsepersonell som er samarbeidspartnere. Det må etableres et system for å dokumentere denne aktiviteten.

6 Seleksjon, differensiering og nivåinndeling

Kvalitetskravene i denne veilederen erstatter de tidligere volumkravene. Volumkrav skal i det videre ikke være retningsgivende for nivåinndelingen av fødeinstitusjonene.

Veilederen anbefaler en fortsatt inndeling i tre ulike nivåer:

- Kvinneklinikk
- Fødeavdeling
- Fødestue

Stortingets har sluttet seg til anbefalingene om en desentralisert og differensiert fødselsomsorg. Det har de senere årene vært flere omstillingsprosesser knyttet til fødetilbudet i distriktene. Erfaringene viser at det er viktig med prosesser som er forankret lokalt for å lykkes. Store, mellomstore og mindre fødeinstitusjoner har ulike utfordringer, denne veilederen er ikke uttømmende når det gjelder ulike problemstillinger.

6.1 Differensiert fødselsomsorg

Hensikten med et differensiert fødetilbud er å sikre kvinnen et variert fødetilbud basert på kvinnens egne ønsker og en seleksjon ut fra en risikovurdering etter gitte kriterier i denne veilederen. Kvinner som blir vurdert til å ha risikofaktorer i svangerskapet eller ved fødselen, må enkelte steder påregne lenger reisevei for å føde, enn friske kvinner med forventet normal fødsel.

Rent praktisk er differensiering utformet på forskjellige måter ved de ulike fødeinstitusjonene på bakgrunn av geografi, populasjon og generell utvikling. På landsbasis er det et variert tilbud til kvinner med forventet normal forløp og de som har kjent risiko for komplikasjoner. Det er påpekt svakheter med dagens tilbud. For eksempel er organiseringen av tjenestetilbudet på to nivåer karakterisert som en særlig utfordring, hvor svangerskaps- og delvis barselomsorg er i kommunen og fødsels- og barselomsorg er i spesialisthelsetjenesten. Dette kan medføre fragmentering av forløp og ansvarsfordeling. Samhandlingsreformen vil understøtte en bedre utvikling med helhetlige forløp. Gode eksempler i dagens system er fødeinstitusjoner og kommuner som har gått sammen om organisering av for eksempel jordmortjenester. Slike ordninger kan bidra til bedre kontinuitet, stabilitet og kvalitetssikring av kompetanse, informasjon og samarbeid mellom de ulike tjenestene.

Fødselsomsorgen har et høyt nivå med gode resultater. Utvikling av medisinsk avansert teknologi medfører mer kontroll av gravide med risiko og det er mulig for flere kvinner med kompliserte lidelser og sykdommer å føde barn. Dette krever god overvåkning og kompetente gynekologer og jordmødre. Det er stor enighet i fagmiljøene om at det er en riktig utvikling når det gjelder å prioritere kvinner med økt risiko. Derimot kan det være uheldig og medføre uønskede utfall med unødige inngrep og avansert overvåkning under fødselen hos gravide og fødende som er friske.

Den økte overvåkingen av kvinnen og fosteret under fødselen medfører en økt arbeidsbelastning for personalet på fødeenhetene. Det oppstår lett en prioriteringssituasjon hvor behov hos syke og friske veies opp mot hverandre. Det er ikke uvanlig at en jordmor har ansvar for flere fødende, friske og syke samtidig. Særlig på større fødeinstitusjoner skjer

det at jordmor kan ha flere fødende å passe på når de er på vakt. Det oppstår samtidighetskonflikter.

Det foreligger i dag god dokumentasjon for at fødende bør følges opp av en person som er til stede på fødestuen i fødselens aktive fase, det vil det ha en rekke positive effekter både for kvinner med og uten risiko. Av faglige kvalitetshensyn anbefales det i denne veilederen at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over. Både syke og friske kvinner skal prioriteres og få den hjelpen og støtten de har behov for i denne delen av fødselen.

Norge har flere fødeinstitusjoner enn våre naboland i forhold til fødselstallet, 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 historiske og et uttrykk for et ønske om et desentralisert tilbud. Majoriteten av kvinnene føder nå på de største kvinneklinikkene eller fødeavdelingene som befinner seg i de større byene eller tettbebygde strøk. I de senere årene har fødselshjelpen blitt mer sentralisert og det er færre fødeinstitusjoner. Under 10 % av fødslene foregår på fødeinstitusjoner med mindre enn 500 fødsler.

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, Nasjonalt folkehelseinstitutt

6.2 Seleksjon

Seleksjonskriteriene i denne veilederen er utarbeidet på bakgrunn av det som er vanlig generell kompetanse ved de tre fødenivåene. Fødeavdelinger som har neonatalavdeling i sykehuset og barnelege i tilstedevakt gjør det mulig å tillate flere risikofødsler ved disse institusjonene enn de som ikke har dette tilbudet. Dette speiler kvalitetskravene.

Veilederen har tatt utgangspunkt i Stortingsmelding nr. 12: *En gledelig begivenhet* (2008-2009). I meldingen fremgår det; "Fødetilbud for risikofødsler legges til kvinneklinikker med nødvendig kompetanse".

En risikofødsel er en fødsel hvor det er økt risiko for komplikasjoner, sykdom eller skade på mor eller barn. Seleksjonskriteriene i denne veilederen baserer seg på dette. Det er nødvendig med høy kompetanse og tverrfaglig samarbeid ved alvorlig sykdom hos mor eller barn. Dette er bakgrunnen for at disse fødslene bør sentraliseres til større sentre med breddekompetanse. Seleksjonskriteriene er utarbeidet på bakgrunn av klinisk erfaring og kunnskapsbaserte retningslinjer og veiledere.

Erfaringene fra Helsetilsynets tilsyn med fødeinstitusjoner er også tatt med og vurdert i forbindelse med utarbeidelse av veilederen. Kunnskap vedrørende klagesaker hos NPE og Helsetilsynet som omhandler skader under fødsel er også brukt i utarbeidelsen av

seleksjonskriteriene og kvalitetskravene. Det samme gjelder erfaring fra perinatalkomiteene. Det vises til kapittel 2.1 og 2.2 om tilsynserfaringer og klagesaker.

Seleksjonskriterier og kvalitetskrav for henholdsvis fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker er beskrevet i henholdsvis kapittel 7, 8 og 9.

6.3 Drifts- og bemanningsproblemer

Små føde-/gynekologiske avdelinger har i en årrekke hatt rekrutterings- og bemanningsproblemer og dermed en ustabil driftssituasjon. Avdelinger kan ha hatt 1-2 fast ansatte leger, og driften har i hovedsak vært basert på korttidsvikarer. Misforståelser, usikkerhet om faglige prosedyrer og dårlig eller manglende kommunikasjon er ofte medvirkende til uheldige hendelser i fødselshjelpen. Utstrakt bruk av vikarer har betydning for kvalitet og det underkommuniseres at kvaliteten på vikarer varierer. Uheldige hendelser som inntreffer når det er vikarer i vakt gir spesielle utfordringer. Komplikasjoner som det er vanskelig å håndtere, kunne likevel hatt et bedre utfall med kjente leger og jordmødre. Det vises til kapittel 2.1 om tilsynserfaringer.

En betydelig utfordring er å rekruttere spesialister. Å utdanne egne spesialister med lokal tilhørighet bør ha oppmerksomhet. Et bærekraftig fagmiljø er nødvendig for å endre nåværende situasjon og for å gi et 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, kompetanseheving, samarbeid og forskning.

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 unødig 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.

6.4 Vurderinger i forhold til kvalitetskrav

Målet med kvalitetskravene er å sørge for at fødeavdelingene, kvinneklinikkene og fødestuene gir fødselshjelp på et høyt faglig nivå i tråd med nasjonale retningslinjer. Målsettingen er minst mulig unødige inngrep under normal graviditet og fødsel, og med riktig intervensjon der det er nødvendig i tråd med kunnskapsbasert praksis.

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 gynekologer, jordmødre og andre spesialiteter fordi antall gravide og fødende med alvorlige kroniske sykdommer eller komplikasjoner i svangerskapet øker. Ved kvinneklinikker vil det også være krav om nyfødmedisinsk intensivavdeling.

Denne veilederen skiller mellom fødeavdelinger med og uten barneavdeling og seleksjon og kvalitetskrav tar hensyn til dette.

Denne veilederen anbefaler at de regionale helseforetakene gjør en vurdering av de minste

fødeavdelingene i sin region og ser på muligheten av å omgjøre disse til fødestuer. Der det er vanskelig å oppfylle kvalitetskravene er det prinsipielt flere mulige løsninger.

Fødetilbudet kan:

- bli styrket faglig og ressursmessig der det er et befolkningsmessig grunnlag
- bli endret til et høyere nivå
- bli lagt ned eller flyttet

Det er nødvendig at det foretas risiko- og konsekvensanalyser som grunnlag for beslutninger. Den enkelte helseregion må vurdere om enkelte små fødeavdelinger unntaksvis skal bestå av geografiske hensyn. Kvalitetskravene må uansett innfris.

Det er påkrevet å gjøre fagmiljøet ved fødeavdelingene mer robuste. Rekruttering av tilstrekkelig antall spesialister innen fødselshjelp og gynekologi er bekymringsfull.

Denne veilederen anbefaler to kategorier fødestuer, fødestue utenfor sykehus og fødestuer i sykehus. Det er ikke tilrådelig å støtte etablering eller fortsatt drift av eksisterende forsterkede fødestuer. Forsterkede fødestuer 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 gynekologer som vikarer. 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. Det bør også understrekes at det kan være vanskelig å selektere pasienter til fødsel på "forsterket fødestue". Selektierungsgrunnlaget 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. Modellen med forsterkede fødestuer bør derfor avvikles.

Kvalitetskrav og seleksjonskriterier for henholdsvis fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker er beskrevet i henholdsvis kapittel 7, 8 og 9.

7 Fødestuer: Seleksjonskriterier og krav til organisering, bemanning og kompetanse

Fødestue er et fødetilbud til friske kvinner med et normalt svangerskap som ønsker å føde der. Jordmødrene tilbyr svangerskapsomsorg og gjør en fortløpende vurdering og seleksjon i samarbeid med kvinnens fastlege og spesialisthelsetjenesten ved behov. I distriktet representerer fødestuene en jordmorfaglig beredskap og kompetanse for alle gravide, fødende og barselkvinner, også for dem ikke føder på fødestuen. Jordmødrene på fødestuene kan ivareta beredskap og følgetjeneste og tilby barselopphold og -oppfølging til kvinner som føder på fødeavdeling eller kvinneklinikk. Fødestuemodellen forutsetter god samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Fødestuer kan være både utenfor helseforetak og i kvinneklinikk eller fødeavdeling.

7.1 Krav til organisering

Jordmødrene bør være ansatt primært hos en arbeidsgiver og fortrinnsvis den som har det formelle ansvaret for driften av fødestuen. 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 i helseforetaket og kommunen kan kjøpe jordmørtjenester av helseforetaket. Denne anbefalingen gis for å unngå en tilsløring av ansvarsforholdene.

Overordnede krav til fødestuer

- Regelmessig internundervisning, minst en gang hver andre måned. Undervisningen med tema og deltagerer loggføres. Ferdighetstrening i akutte prosedyrer minst to ganger årlig. Det må etableres et samarbeid med kommunen slik at legevaktslege også omfattes av regelmessig trening knyttet til akutte hendelser. Det skal foreligge en plan for vedlikehold av kompetanse, herunder også tilbud om videre/etterutdanningsplan for fødestuens ansatte, samt hospitering.
- Klare rutiner for tilkalling av personell ved "akutte situasjoner". Det må etableres gode rutiner for tilkalling av legevaktslege ved akutte tilstander. Legevaktsleger har akuttmedisinsk kompetanse, men ikke forløsningskompetanse. Ansvar og kompetanse for det forløsningsmessige ligger hos jordmor på fødestuen og i linjen til fødeavdelingen eller kvinneklinikken fødestuen er tilknyttet.
- Ha tilsyn fra helseforetak ved 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 skal tas opp.
- Både seleksjonskriterier og prosedyrer godkjennes av ansvarlig jordmor ved fødestuen og faglig leder i helseforetaket, og revideres minst hvert tredje år eller når det er påkrevd.
- 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 skal ha samme system for elektronisk registrering av fødsler som finnes ved helseforetaket.

- Ansvarlig jordmor på fødestuen må melde til leder ved fødeavdelingen i 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.

7.2 Seleksjon

Fødestuetilbudet er basert på seksjonskriteriene i denne veilederen. Veilederen henviser til kapitlene 8 og 9 når det gjelder oversikt over kriterier for hvilke gravide som skal føde på kvinneklinikk eller fødeavdeling.

Kvinner som kan føde på fødestuer:

- Frisk første eller flergangsfødende
- Et normalt svangerskap
- Bærer et foster i hodeleie
- Ingen kjente sykdommer som kan medføre komplikasjoner
- Tidligere normale svangerskap og fødsler
- Fødselen starter spontant mellom fullgatte svangerskapsuker 36 +0 og 41 +3 dager
- Fødselen er definert som lavrisiko når riene starter og er fortsatt normal frem til etter barnets fødsel

Det er vanlig praksis i dag at kvinner som tidligere har hatt utskjæringstang eller vakuump uten antatt gjentagelsesrisiko kan velge å føde på fødestuen.

Informasjon om seleksjonskriterier for valg av fødested bør gis til den gravide tidlig i svangerskapet, gjerne ved første kontroll. Gravide må være forberedt på overflytting til sykehus dersom komplikasjoner oppstår før/under eller etter fødsel.

Kvinner med følgende tilstander skal som hovedregel henvises til fødeavdeling eller kvinneklinikk, men kan etter spesiell vurdering i samarbeid med fødeavdeling eller kvinneklinikk føde på fødestue (relative seleksjonskriterier):

- Tenåringsgravide
- Moderat overvekt, BMI > 27
- Uspesifikke forhold som psykiske eller psykososiale problemstillinger

Jordmor kan anbefale sykehusfødsel ut fra en helhetsvurdering uten nødvendigvis å vise til nevnte kriterier.

7.3 Overflytting fra fødestuer

Fødestuer vil i gitte situasjoner overflytte kvinner til en fødeavdeling eller kvinneklinikk. Det vil vanligvis være behov for kompetent ledsager under syketransporten, både før og etter fødsel.

Indikasjoner for overflytting under eller i forbindelse med fødsel:

- Fostervannsavgang > 24 timer uten etablerte rier
- Avvikende leie/presentasjon av foster
- Høytstående hode til tross for gode rier
- Misfarget fostervann tidlig i fødselsforløpet
- Rikelig/unormal blødning
- Behov for fosterovervåking ved truende føtal asfyksi eller annen usikkerhet vedrørende fosterhertelyden
- Vurder behov for medikamentell smertelindring
- Vurdert behov for medikamentell stimulering av rier

Indikasjoner for overflytting etter fødselen – kvinnen:

- Fastsittende placenta, med eller uten blødning
- Slinkterruptur grad III og IV, dype vaginal-/perinealrifter, cervixruptur
- Unormal etterbyrdsblødning, atoni eller blødning fra rifter
- Andre indikasjoner

Indikasjoner for overflytting – nyfødt:

- Mistenkt sykdom hos nyfødt
- Respirasjonsproblemer
- Misdannelser, skade eller fraktur
- Gulsott
- Andre indikasjoner

Planlagt fødested og overflytting blir ikke registrert på meldeskjemaet til MFR. I perioden 2008 – 2010 har det pågått en tilleggsregistrering. Tilleggsregistreringen vil bli koblet til opplysninger i MFR – skjemaet slik at en kan følge resultatene av alle fødsler ved fødestuer, alle fødsler med overflytting til og fra fødestuer, ved alle transportfødsler og ved hjemmefødsler ved overflytting fødestue/fødeavdeling på en bedre måte. For å kunne evaluere fødestuenes virksomhet er dette viktige data. Formålet 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. Helsedirektoratet og MFR vil gjøre en vurdering av om registreringen skal innføres som en fast ordning.

7.4 Krav til bemanning og kompetanse

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. Et lavt antall fødsler på fødestuene medfører en utfordring med å opprettholde kompetanse innen svangerskapsomsorg og fødselshjelp. Når flere av fødestuene har mellom 10 til 40 fødsler årlig betyr det at den enkelte jordmor håndterer få fødsler. Det betyr at det må iverksettes tiltak for å kompensere for de manglende fødslene med annen ferdighetstrening. Systematisk ferdighetstrening og simulering av situasjoner kan bidra til å erstatte mangelen på reelle fødsler og akutte situasjoner. Hospitere med aktiv tjenestegjøring på fødeavdeling og kvinneklinikk er også en ordning som kan benyttes mer. Problemstillingen bør drøftes der det er uforholdsmessig få fødsler. Det bør vurderes nøye om det er mulig å tilfredsstille kvalitetskravene på fødestuer med svært få fødsler.

Det finnes jordmødre som jobber alene under fødselen og som 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 under fødselen. Uansett bør en jordmor på fødestue ha mulighet til tilkalling av rask hjelp fra en jordmor i bakvakt.

En fødestue skal ha 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 nyfødtundersøkelse i samarbeid med kvalifisert lege

7.5 System for oppfølging av kravene

- Helseforetaket har ansvar for å lage et system slik at kvalitetskravene til fødeinstitusjoner blir fulgt opp, både når det gjelder organisering og resultater på fødestuene
- Det bør utarbeides spesifikke melderutiner innen fødselshjelp

7.6 Krav til informasjon og kommunikasjon

Det er nødvendig med et 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 spesialist- og kommunehelsetjenesten for å sikre kvalitet og et helhetlig forløp. Viser til kapittel 3 om samhandling og helhetlige forløp.

Det vises til kapittel 1.4 til 1.6 når det gjelder pasienters rett til medvirkning og informasjon.

8 Fødeavdelinger: Seleksjonskriterier og krav til organisering, bemanning og kompetanse

Fødeavdelingene er fødeinstitusjoner av svært ulik størrelse. Enhetene skal ta hånd om kvinner med normale forløp og pasienter med moderat risiko tilpasset avdelingens kompetanse. Et nært samarbeid med kvinneklinikk, herunder drøfting av tvilstilfeller i forhold til seleksjon, er en grunnleggende forutsetning. De minste fødeavdelingene bør vurderes omgjort til fødestuer. Seleksjonen og kravene til fødeavdelinger vil blant annet avhenge av om det er barneavdeling eller ikke ved sykehuset.

8.1 Seleksjonskriterier

Pasienter med følgende risikofaktorer kan føde på fødeavdeling, eller et høyere nivå, under forutsetning av nødvendig kompetanse i avdelingen:

- Hypertensiv sykdom, mild og moderat preeklampsi
- Overvektige pasienter (BMI > 30 og < 35)
- Undervektige pasienter (BMI < 19)
- Estimert fostervekt > 4500 g
- 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.

Følgende fødsler bør foregå i sykehus med barneavdeling:

- Oligohydramnion
- Polyhydramnion
- Planlagt vaginal fødsel etter tidligere operasjon på livmoren (individuell vurdering av de som har født vaginalt etter tidligere keisersnitt)

Pasientene som skal selekteres til kvinneklinikk er angitt i kapitel 9.

Dersom enkelte fødeavdelinger mener at de innehar kompetanse til å håndtere enkelte tilstander som er definert tilhørende kvinneklinikk, skal dette avklares med helseregionens fagnettverk og kvinneklinikker. Dette må i så fall dokumenteres og prosedyrenedfelles.

8.2 Krav til organisering og beredskap

Generelle krav som gjelder både fødeavdelinger og kvinneklinikker:

- 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
- Rescusiteringsrom skal finnes i fødeseksjonen
- Nasjonale retningslinjer og interne prosedyrer må være lett tilgjengelige, oppdaterte og implementerte i avdelingen
- Ha klare retningslinjer for hvordan den differensierte fødselsomsorgen skal foregå. Resultatene skal dokumenteres
- Ha klare retningslinjer for behandling av alvorlige akutte komplikasjoner under fødsel som f.eks.; 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 kompliserte fødsler
- Leger og jordmødre som har kortvarige vikariater må settes grundig inn i avdelingens rutiner og prosedyrer (veiledere), noe som må loggføres

8.3 Krav til bemanning og kompetanse

- Bemanningen ved fødeavdelingene må være tilstrekkelig for å ivareta forsvarlig overvåking og behandling samt etterkomme den faglige anbefalingen om tilstedeværende jordmor i aktiv fase av fødselen
- Det bør være mulighet for tilkalling av jordmor i bakvakt der jordmor er alene
- Bemanningen for leger og jordmødre må være slik at det er tid til faglig fordypning, kvalitetsarbeid i avdelingen og opplæring av kolleger
- Fast ansatte spesialister må utgjøre hoveddelen av bemanningen ved fødeavdelinger
- Vikarstafetter bør unngås
- Ved vikarbruk bør det benyttes faste vikarer
- Faste vikarer må forpliktes til å delta i regionale og nasjonale fagfora
- Korttidsvikarer benyttes kun unntaksvis i kortere perioder
- Ansatte, herunder også vikarer, må kunne beherske norsk eller annet skandinavisk språk
- Vikarers kompetanse må kontrolleres
- Det må sikres tilstrekkelig opplæring og opplæringsprogram for nytilsatte, inkludert vikarer
- Samarbeidsløsninger og nettverksutvikling med nærliggende fødeinstitusjoner bør vurderes
- Ved fødeavdelingene bør det stimuleres til forskning

8.3.1 ***Fosterovervåking og diagnostikk ved fødeavdelinger***

- Skal kunne bruke trestetoskop
- Skal ha CTG med mulighet for elektronisk lagring av kurvene
- Skal ha mulighet for avansert fosterovervåking i form av enten ST - analyse, skalp-pH eller laktat
- Bør kunne utføre syre-base-undersøkelse på navlestrengsblod etter fødsel
- Må foreta regelmessig undervisning og stille kompetansekrav til jordmødre og leger innen tolkning og bruk av ulike metoder for fosterovervåking
- Må kunne identifisere utviklingsavvik og viderehenvise disse til fostermedisinsk enhet. Bare godkjente enheter kan utføre fosterdiagnostikk.
- Må kunne utføre og tolke basale dopplerundersøkelser
- Må ha tilgang til bruk av ultralyd under fødsel

- Bør ha egne jordmødre med spesialkompetanse innen ultralyd

8.3.2 Undervisning og praktisk trening

Følgende gjelder for både fødeavdelinger og kvinneklinikker:

- Ukentlig internundervisning for leger og jordmødre (bør være obligatorisk), dvs. 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 pr. 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
- Det må være mulighet for faglig fordypning i form av møter, seminarer og kongresser
- Oppfølging av perinatalkomiteenes arbeid

8.4 Vaktordning og beredskap på fødeavdeling

- Det skal være etablert en forsvarlig vaktordning
- Vakthavende gynekologspesialist skal være tilstede i avdelingen når det foreligger kjente risikofaktorer før og under fødsel (f.eks. situasjoner som krever elektronisk overvåking av fosteret og der mors tilstand krever skjerpet overvåking). I slike situasjoner skal det også være operasjons- og anestesiteam tilstede slik at akutt keisersnitt kan utføres innen 15 minutter
- Vakthavende gynekologspesialist skal være tilstede i avdelingen når det foreligger kjente risikofaktorer før og under fødsel (f.eks. situasjoner som krever overvåking med CTG og der mors tilstand krever skjerpet overvåking). I slike situasjoner skal det også være operasjons- og anestesiteam tilstede slik at akutt keisersnitt kan utføres innen 15 minutter
- Vaktordningene skal følge vanlige prinsipper, lov og avtaleverk, og fordeles likt blant avdelingens leger med unntak av de som kan påberope seg rett til fritak fra vakt i hht. overenskomsten mellom Spekter og Den norske legeförening
- Vaktordningen skal som en hovedregel ikke være hyppigere enn firedelt. Unntak fra dette kan bare aksepteres i kortere perioder. Det må sikres et tilstrekkelig antall leger til ordningen slik at det er mulig å ta hensyn til behovet for regulert fravær i form av

ferier, avpassering og tid til faglig oppdatering/fordypning, herunder avtalefestede permisjoner og kurs

- For fødeavdelinger der forekomsten av aktivt arbeid under vakt ikke krever det, kan hovedregelen være en ordning med hvilende vakt i hjemmet basert på en utrykningstid på inntil 30 min
- Det er viktig at det etableres et robust, kompetent miljø som oppebærer nødvendige faglige kvalifikasjoner samt framstår som rekrutteringsattraktivt, og at man derigjennom reduserer behovet for vikarstafetter
- Fødeavdelingens behov for faglige støttefunksjoner må være sikret
- Anestesiavdelingen må ha vaktordninger for leger og sykepleiere som sikrer tjenester i samsvar med fødeavdelingens behov
- Barneavdelingen, dersom slik finnes, må ha en vaktordning for leger og sykepleiere som sikrer tjenester i samsvar med fødeavdelingens behov
- Anestesipersonalet har sammen med jordmor og gynekologspesialist ansvaret for gjenopplivning av nyfødte, dersom sykehuset ikke har egen barneavdeling
- Anestesiavdelingen skal kunne tilby epidural under fødsel
- Klinisk kjemisk avdeling samt blodbank skal ha døgnvakt
- Tilgang til kvalifisert undersøkelse av barnet før hjemreise

8.5 System for oppfølging av kravene

- Helseforetaket har ansvaret for å lage et system slik at kvalitetskrav til fødselsomsorgen blir fulgt opp, både når det gjelder organisering og resultater
- Det bør utarbeides spesifikke melderutiner innen fødselshjelp

8.6 Krav til informasjon og kommunikasjon

Det er nødvendig med et system for kommunikasjon og informasjon innad og mellom tjenestenivåene.

Dette innebærer både kommunikasjonslinjer mellom fødenivåer og fødeinstitusjoner, og system for kommunikasjon mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for å sikre kvalitet og et helhetlig forløp. Viser til kapittel 3 om samhandling og helhetlige forløp.

Viser til kapittel 1.4 til 1.6 når det gjelder pasienters rett til medvirkning og informasjon.

9 Kvinneklinner: Seleksjonskriterier og krav til organisering, bemanning og kompetanse

Kvinneklinnerne 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. fødsler der den fødende har kjente risikofaktorer. Kvinneklinnerne skal ha tilgang til kompetanse i nyfødttmedisin og flere andre relevante spesialiteter.

9.1 Seleksjonskriterier

Pasienter med følgende risikofaktorer skal føde på kvinneklinner:

- Diabetes mellitus (insulinkrevende)
- Preeklampsi (alvorlig)
- Foster med påvist utviklingsavvik (med behov for intervensjon kort tid etter fødsel)
- Vekstretardasjon
- Flerlinger/vaginale tvillingfødsler
- Vaginale setefødsler og ytre vending selekteres til kvinneklinner. 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
- Tidligere født barn med alvorlig GBS infeksjon
- Rusmiddelbruk under svangerskap
- Gravide under LAR-behandling⁷
- HIV
- Trombofili med stor risiko for trombose eller tilstander med blødningsrisiko

Pasienter bør som hovedregel føde ved kvinneklinner ved:

- Overvekt (BMI > 35). Flørgangsfødende med tidligere normale fødsler kan vurderes for fødsel på fødeavdeling.

⁷ Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene til barnet når skolealder. IS 1876. Utgis av Helsedirektoratet i løpet av våren 2011

9.2 Krav til organisering og beredskap

Generelle krav som gjelder både fødeavdelinger og kvinneklinikker: viser til kapittel 8.2

9.3 Vaktordning og beredskap på kvinneklinikk

- Både forvakt og gynekologspesialist i bakvakt skal ha tilstedevakt
- Antall leger i vakt må tilpasses klinikkens størrelse
- Keisersnitt skal kunne utføres innen 15 minutter
- Anestesilege og anestesisykepleier må ha tilstedevakt
- Anestesipersonell skal være tilgjengelig ved gjenopplivning av nyfødte
- Det skal være barnelege i tilstedevakt
- Sykehus med kvinneklinikker skal ha nyfødtintensivkompetanse
- Sykehuset skal ha kompetanse og vaktberedskap innen urologi, gastrokirurgi, endokrinologi og nefrologi

9.4 Krav til bemanning og kompetanse

- Kvinneklinikkene må ha gynekologspesialist med fødselshjelp som spesialfelt
- Bemanningen ved kvinneklinikkene må være tilstrekkelig til å ivareta forsvarlig overvåking og behandling samt etterkomme den faglige anbefalingen 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
- Kvinneklinikkene skal ha forskningskompetanse og drive aktiv forskning
- Kvinneklinikkene bør ha stipendiatstillinger for både jordmor og lege
- Det bør være psykososial kompetanse tilknyttet kvinneklinikkene som kan veilede foreldre som trenger oppfølging

9.4.1 *Fosterovervåking og diagnostikk ved kvinneklinikker*

- Skal kunne bruke trestetoskop
- Skal ha CTG med mulighet for elektronisk lagring av kurvene
- Skal ha mulighet for avansert fosterovervåking i form av enten ST - analyse, skalp-pH eller laktat
- Skal kunne utføre syre-base-undersøkelse på navlestrengsblod etter fødsel
- Skal kunne utføre avanserte dopplerundersøkelser

- Ha tilgang til CTG med analyse av kortidsvariabilitet (System 8000 analyse)
- Må foreta regelmessig undervisning og stille kompetansekrav til jordmødre og leger innen tolkning og bruk av ulike metoder for fosterovervåking
- Må kunne identifisere utviklingsavvik og viderehenvise disse til fostermedisinsk enhet. Bare godkjente enheter kan utføre fosterdiagnostikk.
- Må ha tilgang til bruk av ultralyd under fødsel
- Bør ha jordmødre med spesialkompetanse innen ultralyd
- Kvinneklinikker med regionsfunksjon skal ha kompetanse i fostermedisin

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

9.5 System for oppfølging av kravene

- Helseforetaket har ansvaret 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

9.6 Krav til informasjon og kommunikasjon

Det er nødvendig med et system for kommunikasjon og informasjon innad og mellom tjenestenivåene.

Dette innebærer både kommunikasjonslinjer mellom fødenivåer og fødeinstitusjoner, og system for kommunikasjon mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for å sikre kvalitet og et helhetlig forløp. Viser til kapittel 3 om samhandling og helhetlige forløp.

Det vises til kapittel 1.4 til 1.6 når det gjelder pasienters rett til medvirkning og informasjon.

Veiledere fra Helsedirektoratet utarbeides innenfor helsefaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, løverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no