



Liv lagas hørings svar til IS-1803:

«Et trygt fødetilbud –

Forslag til kvalitetskrav

til fødeinstitusjoner»

Liv laga – organisasjon for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg er en nasjonal brukerorganisasjon av og for foreldre og vordende foreldre i hele Norge. Organisasjonen ble stiftet 4. mars 2008 og har altså vært i drift i overkant av to år.

Liv lagas formål er formulert i vedtektene:

«Organisasjonens visjon er at alle som føder barn i Norge skal få den omsorg de trenger, bli møtt med respekt for sine valg og ønsker, og til enhver tid gjennom svangerskap, fødsel og barseltid være og føle seg trygge. Liv laga vil jobbe opp mot myndigheter og beslutningsorganer for å fremme brukernes sak. Der hvor det blir nødvendig og mulig vil Liv laga søke å supplere det offentlige tjenestetilbudet.»

Vi er en demokratisk organisasjon som representerer alle som oppfatter seg som brukere av helsetjenesten, – uavhengig av kjønn, alder, legning, livssyn, politisk syn, økonomisk og sosial status, helsetilstand eller tjenestebehov og -ønsker. Vi har medlemmer i alle aldre, både mødre, fedre, besteforeldre, andre pårørende og fagfolk. Våre medlemmer omfatter altså langt flere enn de som kan defineres som primærbrukere av helsetjenesten.

Tekst markert slik er sitater fra rapporten. Vi kommenterer sitatene og generelle forhold fortløpende. Vi har latt alle overskrifter fra rapporten stå selv om noen avsnitt ikke er kommentert.

Vi henviser også til følgende dokumenter, og til våre tidligere arbeider:

<http://www.liv-laga.no/arbeid>

Forkortelse Dokument

- | | |
|-------------|--|
| St.meld. 12 | Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg,
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-12-2008-2009-.html?id=545600 |
| 1-97 | Faglige krav til fødeinstitusjoner. (Statens helsetilsyns utredningsserie ;97:1) IK-2565
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/faglige_krav_fo_deinstitusjoner_ik-2565.pdf

Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 04. Rapport fra Helsetilsynet/2004

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015) IS-1162
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390a.pdf |

INNLEDENDE KOMMENTARER	5
Knappe ressurser	5
Prosessen	5
Systematikk og språk	6
Brukermedvirkning	7
FORORD	7
INNLEDNING	7
En tydeligere spesifisering av oppdraget	8
Problemer og utfordringer	8
Definisjoner	9
Detaljer i teksten	11
SAMMENDRAG	12
1 ARBEIDSGRUPPE	16
2 REGELVERK OG LOVKRAV	16
2.1 Faglig forsvarlighet	16
2.2 Internkontroll	16
2.3 Forsvarlig fødselshjelp	17
2.4 Pasienters rett til medvirkning og informasjon	17
2.4.1 Særskilt om keisersnitt	18
2.4.2 Pårørendes rettigheter til medvirkning og informasjon	18
2.5 Fritt sykehusvalg	18
3 KVALITETSARBEID	18
3.1 Tilsynserfaringer	19
3.2 Klagesaker	19
3.3 Å lære av egne feil	19
3.4 Kvalitetsstrategien	19
3.5 Kvalitetsindikatorer	20
4 BRUKERERFARING OG BRUKERTILFREDSHET	20
4.1 Informasjon og brukerevaluering	20
4.2 Brukermedvirkning	21
4.3 Behov for tolk	21
4.4 Grupper med særlige behov	22
4.5 Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg til kvinner med minoritetsbakgrunn	22

5	SAMHANDLING OG HELHETLIG FORLØP	22
6	AVTALEVERK MELLOM KOMMUNER OG FORETAK.....	22
7	SVANGERSKAPSOMSORGEN	23
7.1	Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling	24
7.2	Krav til kompetanse	24
7.3	System for oppfølging av kravene	24
7.4	Kvalitetsindikatorer.....	25
7.5	Krav til informasjon og kommunikasjon.....	25
8	SELEKSJON OG DIFFERENSIERING	25
8.1	Differensiert fødselsomsorg	25
8.2	Seleksjon.....	26
8.3	Differensiering	27
8.4	Drift og bemanning av fødeinstitusjoner.....	27
8.4.1	Fødestue	28
8.4.2	Fødeavdeling	28
8.4.3	Kvinneklinikk	29
8.4.4	Krav til fødeinstitusjoner oppsummert i tabell.....	29
8.5	Seleksjonskriterier.....	32
8.6	Differensiering innad i fødeavdelinger og kvinneklinner	36
9	FØDESTUER.....	36
9.1	Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling	37
9.1.1	Seleksjon	37
9.2	Krav til bemanning og kompetanse	38
9.3	System for oppfølging av kravene	38
9.4	Kvalitetsindikatorer.....	38
9.5	Krav til informasjon og kommunikasjon.....	38
10	FØDEAVDELING OG KVINNEKLINIKK	38
10.1	Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling	39
10.1.1	System for oppfølging av kravene	39
10.2	Kvalitetsindikatorer.....	39
10.2.1	Kvalitetsindikatorer kvinne	39
10.2.2	Krav til informasjon og kommunikasjon	40
11	BARSELOMSORGEN	40
11.1	Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling	41
11.2	Krav til bemanning og kompetanse	42
11.3	System for oppfølging av kravene	43
11.4	Kvalitetsindikatorer.....	43
11.5	Krav til informasjon og kommunikasjon.....	43
12	FØLGETJENESTE OG BEREDSKAP	43
12.1	Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling	44

12.2	Krav til kompetanse	44
12.3	System for oppfølging av kravene	44
12.4	Kvalitetsindikatorer.....	44
12.5	Krav til informasjon og kommunikasjon.....	44
13	PERINATALKOMITEENE	45
13.1	Lokal komité på foretaksnivå	45
13.2	Regional perinataalkomite	45
13.3	Nasjonal perinataalkomite.....	45
14	MEDISINSK FØDSELSREGISTER.....	45
15	FORSLAG TIL INFORMASJON TIL BRUKERE AV TJENESTEN.....	45

Innledende kommentarer

Liv laga takker for at rapporten er sendt på høring og for at vi ble invitert til å komme med et hørings svar. Vi takker spesielt for at vi fikk utsatt fristen. Vi tar forbehold om evt. skrivefeil og misforståelser m.m, og det kan hende vi oppdaterer hørings svaret eller kommer med tillegg til det. *Det opprinnelige svaret ble levert torsdag 10. juni. Denne nye versjonen, med hovedsakelig språklige rettelser og presiseringer, ble gjort tilgjengelig på nettsidene onsdag 23. juni. En versjon som viser rettelser kan bli tilsendt om ønskelig. Ta kontakt.*

Liv laga er glade for at Stortinget vedtok å forkaste tallkravene til fødeinstitusjonene, og at oppmerksomheten ble flyttet til krav som skal sørge for best mulig *kvalitet* ved både små, mellomstore og store enheter. Rapporten inneholder både nybrottsarbeid og mange gode forbedringer, og er et godt utgangspunkt for videre arbeid.

Rapporten bærer dog preg av hastverksarbeid, og vi synes det er synd at et så viktig dokument ikke får grundigere gjennomarbeiding. Med stramme tidsfrister er det ekstra viktig med god prosjektstyring og at de involverte får frigjort tid til å jobbe dedikert med prosjektet. Vi mener at det ikke skjedde her.

Vi håper kommentarene våre i dette hørings svaret kan inspirere til en revidert utgave. Det ligger et stort potensial i denne rapporten, som vi ønsker å se realisert.

Knappe ressurser

Som brukerorganisasjon vil vi påpeke at Helsedepartementet har gitt Helsedirektoratet et oppdrag med det vi mener er en urimelig kort tidsfrist. Oppdraget ble heller ikke fulgt av økonomiske midler. Det ble heller ikke prioritert å omdisponere nok midler i Helsedirektoratet for å tilrettelegge for en god og konstruktiv prosess som kunne komme brukerne og fagfolk «i felten» lokalt til gode.

Dette oppdraget gikk også til de regionale helseforetakene, men flere av de underliggende helseforetak frigjorde ikke arbeidstid for de av sine ansatte som skulle utføre oppdraget.

Proessen

Vi mener at begrepene og oppdragene burde vært tydeligere definert, samt at gruppene og medlemmenes arbeidsgivere skulle fått klarere instruksjoner om arbeidsmetode og tidsbruk. Gruppene løste oppgavene svært ulikt:

- Helse Vest: Det har vært holdt åtte møter i gruppen, fire heldagsmøter, tre telefon- og et videomøte. I tillegg brukte gruppen ressurspersoner slik som andre leger, jordmødre, jurist m.m. til å utføre oppdraget.
- Helse Midt: Arbeidsgruppen har avholdt to heldagsmøter og for øvrig arbeidet individuelt med tildelte oppgaver og kommunisert via e-post.
- Helse Sør-Øst: Gruppen møttes to ganger, ca. halv dag.
- Helse Nord: Ingen møter.

I rapporten¹ er det beskrevet hvordan utvelgelse av kvalitetsindikatorer bør foregå. Vi antar at det å velge kvalitetskrav bør følge en lik prosess:

Det foreligger ulike kriterier for å velge ut indikatorer som eksempel nytteverdi, relevans, vitenskapelig holdbarhet og gjennomførbarhet. De bør også være meningsbærende og forståelige, allment akseptert, velkjente og faglig velbegrunnet og forankret. For å velge ut og utvikle gode kvalitetsindikatorer bør man gjennomføre en systematisk prosess der man velger ut klinisk område

¹ Side 20-21.

for evaluering og organiserer en konsensusgruppe. Deretter er det viktig å fremstille en oversikt over eksisterende kunnskapsgrunnlag og praksis, velge ut kliniske indikatorer og standarder, utforme indikator - spesifikasjoner og utføre pilottesting før kvalitetsindikatorne settes i daglig og nasjonalt bruk.

Etter hva vi kan se har prosessen ikke fungert i henhold til denne standarden. Vi har forstått det som at deler av fagmiljøet har fått dominere arbeidet og dermed er ikke anbefalingen om forankring i det tverrfaglige miljøet gjennomført. I tillegg er ikke de nye kravene godt nok faglig begrunnet. Dermed er det etter vår vurdering også større fare for uenighet og splid i fagmiljøet i etterkant. En rapport som vil få betydelige konsekvenser for fødselsomsorgen spesielt og helseforetakene generelt er etter vår vurdering avhengig av godt systematisk arbeid og faglig sterkt begrunnede anbefalinger. Dette også med tanke på formidling av trygghet og sikkerhet til brukerne, siden de vil oppleve langt større trygghet dersom fagmiljøet fremstår bredt representert og samlet i sine anbefalinger.

Systematikk og språk

Rapporten hadde blitt meget bedre med en stram redigering og en grundig språkvask. Den er for lite systematisk. Det er tydelig at mange forfattere har vært involvert og den framstår dermed ikke som helhetlig. Kapitlene mangler terminologisk konsekvens, «selvfølgeligheter» gjentas og noen avsnitt er dels motstridene. Med tid til skikkelig gjennomarbeiding samt en god redaktør kunne disse problemene vært unngått. Rapporten ville blitt kortere, mer presis og blitt et bedre verktøy.

Vi mener kapittel 8, 9 og 10 burde vært slått sammen til ett kapittel med f.eks. følgende struktur:

1. Differensiert fødselsomsorg
 - 1.1 Desentralisert og differensiert
 - 1.2 Differensiering innad i fødeavdelinger og kvinneklinikker
2. Seleksjon
3. Om fødestuer
4. Om fødeavdelinger
 - 4.1 Avdelinger med og uten barnelege/nyfødttintensiv
 - 4.2 Helsetilsynets vurdering av små avdelinger
5. Om kvinneklinikker
6. Krav til fødeinstitusjoner (i tabells form)
7. Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling
 - 7.1 Vaktberedskap på fødestue
 - 7.2 Vaktberedskap² på fødeavdeling
 - 7.3 Vaktberedskap på kvinneklinikk
8. Krav til bemanning og kompetanse
 - 8.1 Fosterovervåking og fosterdiagnostikk
 - 8.2 Forskning, undervisning og praktisk trening
9. Krav til informasjon og kommunikasjon³
 - 9.1 Mellom tjenesteytere

² Vi stusser på hvorfor "vaktberedskap" er plassert under krav til "organisering, oppgave- og funksjonsfordeling". Burde ikke dette vært plassert under "bemanning"? "Organisering osv." forstår vi som ansvarsfordeling mellom institusjonene, og innad i dem. Inndelingen i 1-97 virker mer logisk.

³ Vi mener det er naturlig at alle "krav-avsnittene", også det om informasjon og kommunikasjon, kommer før "System for oppfølging av kravene". Rekkefølgen i rapporten gir inntrykk av at informasjon og kommunikasjon ikke skal følges opp på lik linje med de andre kravene.

- 9.2 Mellom helsearbeider og bruker
- 10. System for oppfølging av kravene
- 11. Seleksjonskriterier (i tabells form)
- 12. Kvalitetsindikatorer
 - 12.1 Kvalitetsindikatorer kvinne
 - 12.2 Kvalitetsindikatorer nyfødt

Språket er tidvis vanskelig tilgjengelig. En del steder brukes det medisinske faguttrykk som de færreste brukere kjenner til. Vi mener det er mulig å bruke et mer hverdagsnært språk uten at det går på bekostning av faglig presisjon. F.eks. kan man bruke parenteser, petit eller fotnoter til forklaringer, presiseringer etc.

Brukermedvirkning

Rapporten skal bl.a. brukes ved utformingen av områdeplaner for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. I St.meld. 12 er det presisert: «Brukere med *relevant kompetanse* skal trekkes inn ved utarbeidelse av planen. Dette kan kreve særskilte tiltak fordi brukerorganisasjoner som representerer gravide/fødende vanligvis ikke er representert i brukerutvalgene i regionale helseforetak» (vår utheving). Dessverre har mange helseforetak kun henvendt seg til brukerutvalgene, som ofte ikke kjenner til hvilke organisasjoner som er relevante i denne forbindelse. I stedet bør *både* brukerutvalgene og fagmiljøene involveres, da jordmødre og fødselsleger oftere kjenner til Ammehjelpen, Fødsel i Fokus, Liv laga o.a. relevante brukerorganisasjoner.⁴

Siden denne rapporten skal være et verktøy bl.a. for gruppene som arbeider med disse områdeplanene er det viktig at den er lesbar og forståelig for brukere. Våre kommentarer til rapporten er derfor skrevet med dette som bakgrunn. Vi håper at vårt hørings svar skal bidra til å lette arbeidet for de lokale brukerrepresentantene.

Vårt hørings svar har dermed to primære mottakergrupper: Myndighetene og andre brukere. Noe av det vi skriver er derfor «gammelt nytt» for den egentlige høringsmottaker: Helsedirektoratet. En del av tipsene til lokale brukerrepresentanter er plassert i fotnotene.

Forord

Vi vil for sikkerhets skyld komme med en presisering. Dette skal også inngå som grunnlag for utarbeidelse av flerårige, helhetlige og lokalt tilpassede planer for fødetilbudet i landets helseregioner sammen med berørte kommuner. Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag er at helseforetakene skal utarbeide en flerårig, helhetlig og lokalt tilpasset plan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg i samarbeid med kommunene. Det er altså ikke bare fødetilbudet områdeplanene skal omhandle.

Innledning

I innledningen savner vi en begrunnelse for rapporten. De formelle årsakene er angitt, men vi savner en beskrivelse av hvilket behov rapporten skal fylle, hvilke problem den skal løse og hva fagmiljø og brukere har savnet. Her hadde det vært naturlig å vise til funnene i 2004 og

⁴ Se for øvrig lister på våre nettsider: <http://liv-laga.no/lenker/organisasjoner>

senere, samt pasientskadeoppsummeringer, brukerundersøkelser etc.: Hvilke problem som ble avdekket, hvilke utfordringer vi står overfor og hva som ser ut til å fungere godt – hva vi kan bygge videre på (jf. kap. 3). Videre hadde det vært bra med en redegjørelse av 1-97⁵, hva den gjaldt, hva som fortsatt kan brukes derfra og hva som nå erstattes.

En tydeligere spesifisering av oppdraget

Videre ønsker vi en tydeligere sammenheng mellom rapporten og områdeplanene som nå skal utarbeides. Hvordan skal rapporten brukes i arbeidet med planene? Er den konkret nok til å tjene brukere, kommuner og foretak som verktøy i deres arbeid? Gir den innspill til bedre samhandling?

Vi mener at det i innledningen er essensielt med definisjoner av mål og viktige begreper, for deretter å vise sammenhengen mellom rapporten og målene. Blir omsorgen f.eks. mer helhetlig av denne rapporten? Vi ønsker oss definisjoner av målene for omsorgen, for rapporten og for kravene. F.eks. noe slik som vårt forslag 18. desember 2009⁶:

Vi foreslår at det overordnede målet for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen skal være å gi flest mulig brukere god kvalitet på tjenestene og gjennom det gi dem en best mulig opplevelse, innenfor de naturlige forutsetningene. Hensikten med kvalitetskravene må være at de skal brukes til å nå dette målet. De må være målbare og kunne vise forbedring/forverring.

Under kap. 10 står det definert mål med kvalitetskravene, men så vidt vi forstår gjelder disse målene kun fødeavdelingene og kvinneklinikkene.

Målet med kvalitetskravene er å sørge for at fødeavdelingene/kvinneklinikkene gir fødselshjelp på et høyt faglig nivå i tråd med nasjonale retningslinjer. Et viktig mål er minst mulig intervensjon under den fysiologiske graviditet og fødsel, men med korrekt intervensjon der dette er nødvendig og med lav perinatal og maternell mortalitet og morbiditet. (Side 45)

Vi vil i tillegg gjenta vår avslutning i foredraget den 18. desember:

Utfordringen er å finne et system som sikrer nok kontroll til å begrense feil, og nok frihet til å fremme arbeidsglede.

Problemer og utfordringer

I kapittel 3 beskrives ulike funn. Disse mener vi burde vært inkludert i innledning, f.eks.:

«Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen 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. Brukerne etterspør bl.a. kontinuitet, forutsigbarhet, bedre informasjon og å få dekket basale behov som mat og hvile. Brukerne er også bekymret for høyt stressnivå og at kapasiteten er sprengt ved de store fødeenhetene. I mindre byer og tettsteder frykter brukerne at de mister fødetilbudet sitt.»

Helsetilsynet og Norsk pasientskadeerstatning peker på en rekke utfordringer. Disse har vi kategorisert nedenfor. Vi har forsøkt å kategorisere dem slik som Helsedirektoratet har kategorisert løsningene på utfordringene – kvalitetskravene – i kap. 7-11. Se også Tabell 1 Kravene, system for oppfølging og indikatorer oppsummert under Sammendrag:

⁵ Faglige krav til fødeinstitusjoner. (Statens helsetilsyns utredningsserie ;97:1) IK-2565
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/faglige_krav_fodeinstitusjoner_ik-2565.pdf

⁶ Se <http://www.liv-laga.no/arbeid/radet/krav-kvalitet-sikkerhet>

- **Svikt i organisering, oppgave- og funksjonsfordeling**
 - Manglende organisering av virksomheten
 - Manglende oversikt over egne resultater
 - Uklare ansvarsforhold og styringslinjer (bl.a. to atskilte ansvarslinjer)
 - Manglende rutiner/retningslinjer
 - Manglet beskrivelse av hvordan faglige retningslinjer ble utarbeidet og iverksatt
 - Samtidighetskonflikter
- **Svikt i bemanning og kompetanse**
 - Manglende opplæring/kompetanse
 - Manglende tilkalling av kompetent personale
 - Samtidighetskonflikter
 - Svikt i bruk av etablerte rutiner/retningslinjer
 - Ikke systematisk sikring av personalets opplæring, etter- og videreutdanning, og øvelse i å håndtere vanskelige og akutte situasjoner
 - Svikt i bruk av teknologi (eks CTG, STAN)
 - Svikt i bruk av medikamenter (eks oxytocin, trombose/infeksjonsprofylakse)
- **Svikt i informasjon og kommunikasjon**
 - Manglende samhandling lege-jordmor
 - Manglende kommunikasjon

I tillegg mener vi at omsorgen per i dag har to store utfordringer knyttet til kontinuitet og kapasitet. Mange brukere opplever at for mange fagpersoner er involvert i løpet av svangerskapet, fødsel og barseltid, – og at disse gir motstridende informasjon og ikke kommuniserer seg imellom.

Vi nevner kort noen eksempler på kapasitetsproblemer: Gravide får ikke mulighet til svangerskapsomsorg hos jordmor. Fødende har ikke jordmor/fødselslege tilstede under hele aktiv fase av fødselen. Fødende blir ikke gitt tid til å føde i eget tempo. Barselfamilier får ikke avlastning på sykehuset, blir sendt hjem for tidlig, får ikke hjemmebesøk og helsestasjonen kutter i antall kontroller.

Definisjoner

Kvalitet

Kvalitet er et begrep som er vanskelig å definere. Riksmålsordboken definerer kvalitet som «det at en ting er slik el. slik; en tings måte å være på». Mulige synonymer er bl.a. beskaffenhet og karakter. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten siterer Norsk Standard: «Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav»⁷.

Her foreslår vi følgende definisjon: svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgens kvalitet er både tjenestenes egenskaper, de objektive resultatene av tjenestene og hvordan tjenestene oppfattes av de involverte.

Kvalitet kan være god eller dårlig, kvalitet vil altså si nivået på tjenestene. Tjenester av god kvalitet vil da være tjenester som både oppfyller faglige krav til organisering og innhold, der mor og barn ender opp «friskest mulig», og der mor, evt. partner/ledsager og helsearbeiderne

7

http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/nasjonal_strategi_for_kvalitetsforbedring_i_sosial_og_helsetjenesten_og_bedre_skal_det_bli_2005_2015_2913

er fornøyde i etterkant. Kvaliteten bør måles på en slags karakterskala, der 6 er meget bra, mens 1 er stryk, eller som bestått/ikke bestått.

Denne definisjonen står ikke i motsetning til nasjonal kvalitetsstrategi. De seks første punktene i strategien om hva god kvalitet er et godt supplement til vår definisjon. I strategien heter det at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Det syvende punktet, «God ledelse er en forutsetning», mener vi bør stå utenfor disse punktene. De seks første viser til *egenskaper* ved tjenestene, mens god ledelse altså er å anse som en *forutsetning* for å oppnå disse egenskapene.

Kvalitetsindikator

Kvalitetsindikatorer er målbare variabler som skal si noe om komplekse fenomener, som i seg selv er vanskelig å måle. Kvalitetsindikatorer som benyttes for å følge med på helsetjenestens kvalitet knyttes gjerne opp mot vurderinger av om bestemte krav eller standarder er oppfylt. Dette kan for eksempel gjøres gjennom normative beslutninger, ved kunnskapsbaserte kvalitetsstandarder, eller ved å foreta sammenligninger med andre. Det er vanlig å inndele kvalitetsindikatorer etter hvilket hovedfokus de beskriver eller dekker eksempelvis hovedkategorier som strukturmålfokus (på forhold som helsesystemets kapasitet, personalets kompetanse, utstyr, teknologi), prosessmålfokus (på gjennomføring av utredning og behandling, pasientflyt, koordinering samhandling) og resultatmålfokus (på behandlingsresultat for individ eller grupper av pasienter). Vanlig beskrevne dimensjoner for kvalitetsmålinger vil være effekt, sikkerhet, tilgjengelighet, pasientorientering, likeverd og effektivitet. Denne definisjonen, hentet fra side 20 i rapporten, kunne gjerne stått i innledningen, i en forkortet utgave.

Kvalitetskrav

I rapporten er det ikke gjort noe forsøk på å definere kvalitetskrav. Så vidt vi har funnet ut finnes det ingen standard definisjon av kvalitetskrav for sykehus og andre helsetjenester.⁸ Tidligere har vi foreslått:

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet og sier noe om kvaliteten på det området som måles. Et kvalitetskrav er et minstemål på en eller flere indikatorer. F.eks. kan utdanning og spesialisering være en indikator. Et tilhørende krav kan da være at minst N % av jordmødre, barnepleiere og sykepleiere skal ha videreutdanning i ammeveiledning.⁹

Kvalitetskravene i rapporten er ikke minstemål på indikatorene. I stedet er de krav til hvordan helsetjenestene er organisert, bemanningens kapasitet og kompetanse, og hvordan informasjon og kommunikasjon skal foregå helsearbeidere imellom, og mellom disse og brukerne. Vårt forslag faller derfor bort. De fleste kravene er ikke målbare på en skala, men

⁸ Vi har søkt i lover, forskrifter, rundskriv og forarbeider, i artikkelbaser m.m. Vi har heller ikke funnet noen god generell definisjon. I tekniske fag skiller det mellom krav til funksjon (oppførsel) og krav til system.

⁹ <http://www.liv-laga.no/arbeid/radet/krav-kvalitet-sikkerhet>

er « bestått/ikke bestått »: Enten er kravet oppfylt (eks. tilstedeværelse under fødsel) eller så er det ikke.

Vi ber Helsedirektoratet spesifisere hva som kan regnes som et kvalitetskrav og hva som ikke er det, om det er visse kriterier som må oppfylles osv. F.eks. kan man si at et kvalitetskrav:

- skal være målbart, enten på en skala eller som bestått/ikke bestått.
- skal være enten et krav til tjenestens innhold og egenskaper, eller til tjenestens resultat
- skal være konkret og tydelig, og mulig å enkelt besvare om hvorvidt kravet er oppfylt (eks. «Styrket bemanning i kvinneklinikkene» oppfyller ikke dette kriteriet, mens «gynekolog i firedelt vakt» gjør det.

Detaljer i teksten

I oppdragsbrev både til Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene er det bedt om at man utarbeider kvalitetskrav for fødeinstitusjoner med frist 1.april 2010. Siden oppdraget gjaldt fødeinstitusjoner og ikke bare *avdelinger*, burde barselomsorgen vært en større del av rapporten. Det er bra at barsel skal prioriteres i retningslinjearbeidet. Helsedirektoratet starter arbeidet høsten 2010, men siden dette er et område med store mangler i dag, burde barsel blitt grundig behandlet allerede i denne omgang.

Ved stortingsbehandling av St. meld. nr. 12 (2008-2009) ble det understreket at inndelingen av fødeinstitusjonene i tre nivåer (kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue) skal opprettholdes. Reelt er det i dag seks nivå og dette burde rapporten behandlet: fødestue, forsterket fødestue (skal bort i følge rapporten), fødeavdeling, fødeavdeling med nyfødtpost/avdeling, kvinneklinikk og kvinneklinikk med regionsfunksjon. For ordens skyld bør det i rapporten spesifiseres at man bruker begrepet «fødestue» om en fødeinstitusjon som er jordmorstyrt, altså ikke fødestue som i føderom, slik det gjøres i allmennspråket.

De regionale helseforetak har fått i oppdrag å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen sammen med berørte kommuner. Her hadde det vært nyttig med en klargjøring av kommunenes rolle. Helsedepartementet har ikke instruksjonsmyndighet overfor kommunene. Hva er kommunerepresentantenes mandat i gruppene? Dessuten bør det presiseres hva som skjer hvis helseforetak og kommuner er uenige om hvordan omsorgen og dermed planene skal utformes lokalt.

Helsedirektoratet og Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal ha anledning til å uttale seg om utkastet. Det forrige rådets mandat gikk ut mai 2010. Per juni 2010 er ikke et nytt råd oppnevnt. Hvis Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal uttale seg om utkastet må et nytt råd oppnevnes raskt. De regionale helseforetakene skal levere planene til Helsedepartementet innen 1. oktober.

Norsk gynekologisk forening har utgitt retningslinjer for fødselsområdet. Dette er en veileder, ikke retningslinjer.

Sammendrag

Vi savner et sammendrag slik som i 1-97¹⁰, om hva som er de viktigste nyhetene og føringene.

Sammendraget burde også sagt noe om strukturen på rapporten. F.eks.: «Først presenteres bakgrunnsstoffet: regelverk, problemer, brukererfaringer, samhandlingsreformen og avtaleverk. Deretter tar rapporten for seg de tre områdene av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg etter følgende oppbygging: Om omsorgen, krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, krav til bemanning og kompetanse, krav til informasjon og kommunikasjon, system for oppfølging av kravene og kvalitetsindikatorer.» Dernest kunne rapporten gitt en begrunnelse for hvorfor kravene er delt inn på akkurat denne måten, og hvorfor rapporten er bygd opp som den er.

Sammendraget kunne også tatt utgangspunkt i de identifiserte utfordringene (fra innledningen) og vist hvordan tiltak beskrevet i rapporten løser disse. Se mer under 3 Kvalitetsarbeid.¹¹

Til hjelp for arbeidet med planene oppsummerer vi her de viktigste kvalitetskravene slik de foreligger i rapporten, *med våre tillegg i kursiv*. Punktene i listen er forkortet (bl.a. er bør/skal/må fjernet) og kapitlene de er hentet fra *må* leses. Vi har også omorganisert punktene noe, da det er punkter vi mener hører inne under «organisering» som er lagt under «bemanning», og omvent (disse er markert med stjerne *). Vi forandret rekkefølgen også for å skape samsvar mellom de ulike kolonnene, f.eks. er kravene til fødestuer og fødeavdelinger dels like. Felles for kravene til trening osv. er at det skal loggføres. NB! «Kravene» til svangerskaps- og barselomsorgen er ikke tydelig formulert i rapporten, og vi har tolket teksten etter beste evne. Forkortelser som 2g = to ganger, RHF = regionale helseforetak.

Vi tar stilling til de ulike kravene og supplerer disse ytterligere i de enkelte kapitlene.

¹⁰ Faglige krav til fødeinstitusjoner. (Statens helsetilsyns utredningsserie ;97:1) IK-2565
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/faglige_krav_fodeinstitusjoner_ik-2565.pdf

¹¹

	SVANGERSKAP	FØDESTUE	FØDEAVDELING/KVINNEKLINIKK	BARSEL
<p>Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling (prosedyrer, retningslinjer, planer, samarbeid, infrastruktur osv.)</p> <p>For krav til vaktberedskap m.m. se Tabell 2 Kvalitetskrav oppsummert</p>	<p>Kontinuitet, tverrfaglig samarbeid</p> <p>Elektronisk informasjonsutveksling</p> <p>BEON¹²</p> <p>Målrettet og skreddersydd</p> <p>Fast struktur (?)</p> <p>Samarbeid om brukere med særskilte behov</p> <p>Rett prioritering</p> <p>Tydelige roller og ansvar*</p>	<p>Kontinuitet, jordmødre deltar i svangerskaps- og barselomsorgen</p> <p>Elektronisk registrering av fødsler</p> <p>Nasjonale retningslinjer og interne prosedyrer: <i>lett tilgjengelige, oppdaterte og implementerte</i></p> <p>Skriftlige prosedyrer for observasjon og behandling av fødende</p> <p>Seleksjonskriterier og prosedyrer godkjent av ledelse ved fødestue og tilknyttet fødeavd./kvinneklipp, og revideres min. hvert 3. år</p> <p>Melderutiner for tilkalling av personell ved «akutte situasjoner». Plan for trening</p> <p><i>Kortvarige vikariater og hospitanter: kjenne til avdelingens rutiner og prosedyrer (veiledere)</i></p> <p>Melde til leder ved fødeavdelingen i helseforetaket ved uforutsette driftsproblemer.</p> <p>Forpliktende plan for vedlikehold av kompetanse, bl.a. hospitering</p> <p>Skade/uhell/avvik meldes etter lovpålagte retningslinjer.</p> <p>Årsrapport etter nasjonal mal.</p> <p>Plan for sjekking av alt teknisk utstyr, internkontroll.</p> <p>Tilsyn av tilknyttet gynekolog min. 2g. årlig, barnelege min. 1g årlig.</p> <p>Utstyr og prosedyrer for: *</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bakvakt og legevakt • Resuscitering: akutt syk mor • Resuscitering: nyfødt • CTG-apparat • Lysbehandling • Hørselsscreening • SaO2-screening. • Vedlikehold av medisinsk -teknisk utstyr • Medikamenter etter liste • Undersøkelse av nyfødte, kvalifisert lege 	<p><i>Kontinuitet, jordmødre deltar i svangerskaps- og barselomsorgen</i></p> <p><i>Elektronisk registrering av fødsler</i></p> <p>Nasjonale retningslinjer og interne prosedyrer: lett tilgjengelige, oppdaterte og implementerte</p> <p><i>Skriftlige prosedyrer for observasjon og behandling av fødende</i></p> <p>Klare retningslinjer: differensiert fødselsomsorg, resultater dokumenteres. <i>Godkjente seleksjonskriterier, revideres hvert 3. år.</i></p> <p>Klare retningslinjer: alvorlige akutte komplikasjoner under fødsel.</p> <p>Klare retningslinjer for når lege skal tilkalles og informeres ved komplikasjoner</p> <p>Varslingssystem for akutte situasjoner. <i>Plan for trening</i></p> <p><i>Kortvarige vikariater og hospitanter: kjenne til avdelingens rutiner og prosedyrer (veiledere)</i></p> <p>Ansvarshavende jordmor: organisering og oversikt i avdelingen</p> <p>Ansvarshavende jordmor: rådgivende funksjon i jordmorfaglige spørsmål</p> <p>Skriftlig avklarte ansvarsforhold: ansvarshavende jordmor – vakthavende lege, inkl. kommunikasjon</p> <p>Resusciteringsrom</p> <p><i>Skade/uhell/avvik skal meldes etter lovpålagte retningslinjer</i></p> <p><i>Årsrapport etter nasjonal mal.</i></p> <p><i>Plan for sjekking av alt teknisk utstyr, internkontroll.</i></p>	<p>Kommunehelsetjenestens tilbud senest bygges opp parallelt med reduksjon i liggetid, ideelt i forkant</p> <p>Flere hele jordmorstillinger</p> <p>Samarbeid lege-jordmorhelsesøster</p> <p>Tidlig hjemreise: kompetanse og kapasitet i kommunen på medisinske undersøkelser og oppfølging av nyfødte</p> <p><i>Kapasitet etter behov.</i></p> <p><i>Individuell vurdering på hjemreise</i></p> <p><i>Brede, gode senger, mat tilgjengelig, avlastning</i></p> <p><i>Individuell utreisesamtale</i></p> <p>Mulighet for interkommunalt samarbeid*</p>

¹² BEON = beste effektive omsorgsnivå (innført med Samhandlingsreformen)

<p>Krav til bemanning og kompetanse (krav til helsearbeidernes kompetanse, trening og opplæring, og til stillingsstørrelser, stillingstyper m.m.) For krav til forsterovervåking m. m., se Tabell 2 Kvalitetskrav oppsummert</p>	<p>Samarbeid om kompetanseutvikling Emnekurs Faste arenaer og møteplasser Sertifisering Fylle ut helsekortet korrekt Kunnskap om lokale tilbud og seleksjonskriterier. Selektore rett.</p>	<p><i>Min. antall ansatte jordmødre?</i> Hospitering Internundervisning min. 6g årlig* Trening akutte situasjoner, min. 2g årlig* Systematisk trening og simulering på både normale fødsler og akutte situasjoner.</p>	<p>Styrket bemanning i kvinneklinikkene¹³ Gynekologspesialister i firedelt vakt og tilstrebe seksdelt vakt* Kvinneklinikkene: gynekologspesialist med fødselshjelp Tilstrekkelig for forsvarlig overvåking og tilstedeværende jordmor i aktiv fase av fødselen Tid til faglig fordypning, kvalitetsarbeid i avdelingen, opplæring av kolleger, samarbeid med kommunehelsetjenesten Øke antall jordmor årsverk, andel heltid Psykososial kompetanse ved kvinneklinikkene Kvinneklinikkene: stipendiatstillinger for jordmor og lege Kvinneklinikk: forskningskompetanse og aktiv forskning Fødeavdelingen: stimulere til forskning Kvinneklinikker: nyfødttintensivkompetanse* og andre medisinske disipliner</p>	<p>Før hjemsendelse fra fødestedet: barnet undersøkes av lege¹⁴ Tidlig hjemsendelse = økt kompetanse i kommunehelsetjenesten Tidlig hjemreise: følges opp av jordmor med hjemmebesøk, avslutningssamtale etter fødsel og bistand til amming.</p>
<p>Krav til informasjon og kommunikasjon (informasjon til brukerne, kommunikasjon mellom bruker og helsearbeider og mellom helsearbeidere)</p>	<p>Helsenett for alle Kommunene: informere om svangerskapsomsorgen til alle gravide Kunnskap og informasjon om differensiert fødetilbud Fastlege og jordmor orienterer om hverandre Metodebøker er tilgjengelig og oppdatert på nett Faste møteplasser Informasjon om de flerårige områdeplanene</p>	<p>De gravide skal få adekvat informasjon om fødestuetilbudet. Dette skal dokumenteres i pasientens journal når den er gitt. Det skal foreligge skriftlige seleksjonskriterier for akseptering av fødsel i fødestuen og for overflytting under og etter fødsel.</p>	<p>Skriftlig informasjon til fødende, se kapittel 15 System for kommunikasjon og informasjon innad og mellom tjenestenivåene Pasientrettighetsloven Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon følges¹⁵</p>	<p>Telefonnummer til barsel og til helsestasjonen Kopi av føde og barnejournal Informasjon om hjemmebesøk og oppfølging Underrette bruker hvis barsel ber kommunehelsetjenesten foreta ekstra tidlig hjemmebesøk Muntlig, trykt og nettbasert informasjon om helsestasjonens oppfølging</p>

¹³ Dette er ikke et målbart kvalitetskrav, men mer en konstatering.

¹⁴ Tidlig hjemreise slik som den er praktisert ved bl.a. Føderiket vil være umulig med dette kravet.

¹⁵ <http://www.lovddata.no/all/tl-19990702-063-003.html>

<p>System for oppfølging</p>	<p>Elektronisk helsekort og fødejournal Tilsyn Systematisk avvikshåndtering Årlig oppfølging av avtaler Risiko- og sårbarhetsanalyser Brukerundersøkelser og – medvirkning <i>System og kultur for varsling (ansatte og brukere)</i></p>	<p>RHF har ansvar for å lage et system slik at kvalitetskrav til fødestuer blir fulgt opp både når det gjelder organisering og resultater. Utarbeide årsmelding etter en gitt mal. <i>System og kultur for varsling (ansatte og brukere)</i></p>	<p>RHF har ansvar for å lage et system slik at kvalitetskrav til fødeinstitusjoner blir fulgt opp, både når det gjelder organisering og resultater Det bør utarbeides spesifikke melderutiner innen fødselshjelp <i>System og kultur for varsling (ansatte og brukere)</i></p>	<p>Internkontroll (årlige) møter mellom ledelsen på foretaksnivå og politisk og administrativ ledelse i kommunen Samhandlingsutvalg faste samarbeidsmøter systematisk og god brukerrepresentasjon <i>System og kultur for varsling (ansatte og brukere)</i></p>
<p>Kvalitetsindikatorer</p>	<p>Antall kontroller hos friske kvinner etter retningslinjene Antall kontroller og antall helsepersonell involvert Korrekt selektert Brukertilfredshet</p>	<p>(I tillegg til de for fødeavdeling og kvinneklinikk) Andel fødsler selektert til fødestue der lokale seleksjonskriterier er fulgt/ikke fulgt. Andel fødsler som etter korrekt seleksjon går i fødsel på fødestue, men som underveis overflyttes til høyere nivå Andel barn – født på fødestue -som krever sykehusinnleggelse i barseltid Andel mødre som krever sykehusinnleggelse i barseltid</p>	<p>Andel inngrep hos «standard førstegangsfødende» Andel ukomplisert fødsler Blødning som krever transfusjon Perinealrift 3A, 3 B, 3 C og 4 Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor / faglig omsorgsperson i den aktive fase av fødselen. Hudkontakt mor -barn rett etter fødselen Apgar skår < 4 ved 5 min Respirasjonsstøtte (respirator, CPAP) Nyfødtintensivavdeling (NICU) opphold ≥ 3 dager Reinnleggelse pga dehydrert eller ikterisk barn Neonatal død (0-27d)</p>	<p>Tidlig kontakt mellom familien og helsestasjonen etter utskrivning fra sykehuset. Arbeidsgruppen foreslår at slik kontakt skal være etablert innen 72 timer. Etablert amming etter fire uker, fullamning ved 6. måneders alder Andel helsestasjoner sertifisert som ammekyndige helsestasjoner Antall med etterutdanning i ammeveiledning Ekstra behov registrert og tiltak iverksatt, bruk av individuelle tilbud som avlastning o.a. <i>Reinnleggelse</i></p>

Tabell 1 Kravene, system for oppfølging og indikatorer oppsummert

Oppfølging av kravene i rapporten vil måtte skje som utviklingspregede prosesser over tid der brukermedvirkning bør stå sentralt. Videre vil både geografiske og andre forhold skape ulikhet i den endelige utforming av tilbudene. Ulike demografiske og geografiske forhold skal imidlertid ikke føre til ulike krav til kvalitet i tjenestene. Dette lover godt! Vi håper at *relevante* brukere trekkes inn i arbeidet, og at prosessene ikke renner ut i sanden, men i stedet fører til bedre kvalitetskrav og derigjennom bedre tjenester for brukerne. Det må ikke fires på kvalitetskravene verken på store, travle avdelinger eller på små enheter. Noe annet vil gi falsk trygghet og ulikt, og dermed urettferdig tilbud.¹⁶

1 Arbeidsgruppe

De regionale gruppene har i tillegg til dette selv organisert seg med egen møtevirksomhet. De regionale arbeidsgruppene har også etter behov benyttet eksterne fagpersoner i arbeidet. Vi mener det hadde vært mer redelig å påpeke at gruppens arbeidsmetode og de regionale helseforetakenes investeringer i arbeidet varierte sterkt, se Prosessen.

2 Regelverk og lovkrav

I dette kapitlet savner vi en kort redegjørelse for hvordan lover og forskrifter etc. håndheves. Dvs. hvem kontrollerer at reglene følges? Hvilke sanksjoner følger om de brytes? Hvilke sanksjoner skal knyttes opp til de nye kvalitetskravene?

Avsnittet om WHO's prinsipper for den perinatale omsorgen som nå er referert til i kap. 7 Svangerskapsomsorgen bør flyttes til dette kapitlet. I tillegg burde erfaringer fra Legkvinnekonferansen og andre brukerundersøkelser vært oppsummert her eller et annet sted i rapporten.¹⁷

Ellers er det mange viktige momenter som løftes fram her, en bra oppsummering!

2.1 Faglig forsvarlighet

Det vises også til helsepersonelloven § 16: «Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.» Dette er en meget viktig påpekning. Vi etterlyser sanksjoner mot helseforetak og ledelsen der når de organiserer virksomheten slik at denne paragrafen ikke oppfylles, eks. ved å ha for få jordmødre på vakt.

2.2 Internkontroll

I fotnoten står lenke til forskriften, til nytte for de av leserne som ikke kjenner til denne.¹⁸

¹⁶

¹⁷ Se bl.a, <http://www.liv-laga.no/arbeid/arrangement/brukerkonferansen-2008>

¹⁸ <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/to-20021220-1731-0.html>

§ 4. Innholdet i internkontrollen

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivning.

Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

2.3 Forsvarlig fødselshjelp

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. Fra brukerståsted oppleves dette som særskilt viktig. Det er derfor etter vår mening nødvendig med både system og kultur som legger til rette for varsling m.m.

Jordmødre og leger har i henhold til helsepersonelloven et selvstendig ansvar for faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Dette gjelder også alt annet autorisert helsepersonell dvs. også barnepleiere, sykepleiere og andre som måtte være involvert.¹⁹

Det må forventes at institusjonene har et fokus på oppdatering og vedlikehold av kunnskap og til enhver tid bestreber seg på å følge gjeldende faglige anbefalinger innenfor fagfeltet, herunder at det er en overordnet styring og kontroll med det faglige innholdet i tjenesten. Vi er glade for at dette viktige poenget er tatt med. For brukernes opplevelse av trygghet i møte med fødselsomsorgen er det av stor betydning at de møtes av et helsevesen som er faglig og samfunnsmedisinsk oppdatert, da dagens brukere selv har tilgang til store mengder informasjon, særlig gjennom Internett.

I alle stillinger bør det ligge inne en liten prosent som skal brukes til faglig oppdatering. Med stadig mer informasjon tilgjengelig på nett, slik som brukerportalen og diverse håndbøker, bør alle ansatte jevnlig besøke disse stedene samt holde seg oppdatert via andre faglige kilder. Ledelsen kan evt. lage lister over materiell alle skal ha lest innen en viss tidsfrist. F.eks. kan dette gjøres i rolige perioder med få fødsler. Aktiviteten bør loggføres slik at ledelsen får oversikt over den enkelte ansattes aktiviteter. Interne og eksterne kurs o.l.bør også være en viktig del av dette arbeidet.

2.4 Pasienters rett til medvirkning og informasjon

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. Vi er glade for at dette understrekes så tydelig. Vårt inntrykk er at denne lovbestemmelsen brytes relativt ofte. F.eks. er det mange brukere som ikke får informasjon om mulige bivirkninger av epidural, risiko ved igangsettelse etc.

-
- beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
 - sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
 - sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
 - sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
 - gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
 - skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
 - utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
 - foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

¹⁹ Helsepersonelloven § 3 og 4 <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>

Kvinnen skal få nok informasjon til å treffe de beslutningene som er riktige for henne, basert på tilgjengelig kunnskap, sammenholdt med hennes holdninger, verdier og preferanser. Vi får dessverre tilbakemeldinger om at enkelte jordmødre og leger rir sine kjepphester slik at det er *deres* verdier og preferanser som avgjør behandlingen, ikke brukerens. Fagmiljøene ved ledelse og fagorganisasjoner bør gjennom kurs, trening og kollegaveiledning bevisstgjøre leger og jordmødre på hvordan de kan legge sine egne verdier og preferanser til side slik at de lytter til hva brukeren ønsker og så langt som mulig innenfor det som er faglig riktig og praktisk mulig, oppfyller hennes behov.

2.4.1 Særskilt om keisersnitt

Kvinnen skal samtykke til keisersnitt. Dette står i motsetning til St.meld. 12: «3.2.3 Keisersnitt hvor kvinnen motsetter seg det (...) Dersom vilkårene for nødrett er oppfylt, vil helsepersonellet imidlertid ha rett til å foreta keisersnittet. Nødretten gjør kravet om samtykke etter pasientrettighetsloven § 4-1 overflødig.» Vi ber direktoratet klargjøre hva som er korrekt.

2.4.2 Pårørendes rettigheter til medvirkning og informasjon

2.5 Fritt sykehusvalg

I drøftingen står det ingenting om barsel. Er det f.eks. mulig å fritt velge barselopphold ved en annen enhet enn der fødselen fant sted? Har helseforetaket i så fall ansvar for transport mellom enhetene?

Selv om de fødende i utgangspunktet har rett til å velge fødested, kan sykehusene imidlertid avvise pasienter fra andre bostedsregioner som benytter retten til fritt sykehusvalg, når de må prioritere pasienter fra egen bostedsregion. Vi skulle ønske at denne muligheten til å avvise ikke bare gjaldt andre regioner, men også andre opptaksområder. Det er ofte ressursvake som er sent ute med å søke om fødeplass. Slik systemet fungerer i dag mister de da ofte muligheten til å føde ved sitt lokalsykehus fordi plassene der allerede er fylt opp. At ressursvake må reise til et annet sykehus enn det de sogner til er ikke god prioritering.

Primærhelsetjenesten bør bidra til formidling av informasjon om fødetilbudet og pasientens rettigheter. Primærhelsetjenesten har informasjonsplikt på lik linje med spesialisthelsetjenesten. Det vil være naturlig at plikt til å informere om aktuelt og tilgjengelig fødetilbud ligger i primærhelsetjenesten. Vi ber derfor om at formuleringen endres fra bør til skal.

3 Kvalitetsarbeid

Som nevnt i innledningen mener vi at rapporten burde vist en klar sammenheng mellom problemene avdekket i tilsyn etc. og de nye kravene beskrevet i rapporten. Hvordan bidrar de nye kravene til å løse de problemene vi vet eksisterer? F.eks. kunne det stått: «Manglende samhandling lege - jordmor er identifisert som et problem ved enkelte enheter. Hvis enhetene iverksetter tiltak X og gjennom det oppfyller krav Y mener vi disse problemene vil elimineres.» Som representant for brukerne opplever vi det som utrygge rammer når problemer identifiseres uten at det samtidig foreslås veier til løsning.

3.1 Tilsynserfaringer

3.2 Klagesaker

Vi etterlyser en problematisering rundt terskelen for å melde saker til helsetilsynet og NPE. Vi mistenker at det er høye mørketall der brukere opplever helsetjenestene som mangelfulle eller dårlige, men der de ikke melder fra. Årsakene kan være at de ikke orker i en strevsom barseltid, at de ikke ser verdien i det, at de ikke kjenner til muligheten eller kanalene dette kan gjøres via, eller annet. Kanskje bør informasjon om Pasientombudet og relevante organisasjoner slik som Norsk Pasientforening inkluderes i brosjyrer o.l. som deles ut, i den nye brukerportalen m.m..

3.3 Å lære av egne feil

Da avsnittet heter «å lære av egne feil» og ikke f.eks. «Bruk av data fra Norsk pasientskadeerstatning» mener vi at temaet burde vært bredere, at også perinataalkomiteene og annet internt arbeid burde vært nevnt her.

Høsten 2005 tok Norsk gynekologisk forening (NGF) kontakt med NPE for å drøfte et samarbeid med tanke på læring når det gjelder disse sakene. Det ble besluttet å nedsette en samarbeidsgruppe med representanter fra NGF og NPE. Dette oppfatter vi som et bra tiltak. Vi ønsker likevel å etterspørre samhandling med ytterligere faggrupper, så som jordmødrene. Systematisk arbeid for å lære av egen feil bør i likhet med kvalitetsindikatorne «være meningsbærende og forståelige, allment akseptert, velkjente og faglig velbegrunnet og forankret.»

I NPE ligger det et stort materiale som bør brukes i kvalitetsutviklings-, skadeforebyggings- og pasientsikkerhetsarbeid. Det er tankevekkende at dette arbeidet ikke har blitt tillagt mer vekt i helsevesenet. Området fødselshjelp er særlig illustrerende i så måte fordi skadene ofte blir så omfattende og kostnadene for samfunnet tilsvarende store. Sakene innen fødselshjelp vekker ofte stor medieoppmerksomhet. Den enkelte sak er ofte en stor belastning for de involverte, både for familiene og for helsepersonell. Det er all grunn til å bruke det materialet som ligger i NPE på en mer systematisk måte i den hensikt å dra lærdom og starte forbedringsarbeid, og dette er nå startet. Meget bra at dette tas tak i!

Materialet som ligger i Norsk pasientskadeerstatning og i Statens helsetilsyn bør brukes aktivt i et kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid. Helt enig! Hvordan sikrer de nye kvalitetskravene at dette skjer? Dette burde vært tydeliggjort her.

3.4 Kvalitetsstrategien

Denne bygger på en erkjennelse av at utøverne i sosial- og helsetjenesten har høye faglige kvalifikasjoner og sterk motivasjon. Dette gjelder de fleste, men ikke alle. Vi etterlyser et system der de som mangler kompetanse og/eller motivasjon raskere fanges opp og får nødvendig oppfølging/veiledning. Ledelsen må også tilrettelegge for arbeidsvilkår som opprettholder både motivasjon og faglige kvalifikasjoner.

Angående definisjonen av kvalitet viser vi til vårt avsnitt Kvalitet på side 9.

Det understrekes at arbeid med kvalitet ikke skal komme i tillegg til de daglige oppgavene, men bør være en integrert del av daglig drift. Utvikling og forbedring av kvalitet forutsetter derfor tydelige føringer, avklarte roller og god ledelse. Man må hele tiden forsøke å utnytte den beste tilgjengelige kunnskapen, undersøke om det man gjør faktisk bidrar til å nå mål, og

være beredt til å endre kurs hvis målene ikke nåes. Dette mener vi bør gjelde for denne rapporten også.

3.5 Kvalitetsindikatorer

Det er vanlig å inndele kvalitetsindikatorer etter hvilket hovedfokus de beskriver eller dekker eksempelvis hovedkategorier som strukturmålfokus (på forhold som helsesystemets kapasitet, personalets kompetanse, utstyr, teknologi), prosessmålfokus (på gjennomføring av utredning og behandling, pasientflyt, koordinering samhandling) og resultatmålfokus (på behandlingsresultat for individ eller grupper av pasienter). Vanlig beskrevne dimensjoner for kvalitetsmålinger vil være effekt, sikkerhet, tilgjengelighet, pasientorientering, likeverd og effektivitet. Vi skulle gjerne sett at disse inndelingene hadde blitt brukt senere i rapporten, både ved omtale av indikatorene og kravene.

For å velge ut og utvikle gode kvalitetsindikatorer bør man gjennomføre en systematisk prosess der man velger ut klinisk område for evaluering og organiserer en konsensusgruppe. Deretter er det viktig å fremstille en oversikt over eksisterende kunnskapsgrunnlag og praksis, velge ut kliniske indikatorer og standarder, utforme indikator -spesifikasjoner og utføre pilottesting før kvalitetsindikatorerne settes i daglig og nasjonalt bruk. Hvorfor har ikke arbeidet med rapporten vært utført slik som beskrevet her?

De foreslåtte kvalitetsindikatorerne som presenteres i kapittel 10 sammenfaller i stor grad med det som er gjennomgått og dokumentert i Det Danske Nationale Indikatorprosjektet (januar 2010) som har en vitenskapelig forankring.⁵ Det er behov for raskt å utvikle og videreutvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for svangerskaps-, fødsels- og barselområdet også i Norge. På bakgrunn av at utvikling av gode kvalitetsindikatorer krever en grundig prosess, vil de foreslåtte kvalitetsindikatorerne i denne rapporten måtte være gjenstand for videre arbeid og vurdering. Siden prosessen ikke har foregått som beskrevet i avsnittet over er det betryggende at de foreslåtte indikatorene sammenfaller med de grundigere danske. Vi er likevel usikre på om de danske uten videre kan overføres til Norge, da vi har andre geografiske utfordringer og vi antar at Danmark ikke har indikatorer om transportfødsel osv.. Det er derfor bra at det her legges opp til evaluering og bearbeiding av rapportens forslag til kvalitetsindikatorer.

4 Brukererfaring og brukertilfredshet

4.1 Informasjon og brukerevaluering

Helsedirektoratet vil i løpet av 2010 lansere et samlet nettsted med offentlig informasjon fra helsemyndighetene rettet mot gravide, fødende, ammende og deres partnere. Nettstedet må også ha informasjon rettet til mødre som *ikke* ammer. Vi oppfordrer til å bruke begrepet *barselkvinner*, da det favner både mødre som ammer, de som pumper og de som gir morsmelkerstatning.

Kommuner og helseforetak bør i fellesskap lage informasjon til kvinner og deres partnere om den regionale og lokale organisering av svangerskaps -, fødsels -og barselomsorgen og om hva innholdet i tjenestene omfatter. Bytt ut bør med skal!

Det er foreslått av arbeidsgruppen at Helsedirektoratet utarbeider en mal der lokal informasjon kan settes inn. Bra! Dette vil være ressursbesparende og bidra til mest mulig lik tilgang på essensiell informasjon for brukerne.

På oppdrag fra Helse – og omsorgsdepartementet planlegges det nå en nasjonal «temaundersøkelse» ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Vi håper at denne undersøkelsen kan «kopieres» lokalt, dvs. at om enkelthelseforetak ønsker å kartlegge brukererfaringer senere kan de benytte de samme spørreskjema og trenger ikke «finne opp hjulet» på nytt. Det vil også gjøre det lettere å sammenligne.

4.2 Brukermedvirkning

Vi vil her minne om følgende fra St. meld. 12 (vår utheving):

6.8 Plan for fødetilbudet i regionen – vurdering og konklusjon

Regionale helseforetak har et sørge-for ansvar for et trygt og sammenhengende fødetilbud til kvinner i regionen. Regjeringen foreslår derfor at regionale helseforetak pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen sammen med berørte kommuner. Planen skal også omfatte svangerskaps-, og barselomsorg. Den skal sikre kapasitet i forhold til fødselstall og være i samsvar med utvikling av akuttilbud ved lokalsykehus. Planen skal sikre de fødende i regionen et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Den skal omfatte planer for rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for gynekologer. Hensynet til antall fødende i opptaksområdet, til geografi, kommunikasjonsmuligheter, struktur for lokale jordmortjenester og følgetjeneste skal vektlegges. Kultur- og språkforskjeller i regionen skal ivaretas.

Brukere med relevant kompetanse skal trekkes inn ved utarbeidelse av planen. Dette kan kreve særskilte tiltak fordi brukerorganisasjoner som representerer gravide/fødende vanligvis ikke er representert i brukerutvalgene i regionale helseforetak. Helsedirektoratet og Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal ha anledning til å uttale seg om utkastet.

Vi oppfordrer herved helseforetakene og brukerutvalgene til å ta kontakt med oss og andre relevante organisasjoner når disse områdeplanene og andre saker innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal behandles.

Når de regionale helseforetakene utformer årlige planer, skal man i henhold til helseforetaksloven sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utforming av planen. Regjeringen legger vekt på sterk brukermedvirkning ved utvikling av helsetjenesten. (...) Brukerperspektivet er nødvendig i planlegging og utvikling av en god og tilpasset helsetjeneste. (...) Brukermedvirkning for den enkelte, blant annet når det gjelder å medvirke til valg mellom likeverdige behandlingsformer, er en lovfestet pasientrettighet. Bra at disse aspektene framheves!

4.3 Behov for tolk

Bra at temaet belyses. Tolken bør være kvinne, helst en den gravide er fortrolig med, slik at faren minsker for at viktig, intim informasjon går tapt. Vi vil her påpeke at en del brukere foretrekker telefontolk når de trenger tolk for å formidle intim informasjon. Bruk av flerkulturelle doulaer er en god løsning på utfordringene knyttet til kultur- og språkforskjeller. Doulaen skal følge kvinnen gjennom de tre fasene svangerskap, fødsel og barsel og dermed tilby kontinuitet. De får da sjansen til å bygge tillit slik at faren minskes for at intim og viktig informasjon går tapt. Doulaen skal fungere både som kulturell og språklig tolk.

4.4 Grupper med særlige behov

Kontinuitet i tilbudet som gis gravide og fødende er viktig for den enkelte uavhengig av behov for spesiell oppfølging eller ikke, men for de ovennevnte gruppene er en helhetlig svangerskaps-fødsels-og barselomsorg ekstra viktig. Bra!

4.5 Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg til kvinner med minoritetsbakgrunn

Det er mulig «minoritetsbakgrunn» er i ferd med å feste seg som et nytt ord på innvandrere og deres etterkommere, men vi mener at begrepet er for lite presist. Det er ikke kun innvandrere som er minoriteter i storsamfunnet. Dermed blir det uklart hvem avsnittet handler om. Gjelder dette kun innvandrere og deres etterkommere? Gjelder dette samer? Gjelder dette adoptivbarn fra andre land? Gjelder dette andre minoriteter som kvinner med funksjonsnedsettelse, lesbiske kvinner, kronisk syke, osv.? Ellers er vi enige i prinsippene uttrykt i avsnittet. Likeverdige og forsvarlige helsetjenester kan kreve egen tilrettelegging og styrking for å kunne yte god helsehjelp til alle deler av befolkningen, inkludert befolkningen med minoritetsbakgrunn.

Gravide med bakgrunn i land med høy forekomst av kjønnslemlestelse har behov for å bli fulgt opp av tjenesteytere med kompetanse på dette. Kjønnslemlestelse er et stigmatiserende begrep, og vi ber om at helsetjenestene bruker mer nøytrale ord, f.eks. kvinnelig omskjæring, som *brukerne oppfatter som korrekte beskrivelser av seg selv*. Hvis ikke fremstår «bruker-medvirkning» som fint ord uten betydning for denne gruppen kvinner.

Vi vil oppfordre helseforetak, kommuner og helsearbeidere om å ta kontakt med NAKMI for å få mer informasjon om innvandreres og flyktingers helse. <http://www.nakmi.no>

5 Samhandling og helhetlig forløp

Et illustrerende eksempel på fragmenterte tjenester er at kvinnen som gravid og følges opp i kommunehelsetjenesten, føder i spesialisthelsetjenesten og har størsteparten av barseltiden i kommunehelsetjenesten. I de tilfeller hvor kvinnen følges opp av både fastlege og jordmor kan dette også by på utfordringer. Der hvor fastlege ikke er tilknyttet helsestasjon kan kommunikasjon mellom jordmor og lege bli et sårbart punkt. Behovet for samhandling og koordinering gjelder også for de ulike tjenestene i primærhelsetjenesten. Kvinnen skal kunne velge å fordele sine kontroller mellom jordmor og lege, men dette krever mulighet for, og vilje til samarbeid mellom fagpersonene.

6 Avtaleverk mellom kommuner og foretak

For oss brukere som ikke kjenner til dette fra før er kapittelet noe forvirrende. Hva er sammenhengen – om noen – mellom den nasjonale rammeavtalen og de overordnede samarbeidsavtalene mellom kommunene og de regionale helseforetakene? Skal de nye «flerårige helhetlige og lokalt tilpassete planer for fødetilbudet i regionene» være en del av disse avtalene eller stå ved siden av? Hva er forskjellen på en plan og en avtale, er det siste mer forpliktende?

Siden sentrale myndigheter kun kan instruere kommunene ved lov og ikke ved ordninger slik som oppdragsbrevene til de regionale helseforetakene, framstår kommunenes rolle i det

pågående områdeplanarbeidet som uklar. Er det noen som helst føringer på kommunene, f.eks. i den nasjonale rammeavtalen, som pålegger dem å være med på planarbeidet? Det hadde vært nyttig med en klargjøring av kommunenes rolle. Hva er kommunerepresentantenes mandat i gruppene. Handler de på vegne av kommuneledelsen i alle involverte kommuner? Har de myndighet til å inngå avtaler? Er områdeplanen en avtale?

Dessuten bør det presiseres hva som skjer hvis helseforetak og kommuner er uenige om hvordan omsorgen og dermed områdeplanene skal utformes lokalt.

Bortsett fra dette er vi godt fornøyde med at planene skal utarbeides og hva de skal inneholde.

7 Svangerskapsomsorgen

Første avsnitt er unødig kronglete og det er vanskelig å oppfatte meningen. Vi forsøker oss på en omskriving, for å hjelpe brukerrepresentanter o.a. som skal bruke vårt høringsvar i planarbeidet.

«Differensiert fødselsomsorg vil si at kvinner får ulike type omsorg avhengig av deres ønsker og deres og barnas helse. Hvis det er høy risiko for at mor eller barn trenger hjelp under og etter fødselen må hun føde på øverste nivå: kvinneklinikk. Hvis risikoen er lav kan hun føde på laveste nivå: jordmordrevet fødestue.

Kvinnene *selekteres* til riktig nivå. Seleksjon vil si utvelgelse av gravide til det fødetilbudet som er best tilpasset kvinnen og fosterets behov. Hver fødeinstitusjon har seleksjonskriterier som definerer hvem som etter en faglig vurdering får lov og hvem som ikke får lov til å føde der. Seleksjon foregår i svangerskapsomsorgen, rett før og under fødselen.

Jordmødre og leger som gir svangerskapsomsorg må kjenne til de ulike aktuelle fødetilbudene og de ulike enhetenes seleksjonskriterier. De må gi denne informasjonen videre til brukerne. De må gjøre en grundig vurdering av kvinnen for å plassere henne i riktig gruppe: lav- mellom- eller høyrisiko. Deretter må de veilede kvinnen og evt. partner slik at de kan ta et *informert* valg om fødested. En kvinne med som anses som lavrisiko vil ha flere valgmuligheter enn en med høy risiko. Kvinner med høy risiko vil av nødvendighet trenge tett oppfølging i svangerskapet, mens dette for kvinner med lav risiko vil være personavhengig. En kvinne tilhørende lavrisikogruppen kan f.eks. ha fødselsangst.

Svangerskaps- og fødselsomsorg som oppleves som en helhetlig, kontinuerlig tjeneste, vil bidra til at kvinnene blir tryggere, er bedre forberedt og har positive forventninger til fødselen. Dette er spesielt viktig for førstegangsfødende og for kvinner som har vonde fødselsopplevelser bak seg. Kvalitet i svangerskapsomsorgen virker forebyggende og helsefremmende.

Differensiert svangerskapsomsorg vil si at kvinnene får oppfølging etter behov og ønsker, enten av jordmor og/eller lege i primærhelsetjenesten eller av spesialisthelsetjenesten, eller ved en kombinasjon av disse.»

De norske retningslinjene er bygget på en tilsvarende tilnærming. Her burde denne tilnærmingen vært presentert, «til glede for nye lesere».

WHO har skissert verdier og prinsipper i den perinatale omsorgen, utformet som «ti prinsipper» Perinatal er et faguttrykk som vanlige brukere ikke kjenner til. Siden bl.a. brukere skal lese rapporten bør slike uttrykk defineres underveis og/eller stå i en ordliste tilknyttet rapporten. Forslag: Perinatal refererer til perioden før og etter fødsel. Perinatal omsorg er alle helsetjenestene som ytes knyttet til svangerskap, fødsel og barsel. dvs. hele svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

WHOs prinsipper er viktig, og vi er glade for at disse er tatt med. Imidlertid gjelder disse prinsippene alle tre fasene og ikke bare svangerskapsomsorgen. Derfor burde disse heller informeres om i kap. 2.

7.1 Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling

Det anbefales at kvinner bør tilbys kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid, hvilket innebærer å møte så få fagpersoner som mulig. Et minstekrav er kontinuitet i informasjon, dvs. at involverte fagpersoner ikke kommer med ulike/motstridende råd og opplysninger.

Helhetlige forløp er en faglig forutsetning for å kunne iverksette vedtak om desentralisert fødselsomsorg ved fødestuer, men generelt er kontinuitet og helhet viktig for alle kvinner, både friske og syke, for å få et så godt utfall som mulig. Det bør av denne grunn være en forutsetning at svangerskapsomsorgen utføres i et samarbeid i alle ledd og nivåer til det beste for brukerne. Kontinuitet øker sjansen for at kvinnen blir korrekt selektert. Gjennom kontinuitet, gjerne over flere svangerskap, blir brukeren og jordmor/lege godt nok kjent til å skape et tillitsforhold som åpner for «betroelser» som er viktig for fødselen. Ved å kjenne kvinnen godt øker også sjansen for at mulige problemer oppdages og identifiseres underveis i svangerskapet og underveis i fødselen.

Vi tilslutter oss kulepunktene på side 29 og vil påpeke følgende: Moderne, effektive og brukertilpassende tjenester er avhengig av elektronisk informasjonsutveksling. Derfor forventer vi at arbeidet med å få dette på plass prioriteres høyt. Derfor er det viktig at arbeidet med nytt elektronisk helsekort videreføres og prioriteres slik at dette kan komme på plass raskt. Elektronisk melding fra fødeavdeling til helsestasjon ved utskrivelse vil også være et viktig tiltak – se forøvrig kap. 11.

7.2 Krav til kompetanse

I arbeidet med rapporten ble det diskutert ulike ordninger for sertifisering av jordmødre og leger i svangerskapsomsorgen. Dette skulle sikre at

- 1) jordmødre som hadde vært ute av yrket i mange år og manglet oppdatert kompetanse ikke uten videre kan yte svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg
- 2) leger har en minstekunnskap om svangerskap, fødsel og barsel, om ulike fødetilbud og deres seleksjonskriterier, om korrekt utfylling av Helsekortet m.m.

Vi ønsker oss et slikt system, slik at brukerne kan være trygge på at helsearbeideren de møter er kvalifisert.

De regionale helseforetakene bør tilby regelmessige felles emnekurs til fastleger, helsesøster, fysioterapeuter og jordmødre med tema innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Deltakelse her må loggføres og det bør være obligatorisk å delta på et minimum av slike kurs.

7.3 System for oppfølging av kravene

I tillegg til de nevnte punktene bør også jordmødre og leger som yter svangerskapsomsorg trekkes inn i perintalkomiteenes arbeid når dette er relevant, f.eks. at seleksjonskriteriene er brutt, at det ikke ble oppdaget alvorlige forhold i svangerskapet, osv.

Internkontroll hører også med her. Hvis kommunehelsetjenesten²⁰ utfører internkontroll på helsestasjonens tjenester, samt på allmennpraktikere med fastlegehjemler i sin kommune, vil kommunene finne ut hvorvidt de oppfyller kravene til organisering, kompetanse og informasjon. Hvis de ikke oppfyller kravene må de sette i verk tiltak som gjør at svangerskapsomsorgen oppfyller kravene.

7.4 Kvalitetsindikatorer

7.5 Krav til informasjon og kommunikasjon

Kommunene bør utarbeide informasjon om organisering av svangerskapsomsorgen og samarbeid mellom fastlege, jordmor og helsestasjon i den aktuelle kommune. Alle aktører bør være kjent med fødetilbudet og kunne gi informasjon om differensiert fødetilbud i sin region. Her må «bør» endres til «skal». Ellers er vi enige i alle punktene, disse er viktige!

8 Seleksjon og differensiering

Se våre kommentarer til dette og de neste kapitlenes oppbygging under Innledende kommentarer, Systematikk og språk.

For å tydeliggjøre forskjellene mellom fødestue, fødeavdeling og keisersnitt bør kapittel 8-10 systematisk vise nivåenes kompetanse, seleksjon etc. Vårt forslag er tabeller der kravene og kriteriene endres trinnvist for hvert nivå. Dermed er det lett å få en oversikt over hvem som kan føde hvor og hvilken kompetanse etc. som kreves på de ulike nivåene. Vi har satt opp to forslag basert på rapporten. Se Tabell 2 Kvalitetskrav oppsummert og Tabell 3 Seleksjonskriteriene oppsummert.

Faglige krav til fødeinstitusjoner, utgitt av Statens helsetilsyn i 1996, fremla anbefalinger for organisering av fødselsomsorgen. Vi vil her påpeke at denne utredningen skulle gi svar på hvilke faglige krav som burde stilles til bemanning og vaktberedskap ved fødestuer og fødeavdelinger ved lokalsykehus. Oppdraget gjaldt m.a.o. ikke kvinneklinikkene. Selv om denne utredningen gjaldt et begrenset område innenfor fødselsomsorgen og det har skjedd mange endringer siden da, er det deler av den som fortsatt har verdi. f.eks. kravene til anestesi.

8.1 Differensiert fødselsomsorg

Flere fødeinstitusjoner har inngått avtaler med kommuner om salg av jordmortjenester. Dette kan bidra til bedre kontinuitet, stabilitet og kvalitetssikring av kompetanse, informasjon og samarbeid mellom institusjonene. Samhandlingsreformen vil understøtte en utvikling som gir muligheter til å følge forløpet til kvinnene på en bedre og naturlig måte på tvers av tjenestenivåene. Slike ordninger vil vi gjerne ha flere av! De gir både kontinuitet – mulighet for å møte igjen svangerskapsjordmor under fødsel og i barsel, korrekt informasjon om fødetilbudet – jordmor jobber ved fødeenheten og kjenner tilbudet fra innsiden, og stabilitet – med kun en kommunejordmor er svangerskapsomsorgen sårbar hvis hun blir syk, får barn,

²⁰ Kommunehelsetjenesten vil si offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune, og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen. M.a.o. er både helsestasjon, fastleger og privatpraktiserende jordmødre med avtale med kommunen en del av kommunehelsetjenesten. <http://www.lovdato.no/all/tl-19821119-066-001.html> ”Primærhelsetjenesten” og ”kommunehelsetjenesten” brukes om hverandre.

flytter e.l. I tillegg er det positivt for jordmødrenes arbeidsrettigheter, og øker muligheten for etter- og videreutdanning samt at de blir del av et fagmiljø.

To forutsetninger er dog viktige for at ordningen skal bli god:

- 1) Ordningen skal ikke være dyrere for kommunen enn om de sto for tjenestene selv. Dette skal ikke være profitt for helseforetakene.
- 2) Jordmordekningen må økes slik at det er balanse mellom tilbud og etterspørsel, kapasiteten må bedres.

I tillegg vil vi påpeke at vi ønsker oss slike ordninger i områder der svangerskapsomsorgen *ikke* fungerer tilfredsstillende per i dag. Der svangerskapsomsorgen er god og brukerne opplever kontinuitet trenger man ikke innføre nye ordninger.

Er det mulig med et differensiert fødetilbud på en og samme avdeling hvor jordmødre og leger overvåker alle pågående fødsler med høy og lav risiko? Er en hektisk avdeling det best egnede stedet å føde for lavrisikofødende? Er det såpass krevende å gjennomføre en differensieringsmodell at det forutsettes et geografisk skille? Disse spørsmålene finnes det ingen entydige svar på og det er ikke konsensus i fagmiljøene om hvordan et differensiert fødetilbud best kan legges til rette både for kvinnen, hennes partner og fagpersonene. Dette er svært viktige spørsmål! Vi etterlyser mer forskning på området slik at vi får kunnskap som kan gi bedre fødselsomsorg. Dette bør prioriteres av myndighetene.

Vi ønsker oss dessuten at ingen fødeavdelinger oppleves som hektiske, men at foretakene klarer å organisere tilbudet slik at kvinnene opplever ro rundt sin fødsel og får kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor/fødselslege i aktiv fase av fødselen. For å oppnå dette må det være flere jordmødre på vakt i «bølgetoppene». Det bør også undersøkes om hvorvidt flere små avdelinger innenfor de enkelte enhetene er bedre enn få store.

Det er i dag mer overvåkning av gravide med risiko og flere kvinner med kompliserte lidelser og sykdommer som føder barn. Dette krever god overvåkning og kompetente fødselsleger og jordmødre. Og av annen ekspertise f.eks. hjertespesialister.

Den økte overvåkingen under fødselen både av kvinnen og fosteret medfører økt arbeid for personalet på fødeenhetene. I tillegg krever det at jordmødrene og legene har «teknologisk kompetanse», de må kunne bruke og tolke overvåkningsutstyret.

På grunn av knappe ressurser blir det en diskusjon om friske fødende tar for mye av de knappe ressursene som er tilgjengelig. Det blir en prioriteringssituasjon hvor syke og friske settes opp mot hverandre. Vi vil her påpeke forebyggingsperspektivet. Hvis hjelpen og omsorgen som gis til de friske skjæres til benet vil mange flere friske gravide ende opp som syke barselkvinner og/eller med syke barn. Kontinuerlig tilstedeværelse under fødsel er nødvendig for å oppdage faresignal og handle i tide. Det gir også kvinnen en opplevelse av trygghet og minsker faren for en traumatisk fødselsopplevelse. Slike opplevelser kan føre til fysiske og psykiske plager/skader/sykdommer i og etter barseltiden.

Arbeidsgruppen mener av faglige kvalitetshensyn at alle kvinner i aktiv fødsel bør ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase og fram til fødselen. Ja, dette er viktig, og i tråd med anbefalinger fra WHO! (Jordmor skal ikke bare være der fram til fødselen, men selvsagt også være kontinuerlig til stede gjennom fødselen.)

8.2 Seleksjon

Fødeenheten har ansvar for at seleksjonskrav og kriterier følges. Kriteriene i forhold til kompetanse og seleksjonskriterier må godkjennes og revideres årlig av ansvarlige ved fødeinstitusjonene og det regionale helseforetaket bør etablere systemer som sikrer at man vet at dette etterleves. Forslag til omformulering:

«Fødeenheten har ansvar for at kvalitetskrav og seleksjonskriterier følges. Seleksjonskriteriene og kravene til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, til bemanning og kompetanse, og til informasjon og kommunikasjon, samt system for oppfølging av kravene, må godkjennes og revideres årlig av ansvarlige ved fødeinstitusjonene. Det regionale helseforetaket bør etablere systemer som sikrer at man vet at dette etterleves »

8.3 Differensiering

Arbeidsgruppen foreslår at de enkelte regionale helseforetakene gjør en vurdering av de minste fødeavdelingene i sin region og ser på muligheten til å omgjøre disse til fødestuer. Slik vi oppfatter saken er det ikke *muligheten* for omgjøring de regionale helseforetakene skal vurdere, men *nødvendigheten* – og dernest muligheten. Hvis en liten fødeavdeling er godt drevet, med gode resultater ser ikke vi noen grunn til verken å gjøre den om til fødestue eller å legge den ned. Hvis den derimot har problemer finnes det tre løsninger, slik som skissert i resten av avsnittet. Vi vil understreke at ingen endringer må gjøres før det er foretatt en grundig analyse av hvorvidt endringene vil gi brukerne et bedre eller dårligere tilbud, av hvorvidt det finnes andre løsninger og hvilke faglige og økonomiske konsekvenser – tilsiktede og utilsiktede – endringene vil får. Det er nødvendig at det foretas omfattende risiko- og konsekvensanalyse som grunnlag for beslutninger.

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

8.4 Drift og bemanning av fødeinstitusjoner

I 2008 utga Helsetilsynet en rapport med gjennomgang av alle tilsynssaker ved alle små fødeavdelinger. Siden denne rapporten ikke tar for seg de store fødeenhetene og fødestuene også, kan vi ikke sammenligne og se hvilke enheter som har størst problemer med å tilby en forsvarlig fødselshjelp. Det påpekes i kvalitetskravrapporten at de fleste fødslene skjer ved de store enhetene og det er av stor betydning for svært mange brukere at disse avdelingene driver forsvarlig. Vi etterlyser derfor at Helsetilsynet lager en lignende rapport over alle fødeenhetene og at tilsynet har en lavere terskel for å undersøke store avdelinger enn de har per i dag. Slik bildet nå tegnes skremmes en del fra å føde ved små enheter, mens de kanskje ikke får bedre, men snarere dårligere hjelp og omsorg ved en større enhet. Brukerne må få ta *informerte valg*.

Rapporten inneholder i tillegg en del faktafeil og gir en lite objektiv framstilling. Tegn på god kvalitet framstilles som om de var tegn på dårlig kvalitet.

Forslag til organisatoriske krav. Hvorfor listes forslagene opp her, når de også behandles i 9.1 og 10.1? Listen framstår dessuten som uferdig. Fast ansatte spesialister må utgjøre hoveddelen av bemanningen ved fødeavdelingen. Hva menes med begrepet spesialist? Er det en lege som er gynekolog, en gynekolog som er spesialist i fødselshjelp eller mer spesialisert enn det? Hoveddelen av bemanningen ved fødeavdelinger (og kvinneklinikker) bør vel være jordmødre og ikke legespesialister? Forslag til omformulering: Fast ansatte fødselsleger må utgjøre hoveddelen av gynekologbemanningen ved fødeavdelinger og kvinneklinikker.

Krav til kontroll av vikarers kompetanse. En formell (om nødvendig uformell) vikardatabase vil være ressursbesparende og sikre at vikarene holder mål. Hvis alle som bruker vikarer la inn i databasen advarslar på jordmødre og leger som ikke fungerer på norske avdelinger og stuer, samt anbefalinger på de som gjør en godt jobb, ville det bli lettere å

forhindre at dårlige vikarer «turnerer» sykehusene i Norge. Med en felles skandinavisk database ville enda flere tilfeller vært unngått. Hvis dette er mulig juridisk bør det vurderes, av hensyn til både pasientsikkerhet (fag) og ressursutnyttelse (mindre tid på vikarleting).

En betydelig utfordring er å rekruttere spesialister. Rekruttering av spesialister er et møysommelig arbeid som sykehuseier må ta på alvor. Å utdanne egne spesialister med tilhørighet til stedet bør ha fokus. Derfor er det helt nødvendig at:

- 1) Det nå blir ro og stabilitet, at fødeavdelinger blir «fredet» lenge nok til å bli attraktive arbeidsplasser.
- 2) At store nok stillinger lyses ut, gjerne kombinasjonsstillinger mellom kvinneklinikker og små avdelinger. Dette vil medføre noe (uke)pendling, men vil kunne sikre at legene får både bred erfaring fra de små enhetene og mange forløsninger ved de store.
- 3) At også fødeavdelingene får undervisningsstillinger.

Et bærekraftig fagmiljø ved en fødeavdeling vil kunne medføre en overbemanning i forhold til pasientgrunnet. Noe av denne overbemanningen er nødvendig for å ivareta krav om hospitering og kan også sikre mulighet for forskningsaktivitet. Det er stort behov for forskning, bl.a. om den normale, fysiologiske fødsel. Derfor anser vi dette som en meget god løsning. F.eks. kan professorer o.a. forskere som har daglig arbeid på kvinneklinikker hospitere på små avdelinger hver sjette uke. Der vil de få forskningstid «mellom slagene» fordi tempoet og antall fødsler er lavere, samtidig som avdelingen sikres tilstedeværelse av leger med høy kompetanse. Disse spesialistene kunne også drive intern undervisning, gi de ansatte informasjon om faglige nyvinninger og oppdateringer osv. Med flere oppgaver vil det ikke lenger være snakk om overbemanning.

Det er også nødvendig å se om noe kan gjøres for å hindre «avskalling» til private foretak. En privatpraktiserende gynekolog tjener mer og har mye mindre arbeidsbelastning enn en fødselslege. Det er *ikke* et insentiv for å holde på den gode fagkompetansen i sykehusene!

8.4.1 Fødestue

Jordmor må ha mulighet for å raskt få hjelp, enten fra jordmor i bakvakt og/eller fra nærliggende sykehjem, legevakt, fødeavdeling e.l. Ved lokale fødestuer med lang vei til nærmeste fødeavdeling og kvinneklinikk må annet lokalt helsepersonell ha kompetanse på fødsler, samt gjenoppliving av spedbarn. De må m.a.o. delta på kurs og bør hospitere ved fødeavdeling. Bakvakt må også tilkalles ved behov for følgetjeneste, og ny bakvakt må opprettes. Det bør vurderes om det bør være to jordmødre på vakt samtidig. Ved de minste fødestuene vil dette kun være aktuelt i tiden rundt lokale kvinners termin.

8.4.2 Fødeavdeling

De minste fødeavdelingene bør vurderes omgjort til fødestuer. Som nevnt under 8.3 Differensiering mener vi at det ikke bør være noen automatikk i liten fødeavdeling = bør bli fødestue. For det første er det vel ingen faglige grunner til å nedlegge/nedgradere en godt drevet avdeling. For det andre vil det være nødvendig å opprettholde enkelte små avdelinger pga. infrastruktur. For det tredje kan en nedleggelse bli dyrere enn en opprettholdelse.

Avdelingen må ha minst fire spesialister i fødselshjelp /gynekologi og man bør tilstrebe seks spesialister. Som brukerorganisasjon er det vanskelig for oss å ta stilling til dette kravet, spesielt når det ikke er begrunnet. Vi antar at antallet baserer seg på en beregning slik som den i 1-97:

Skal en fødeavdeling yte døgkontinuerlig operativ fødselshjelp må en i henhold til dagens krav til arbeidsmiljø og tariffavtaler minst ha 4 kompetente fødselshjelpere som deler vaktbelastningen (side 20).

På små fødeavdelinger vil belastningen per vakt være lavere enn på store avdelinger. Vil det da være mulig å sette opp hyppigere vakter på de små enn det som er normalen? Vil det da være mulig å drifte lovlig og forsvarlig med kun 3 faste fødselsleger? I hvert fall hvis man har en ordning der leger fra kvinneklinikker hospiterer, slik vi har foreslått over? Hvordan løser man dette innenfor andre legespesialiteter? Går de i firedelt vakt?

8.4.3 Kvinneklinikk

Her bør forskjellen på vanlig kvinneklinikk og kvinneklinikk med regionsfunksjon forklares.

8.4.4 Krav til fødeinstitusjoner oppsummert i tabell

Under er vårt forslag til hvordan kravene til henholdsvis organisering, bemanning og informasjon kan settes opp for å tydelig vise forskjellene på de ulike nivåene. Tabellen er basert på kap. 9 og 10 i rapporten og vår *Tabell 1 Kravene, system for oppfølging og indikatorer oppsummert*. Vi har redigert en del og slått sammen lignende krav, og antatt at en del av kravene som er listet opp til å gjelde kun fødestue eller kun fødeavdeling og kvinneklinikk i realiteten skal gjelde begge steder. Vi har satt spørsmålstegn ved noen av dem vi er mest usikre på da rapporten ikke angir kravene klart. Våre tilleggsforslag står i kursiv.

Krav	Fødestue (stue)	Fødeavdeling (avd.)	Kvinneklinikk (kk)
Kontinuitet	Jordmødre deltar i svangerskaps- og barselomsorgen	<i>Jordmødre deltar helst i svangerskaps- og barselomsorgen</i> <i>Jevnlige møter med kommunehelse-tjenesten</i>	Som avd.
Elektronisk registrering av fødsler	Ja, spes. overflytting	Ja	Ja
Nasjonale retningslinjer	Lett tilgjengelige, oppdaterte og implementerte	Som stue.	Som stue.
Interne prosedyrer og seleksjonskriterier	Skriftlige, basert på nasjonale retningslinjer og krav, godkjent av ledelsen lokalt og ved ansvarlig avd./kk. Lett tilgjengelige, oppdaterte (revideres minimum hvert 3. år og implementerte).	Som stue. Egne punkt om lokal differensiert omsorg, lavrisikotilbud etc	Som avd., godkjent av lokal ledelse.
Klare retningslinjer, rutiner for akutte situasjoner. Varslingssystem.	Når tilkalle annet personell, varsle ansvarlig avd./kk. Plan for regelmessig trening.	Når skal lege varsles og tilkalles. Hvem har ansvar for hva. Plan for regelmessig trening.	Som avd.

Skriftlig avklarte ansvarslinjer og -forhold.		Ansvarshavende jordmor: organisering og oversikt i avdelingen, rådgivende funksjon i jordmorfaglige spørsmål Ansvarsforhold: ansvarshavende jordmor vs. vakthavende lege, inkl. kommunikasjon	Som avd.
Uforutsette driftsproblemer	Melde til ansvarlig avd./kk		
Vikarer og hospitanter	Kjenne til og følge lokale rutiner og prosedyrer. Loggføres.	Som stue	Som stue
Forpliktende plan for vedlikehold og oppdatering av kompetanse	Ja. Bl.a. hospitering, internundervisning og eksterne kurs.	Ja, internundervisning og eksterne kurs, evt. hospitering.	Som avd.
Skade/uhell/avvik	Meldes etter lovpålagte retningslinjer.	Som stue.	Som stue
Internt tilsyn	Tilknyttet gynekolog min. 2g. årlig, barnelege min. 1g årlig	Barnelege min. 1g årlig?	
Årsrapport	Etter nasjonal mal. Sammenligne mellom år og institusjoner.	Som stue.	Som stue
Internkontroll. Kontroll av teknisk utstyr m.m..	Skriftlig plan, inkl. hyppighet.	Som stue.	Som stue
Resusciteringsutstyr	For resuscitering av mor og barn.	Eget resusciteringsrom	Som avd.
Annet teknisk utstyr (skal være fysiske på plass og personalet skal ha kompetanse på bruk, regelmessig opplæring, trening).	CTG-apparat Lysbehandling Hørselsscreening SaO2-screening Trestetoskopet	Som stue. Kunne lagre CTG-kurvene. Avansert fosterovervåking i form av enten ST - analyse, skalp pH eller laktat. Utføre syre-base undersøkelse på navlestrengsblod etter fødsel Kunne identifisere utviklingsavvik og viderehenvise disse til fostermedisinsk enhet. Bare godkjente enheter kan utføre fosterdiagnostikk. Utføre og tolke basale dopplerundersøkelser Egne jordmødre med spesialkompetanse innen ultralyd Tilgang til bruk av ultralyd under fødsel	Som avd. CTG med analyse av kortidsvariabilitet Avanserte dopplerundersøkelser Egne jordmødre med spesialkompetanse innen ultralyd Regionsfunksjon. skal ha kompetanse i fostermedisin
Gynekologispesialist i vakt	Nei	Hjemmevakt, tilstedevakt ved risikofødsler.	Tilstedevakt (også bakvakten)
Annen/flere gynekolog i vakt?			Tilpasset klinikkens størrelse
Tilkallingstid gynekologispesialist		Maks 20 min	Tilstede
Anestesipersonale		Tilstedevakt	Tilstedevakt
Barnelege			I vakt.
Klinisk kjemisk avdeling		Døgnvakt	Døgnvakt

Kompetanse på og ansvar for gjenoppliving av nyfødte	Jordmor, og evt. barnepleier, legevaktlege, sykehjemssykepleier	Jordmor, gynekologispesialist, anestesipersonalet	Barnelege, jordmor, gynekologispesialist, anestesipersonalet
Strakssnitt (katastrofekeisersnitt)		Utføres innen 15 min	Utføres innen 15 min
Undersøkelse av barnet før hjemreise	?	Barnelege e.l.	Som avd.
Jordmorstillinger	Et minimumsantall ifht antall og type fødende? Minst mulig ufrivillig deltid.	Som stue	Som stue
Gynekologstillinger	Ingen	Gynekologspesialister i firedelt vakt og tilstrebe seksdelt vakt	Seksdelt vakt? Tilpasset klinikkens størrelse
Gynekologkompetanse	Ingen	Helst spesialister i fødselshjelp?	Gynekologspesialist med fødselshjelp (andel?)
Jordmorkapasitet	2 jordmødre tilstede per fødsel?	Tilstrekkelig for forsvarlig overvåking og tilstedeværende jordmor i aktiv fase av fødselen, samt tilfredsstillende økte krav til dokumentasjon m.m.	Som avd.
Kapasitet alle ansatte	Tid til faglig fordypning, kvalitetsarbeid i avdelingen, opplæring av kolleger, <i>samarbeid med kommunehelse-tjenesten</i>	Som stue	Som stue
Annen medisinsk kompetanse	Nei	Kan ha nyfødtavdeling	Skal ha nyfødtavdeling. Andre disipliner også, bl.a.: urologi, magetarm, endokrinologi og nefrologi
Psykososial kompetanse			Ja
Fosterovervåking og fosterdiagnostikk	Kompetanse på bruk av alt teknisk utstyr, se over.	Kompetanse på bruk av alt teknisk utstyr, se over.	Kompetanse på bruk av alt teknisk utstyr, se over.
Stipendiatstillinger (lege og jordmor)		Bør	Skal
Forskningskompetanse, aktiv forskning	Kan	Bør	Skal
Fagutvikling		Fagutviklingsjordmor og fagutviklingslege. Mulighet for faglig fordypning i form av møter, seminarer og kongresser. Etter- og videreutdanning.	Som avd. Ukentlig fordypningstid skjematag for overordnede leger og ledende jordmødre
Internundervisning (loggføres)	Minst hver 6g årlig	Ukentlig	Som avd.
Trene på akutte situasjoner (loggføres)	Minst 2 g årlig.	Som stue	Som stue
Hospitering	Minst 1 uke per år.	Små avd.: Minst 1 uke per år?	

Lære av egne feil		Kasuistikkgjennomgang etter avvik og kompliserte fødsler felles for både leger og jordmødre Oppfølging av perinatalkomiteenes arbeid	Som avd.
Opplæringsprogram nyansatte og vikarer	Ja	Ja	Ja
Informasjon til gravide	Felles skriftlig informasjon etter nasjonal mal. Personlig muntlig informasjon om føde- og barseltilbudet (loggføres) Hjelp til å søke fødeplass Bruker skal skriftelig akseptere evt. fødsel i fødestue Tidlig informasjon om endringer i tilbud, eks. feriestenging <i>Pasientrettighetsloven Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon følges</i>	Som stue	Som stue
Kommunikasjon med gravide	Bruke tolk (språklig og evt. kulturell) ved behov Forsikre at informasjonen er forstått	Som stue	Som stue
Kommunikasjon og informasjon innad og mellom tjenestenivåene	System for klare linjer. Samarbeidsmøter. Bruke helsekortet korrekt.	Som stue	Som stue

Tabell 2 Kvalitetskrav oppsummert

8.5 Seleksjonskriterier

Vi er glade for at seleksjonskriteriene ikke er så strenge og absolutte som de framsto tidligere i prosessen med rapporten, dette er mye bedre! Slik kriteriene står nå vil fortsatt fødeavdelingene kunne ta imot kvinner med moderat risiko, samtidig som kvinnenes og barnas sikkerhet ivaretas i setningen: Pasienter med følgende risikofaktorer kan føde på fødeavdeling under forutsetning av nødvendig kompetanse i avdelingen. Vi er også glade for at kriteriene skiller mellom sykehus med og uten barneavdeling, da det bør være en tydelig sammenheng mellom kompetanse, bemanning og infrastruktur på den ene siden og seleksjonskriterier på den andre.

Denne sammenhengen kommer ikke tydelig fram i rapporten ellers, Vi synes også det er underlig at seleksjonskriteriene til fødeavdeling og kvinneklinikk står her, mens kriteriene til fødestuene kommer i kapittel 9. Det er heller ikke fullt samsvar mellom disse to listene. Vi har derfor søkt å samle dem.

Tabellen under er basert på seleksjonskriteriene på side 35-36 og side 40-41. Det er ikke helt samsvar mellom disse to listene, og vi har derfor tolket punktene noe. Vi mener det er svært viktig at de ulike kriteriene begrunnes, slik at brukere og lokale fagfolk forstår og aksepterer dem. Vi oppfordrer fagmiljøet og Helsedirektoratet til å utvide tabellen med en

kolonne kalt «Begrunnelse» eller å gi begrunnelsen i fotnoter e.l.. Våre forklaringer og kommentarer til de ulike kriteriene står i fotnotene.

Alle kan føde på kvinneklinikk (kk) som er regionssykehus (har spesialkompetanse innenfor andre områder enn fødselsomsorg m.m.), og de fleste kan føde på vanlige kvinneklinikker. Seleksjonskriteriene til fødeavdeling er satt opp med følgende forbehold: **Pasienter med følgende risikofaktorer kan føde på fødeavdeling under forutsetning av nødvendig kompetanse i avdelingen.** I tillegg til kriteriene i tabellen skal følgende selekteres ut av fødestue i følge kriteriene side 40-41:

- Når kvinnen anbefales fødsel på sykehus etter en helhetlig vurdering

Følgende skal kanskje selekteres ut, etter individuell behandling:

- Innvandrerkvinner og flyktninger som har oppholdt seg kort tid i Norge med språkproblem, dårlig almenntilstand, psykiske belastninger, ukjent sykehistorie
- Andre uspesifikke forhold, eks ved spesielle psykiske/psykososiale problematikker
- Omskårne, vurderes tidlig i svangerskap²¹
- Jordmor kan i enkelte tilfeller anbefale sykehusfødsel ut fra en helhetsvurdering uten nødvendigvis å vise til nevnte kriterier

Tabellen under er sortert etter hvorvidt kriteriet er knyttet til:

1. mors tilstand
2. en diagnose hos mor
3. mors tidligere svangerskap
4. barnet
5. fødselen²²

Spørsmålsteget indikerer at vi ikke har funnet svar på disse i rapporten. F.eks. står det i rapporten en øvre grense for estimert fostervekt ved fødeavdeling, men ikke et tilsvarende punkt ved fødestue. Vi angir våre forslag i fotnoter til hvert spørsmålsteget. Vi angir også alternative svar til kriterier vi er uenige i.

# Seleksjonskriterier	Fødestue	Fødeavd., * = m/nyfødtavd.	Kvinneklinikk (kk), * = regionsykehus
1 Førstegangsfødende	? ²³	opp til 35 år ²⁴	Alle ²⁵
1 Mors BMI (individuell vurdering)	? ²⁶ -27	opp til 35	Alle
1 Rusmiddelbruk under svangerskap	Nei		
1 Kvinner som er omskåret	Nei/ja	Ja	Ja
1 Gravide under LAR-behandling	Nei	Nei	Ja (*)
1 Høyde under 155 cm	Noen	Ja	Ja
1 Unge, umodne mødre ²⁷	Noen	Ja	Ja

²¹ Disse skal i følge kriteriene på side 35-36 til kvinneklinikk, evt. fødeavdeling hvis denne har kompetanse på omskjæring.

²² I tillegg kommer kriterier for overflytting under og etter fødsel fra fødestue, se kapittel 9.

²³ Vi foreslår at grensa blir maks 35 år

²⁴ Friske førstegangsfødende over 35 år bør kunne føde ved fødeavdeling. Ved andre faktorer som kan ha betydning for fødselen skal hun til kvinneklinikk.

²⁵ Se fotnote 24

²⁶ Muligens bør det være en nedre grense. I rapporten står det under hvem som kan føde på fødeavdeling: «Undervektige pasienter (BMI < 19)». Det kan tolkes til at kvinner med BMI under 19 ikke bør føde på fødestue.

2	Irregulære antistoffer	Nei	? ²⁸	Ja
2	Epilepsi	Nei	? ²⁹	Ja
2	Kroniske alvorlige sykdommer	Nei	? ³⁰	Ja
2	Svangerskapsforgiftning (preeklampsi)	Nei	? ³¹	Alvorlig
2	Annen alvorlig smitte	Nei	? ³²	Ja
2	GBS ³³ påvist i urinen	Nei	? ³⁴	Ja
2	Hepatitt	Nei	? ³⁵	Ja
2	Diabetes (individuell vurdering)	Nei	Kostholdsregulert Insulinkrevende ^{*36}	Insulinkrevende
2	Trombofilier ³⁷	Nei	med moderat ³⁸ risiko	Alle (stor risiko for trombose eller tilstander med blødningsrisiko må til kk)
2	Alvorlig hjerte/kar/lunge/nyre eller alvorlige revmatiske sykdommer eller kollagenoser hos mor	Nei	Nei	? Ja*
2	HIV	Nei	Nei	Ja
2	Immunisering ³⁹ med betydning for barnet	Nei	Nei	Ja
2	Polyhydramnion ⁴⁰	Nei	Nei Ja*	Nei
2	Oligohydramnion ⁴¹	Nei	Nei ⁴² Ja*	Nei
3	Andre gang fødende der første barn ble forløst ved keisersnitt	Nei	? ⁴³	Ja
3	Tidligere komplisert fødsel med	Nei	? ⁴⁶	Ja

- 27 Vi synes dette er et rart kriterium. Unge mødre kan være svært modne og motiverte for f.eks. «naturlig fødsel», mens godt voksne kvinner kan være umodne og ha et urealistisk bilde av fødselen. Skal det være et slik kriterium så må det knyttes til modenhet og ikke alder. Mødre som trenger ekstra oppfølging og støtte etter fødselen, men som ikke har fysiske komplikasjoner eller andre grunner til å føde på kvinneklinikk, vil ofte få vel så god hjelp ved en liten, rolig og oversiktlig enhet, som ved en stor.
- 28 Ja, hvis det er anbefalt fra Blodbanken. Kommer an på hvilken behandling barnet trenger.
- 29 Nei, pga. medikamentbruk hos mor og dermed barn, og i tilfelle anfall hos mor.
- 30 Nei, disse krever bred kompetanse (andre disipliner) som kun finnes ved kvinneklinikkene.
- 31 Ja, lett svangerskapsforgiftning.
- 32 Nei. ”Alvorlig” må defineres. Kan f.eks. gravide med svineinfluensa føde ved fødeavdeling?
- 33 Gruppe B streptokokker
- 34 Ja, fordi mor behandles med antibiotika før/under fødsel og er ferdigbehandlet før barnet er født.
- 35 Ja, barnet skal vaksineres etter fødsel, men man må ikke være barnelege for å sette vaksinen.
- 36 Noen insulinkrevende kan også trenge indremedisinsk kompetanse. Disse må til kvinneklinikk og kan ikke føde ved fødeavdeling med nyfødtafdeling.
- 37 Medfødt økt fare for å danne blodpropper.
- 38 Må defineres.
- 39 Mor og barn har blodtyper, antistoffer osv. som ikke går overens.
- 40 Unormalt mye fostervann
- 41 For lite fostervann
- 42 Ja, så lenge man ikke har påvist utviklingsavvik.
- 43 Ja, dette har ingen betydning for barnet og så lenge kvinnen føder et sted med keisersnittberedskap (fødeavdeling eller kvinneklinikk) er hun trygg.

	risiko for gjentakelse som for eksempel atoni ⁴⁴ , fastsittende placenta ⁴⁵			
3	Tidligere perinatal ⁴⁷ død	Nei	? ⁴⁸	Ja
3	Tidligere alvorlig komplikasjon ⁴⁹ under svangerskap eller fødsel	Nei	Ja	Ja
3	Tidligere født barn med alvorlig GBS infeksjon	Nei	Nei	Ja
3	Tidligere keisersnitt eller operasjoner på livmoren som har betydning for svangerskap og fødsel	Nei	Nei ⁵⁰ Ja*	Ja
4	Estimert fostervekt ⁵¹	?	?-4500 ⁵²	Alle
4	Pasienter som har kjent mindre liv over flere dager ⁵³	Nei	Ja	Ja
4	Antatt behov for tilsyn av barnelege ved/like etter barnets fødsel	Nei	Nei Ja*	Ja
4	Flerlinger (mer enn to)	Nei	Nei	Alle
4	Foster med påvist utviklingsavvik	Nei	Nei ⁵⁴ ?*	med behov for intervensjon kort tid etter fødsel
4	Vekstretardasjon ⁵⁵	Nei	Nei ⁵⁶	Ja
4	Seteleie/skråleie/tverrleie	Nei	Planlagt keisersnitt	Planlagt vaginal fødsel
4	Tvillinger	Nei	Planlagt keisersnitt	Alle (planlagt vaginal fødsel må til kk)
5	Fødselsuke	37-41	35-42 32+ *	32+ Alle*
5	Induksjoner	Nei	Ja	Ja
5	Langvarig vannavgang	Nei	Uten klar risiko for infeksjon ⁵⁷	Alle

Tabell 3 Seleksjonskriteriene oppsummert

⁴⁶ Ja eller nei, kommer an på graden av atoni og årsak.

⁴⁴ Slapp livmor, livmor trekkes seg ikke sammen, fortsetter å blø.

⁴⁵ Morkaka sitter fast i livmora.

⁴⁷ Et eller flere tidligere barn døde før, under eller under 4 uker etter fødsel.

⁴⁸ Ja eller nei, det kommer an på årsaken til dødsfallet og om det er fare for «gjentakelse», eks. arvelige forhold.

⁴⁹ Må defineres.

⁵⁰ Ja, så lenge dette ikke har betydning for barnet. Så lenge kvinnen føder et sted med keisersnittberedskap (fødeavdeling eller kvinneklinikk) er hun og barnet trygge.

⁵¹ Dette kriteriet mener vi bør være relativt i forhold til lengde, slik som det er mors *BMI* og ikke hennes *vekt* som brukes som kriterium. Det er stor forskjell om ei mor på 155 cm venter et barn på 4600 gram og om ei mor på 175 cm venter et så tungt barn.

⁵² Store barn bør ha to andre riskikofaktorer i tillegg. Kun en fast vektgrense blir for rigid, målegrensa er +/- 500 og med en så stor feilmargin vil det være vanskelig å være 100% sikker på at kriteriet er oppfylt..

⁵³ Et vagt kriterium, hva vil "lite liv" si?

⁵⁴ Det kommer an på type avvik. Enkel avvik kan føde ved fødeavdeling.

⁵⁵ At fosteret har sluttet å vokse

⁵⁶ Ja, ned til 2.250 gram, eller 21% mindre enn fosteret skal veie i den uka. En vanlig fødeavdeling har ikke problemer med å ivareta disse barna på en god måte.

⁵⁷ Maks 3-4 døgn. Etter dette må kvinnen til kvinneklinikk.

8.6 Differensiering innad i fødeavdelinger og kvinneklinikker

Vi er svært glade for at dette temaet er brakt på banen! Vi etterlyser mer forskning på dette området, slik at man får kunnskap til å skape like gode resultater for lavrisikofødende på store avdelinger som på jordmorstyrte fødestuer.

Vi viser også til Helse- og omsorgskomiteens merknad til St.meld. 12:

Komiteen påpeker at fødende i utgangspunktet er friske, og mener det gir feil signal når intervensjon i fødselshjelpen premieres økonomisk. Komiteen vil derfor henstille til Regjeringen om å ta hensyn til dette i vurderingen av finansiering av fødselshjelpen.⁵⁸

Vi oppfordrer herved myndighetene til å få fortgang i dette arbeidet. Er det mulig å endre kodene i DRG⁵⁹ slik at fødsler uten intervensjon, diagnose og behandling blir «lønnsomme» for foretaket? Vi etterlyser også modeller som kan vise kostnadene pr. fødsel ved ulike typer fødeinstitusjoner. Fødsel har en DRG-kode. Er poengene for denne korrekt beregnet i dag? Får sykehusene betalt det det koster?

En rekke studier har dokumentert effekten av kontinuerlig tilstedeværelse av en støtteperson på fødestuen under fødselen. Det er bra dette er tatt med! Det er vanlig med doula i mange andre land, og ordningen sprer seg nå også i Norge. Vi foreslår derfor at doulabetegnelsen brukes her.⁶⁰

Det foreligger ikke en entydig definisjon av begrepet «kontinuerlig tilstedeværelse». I de mange randomiserte studiene har det vært snakk om reelt kontinuerlig tilstedeværelse eller tilstedeværelse fulgt av små pauser. En dansk undersøkelse fra et stort universitetssykehus har vist at jordmødre og fødende i samme tidsperiode hadde ulik oppfattelse av om det hadde vært kontinuerlig tilstedeværelse av en jordmor. Dette var interessante resultat! Den type studier vil vi gjerne ha mer av. Vi vil samtidig minne om at en jordmorstudent ikke oppfyller kravet om tilstedeværelse av fødselshjelper. Det er kun jordmor, evt. fødselslege, som kan oppfylle kravet.

9 Fødestuer

Fødestuene representerer en jordmorfaglig beredskap og kompetanse for alle gravide, fødende og barselkvinner særlig i distriktet, også for dem ikke føder på fødestuen. Jordmødrene på fødestuene ivaretar oftest beredskap og følgetjeneste. Kvinner som ikke skal føde på fødestue kan bli undersøkt der før transport, hvor det vurderes om det er behov for følge av jordmor eller ikke og om transport er tilrådelig. Vi er glade for at rapporten løfter fram poenget om at fødestuene yter tjenester, inkludert svangerskaps- og barselomsorg, til alle brukere, også de som ikke kan eller vil føde der.

Det er imidlertid vanskelig å kunne støtte etablering eller fortsatt drift av eksisterende forsterkede fødestuer. De er vanskelig å drifte med et faglig forsvarlig bemanningssystem og tilfredsstillende mengdetrening for håndtering av akutte situasjoner. Dette og resten av avsnittet høres umiddelbart fornuftig ut, men da vi ikke har førstehåndskunnskap om de forsterkede fødestuene vil vi gjerne vite hvorvidt tilsyn og evt. andre undersøkelser har

⁵⁸ <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2008-2009/inns-200809-240/2/#a9>

⁵⁹ Diagnose Relaterte Grupper, se http://www.liv-laga.no/arbeid/horinger/stmeld12-html#_Toc245575356

⁶⁰ <http://www.norskdoulaforening.no/>

avdekket flere kritikkverdige forhold, skader og nestenuhell ved disse institusjonene enn ved vanlige fødestuer og små fødeavdelinger.

Fødestuer gir et tilbud til kvinner med forventet normal fødsel av friske barn, men i praksis vil sjelden mer enn 30-40 prosent av de fødende i opptaksområdet føde der. Så vidt vi har forstått varierer andelen sterkt mellom de fødestuene som er akseptert i lokalmiljøet og har et godt rykte, og/eller kan ta imot førstegangsfødende, og andre steder med høyt konfliktnivå og/eller kun tar imot flergangsfødende.

9.1 Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling

En rekke av kravene som listes opp her bør også gjelde for de større institusjonene, mens en del av kravene som står i kapittelet om fødeavdelinger og kvinneklinikker også burde gjelde fødestuene. Se derfor Tabell 1 Kravene, system for oppfølging og indikatorer oppsummert på side 15. Se også kommentarer under 8.4 Drift og bemanning av fødeinstitusjoner.

9.1.1 Seleksjon

Presiseringene i de tre første avsnittene er gode.

Seleksjonskriteriene som skal brukes i svangerskapet har vi tatt med i Tabell 3 Seleksjonskriteriene oppsummert, på side 35. Seleksjonskriteriene for overflytting under og etter fødsel er ikke med i den tabellen. Så vidt vi vet er ikke noen av seleksjonskriteriene for fødestue kontroversielle.

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

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

Denne kartleggingen vil danne et godt grunnlag for å evaluere kvaliteten av fødselshjelpen på fødestuene, ved transportfødsler og planlagte hjemmefødsler. Helsedirektoratet vil i samarbeid med MFR gjøre en vurdering av om registreringen skal innføres som en fast ordning. En slik registrering anser vi som meget nyttig. Men vi vil be om at flere fødsler inkluderes:

- Alle planlagte hjemmefødsler
- Alle fødsler som skjer et annet sted enn planlagt, det være seg hjemme, på sykestue eller annet sted

Først hvis disse inkluderes er det mulig å sammenligne hjemmefødsler med fødestuefødsler, undersøke andel hjemmefødsler som ender med overflytting, og finne ut hvor mange kvinner som ikke rekker fram til planlagt fødested. Resultatene må brukes til å evaluere organiseringen av fødselsomsorgen lokalt og til å revidere seleksjonskriteriene. Ved ytterligere sentralisering av fødselsomsorgen kan vi oppleve at andel transportfødsler holder seg stabilt, men at andel uplanlagte hjemmefødsler etc. øker. Disse tallene er det viktig at blir inkludert i statistikken for å gi et sant bilde.

9.2 Krav til bemanning og kompetanse

Uansett bør en jordmor på fødestue ha mulighet til tilkalling av rask hjelp fra en bakvakt - jordmor. Om det er mulig å tilfredsstille kvalitetskravene ved fødestuene med svært få fødsler bør vurderes nøye. For det første må «bør» i første setning erstattes av «skal». Jordmor må kunne tilkalle hjelp raskt, noe annet anser vi som uforsvarlig. For det andre må ikke bare tilfredsstillelse av kvalitetskravene vurderes, men også alternativene: Vil brukerne få kvalitativt bedre tjenester ved nedleggelse?

9.3 System for oppfølging av kravene

Systemet må også sørge for at kravene til informasjon og kommunikasjon følges opp.

9.4 Kvalitetsindikatorer

9.5 Krav til informasjon og kommunikasjon

Det bør være like krav til informasjon og kommunikasjon ved fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker.

10 Fødeavdeling og kvinneklinikk

I følge St. meld. nr. 12 var det 54 fødeinstitusjoner i Norge i 2007. Siden meldingen ble skrevet er en fødeinstitusjon nedlagt. Det er 15 kvinneklinikker (fødselstall 6667-724 fødsler), 26 fødeavdelinger (fødselstall 2696-230), 3 forsterkede fødestuer (fødselstall 155-71) og 10 fødestuer (fødselstall 119-10). For en mer detaljert oversikt, se artikkel på våre nettsider: «[Hvor skal du føde?](#)»⁶¹

Flere små føde/gynekologiske avdelinger i Norge har i en årrekke hatt rekrutterings- og bemanningsproblemer og dermed en ustabil driftssituasjon. Ofte har avdelingene bare hatt 1-2 fast ansatte leger og driften har i hovedsak vært basert på korttidsvikarer. I tillegg til generelle problemer med å rekruttere gynekologer vil vi her peke på årsaker som spesielt gjelder de små fødeavdelingene:

- Det er svært få leger som er villige til å arbeide ved en avdeling som om kort tid kan komme til å bli nedlagt. «Nedleggingsspøkelset» skremmer folk bort, og det er derfor viktig med stabilitet og ro slik at folk kan rekrutteres til trygge arbeidsplasser.
- Eier (helseforetaket) har ikke lyst ut stillinger.
- Det har ikke vært drevet en aktiv rekrutteringspolitikk. Standard utlysning er ikke nok til å kalle noe aktiv rekrutteringspolitikk.
- Avdelingen har ikke fått ha undervisningsstillinger.

Utstrakt bruk av vikarer har betydning for kvalitet og det underkommuniseres ofte at kvaliteten på vikarer varierer. Vi viser til våre kommentarer under 8.4 Drift og bemanning av fødeinstitusjoner, krav til kontroll av vikarers kompetanse.

Uheldige hendelser som inntreffer når det er vikarer i vakt gir spesielle utfordringer. Ofte dreier det seg om komplikasjoner som alltid er vanskelige å håndtere, men som likevel kunne hatt et bedre utfall med kjente leger og jordmødre. Det er viktig å ha ansatte som fungerer

⁶¹ <http://www.liv-laga.no/helsetjenestene/ansvarlige-myndigheter/fodested>

som et team. Man kan ha faste ansatte som ikke mestrer dette også. Det er nødvendig å løse kriser og akutte situasjoner *sammen*. Hyppige øvelser på krisehåndtering, inkludert faste vikarer, er viktig.

I dagens situasjon er arbeidsgruppene klare på at det er nødvendig å gjøre fødeavdelinger mer robuste. Det påpekes også at arbeidsbelastningen er størst ved de største kvinneklinikkene og universitetsklinikkene og at bemanning både på lege og jordmorsiden her må styrkes. Rekruttering av tilstrekkelig antall spesialister innen fødselshjelp og gynekologi og spesielt subspecialisering av fødselsleger er bekymringsfull i Norge i dag. Vi er enige i at arbeidsbelastningen er for stor ved enkelte sykehus og at bemanningen her må styrkes. Som nasjonal brukerorganisasjon ser vi dilemmaet ved at når et knapt gode skal fordeles er det ikke nok til alle: Når noen (store kvinneklinikker) prioriteres opp, må nødvendigvis andre (små avdelinger) prioriteres ned. Vi etterlyser⁶² imidlertid en aktiv rekrutterings- og «beholdningspolitikk» til fødselshjelpen for å øke det knappe godet – kvalifiserte leger. Det er ikke rart gynekologer slutter som fødselsleger og åpner privat praksis: de jobber mindre, slipper vakter, har mindre ansvar og fare for uheldige hendelser med store følger, og de tjener mer. En del erfarne gynekologer kan være villig til å fortsette som fødselsleger hvis de får en vaktordning tilpasset sin alder/helse. Det er viktig at arbeidsgiver tilrettelegger for å beholde kompetanse som bl.a. er viktig ved opplæring av nye spesialister.

Målet med kvalitetskravene er å sørge for at fødeavdelingene/kvinneklinikkene gir fødselshjelp på et høyt faglig nivå i tråd med nasjonale retningslinjer. Et viktig mål er minst mulig intervensjon under den fysiologiske graviditet og fødsel, men med korrekt intervensjon der dette er nødvendig og med lav perinatal og maternell mortalitet og morbiditet. Et godt mål som burde stått i innledningen til rapporten. Vi vil legge til at et annet viktig delmål er høy brukertilfredshet, at brukeren får en god fødselsopplevelse og gjennom det får et godt grunnlag for barseltiden.

En rekke av kravene som listes opp i underkapitlene her bør også gjelde for fødestuene, mens en del av kravene som står i kapittelet om fødestuene også bør gjelde fødeavdelinger og kvinneklinikker. Se derfor Tabell 1 Kravene, system for oppfølging og indikatorer oppsummert på side 15. Se også kommentarer under 8.4 Drift og bemanning av fødeinstitusjoner.

10.1 Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling

10.1.1 System for oppfølging av kravene

10.2 Kvalitetsindikatorer

10.2.1 Kvalitetsindikatorer kvinne

Vi ber om at det skilles mellom «ukompliserte» og «naturlige» fødsler, slik som de danske indikatorene:

- Fødsel uten indgrep «Naturlig fødsel». Fødsler, hvor der ikke har været kejsersnit af nogen art, ingen igangsættende midler, ingen forløsning med sugekop eller tang, ingen oxytocin, ingen klip og ingen epiduralblokader. Antallet af naturlige fødsler sættes i forhold til det samlede antal fødsler.

⁶² Se også http://www.liv-laga.no/arbeid/horinger/stmeld12-html#_Toc245575334

- Ukompliceret forløb. Fødsler, som forløber ukompliceret er karakteriseret ved, at der ikke er kejsersnit, der bruges ikke sugekop eller tang, ingen klip, ingen sfinkter ruptur, ingen blødning i efterbyrdsperioden, samt at barnet ikke overføres til neonatalafdeling, barnet er ikke dødfødt og barnet har en Apgar score på 7 eller derover. Antallet af ukomplicerede fødselsforløb sættes i forhold til det samlede antal fødsler.⁶³

Ellers synes vi forslagene så bra ut. Kontinuerlig tilstedværelse er svært viktig for kvaliteten.

10.3 Krav til informasjon og kommunikasjon

Vi vil her minne om to forhold. Funksjonelle analfabeter har rett på informasjon i samme grad som de som kan lese brosjyrer og nettsider, og informasjonen må tilpasses denne gruppen. Pasientrettighetsloven Kapittel 3⁶⁴ gir brukeren rett til medvirkning og informasjon. Det burde være en selvfølge at brukerne får sin rett til informasjon og medbestemmelse oppfylt, men dette skjer dessverre ikke alltid.

11 Barselomsorgen

Tilbakemeldinger vi får fra brukere viser veldig sprikende erfaringer. Noen har hatt gode opplevelser og roser personalet på barselavdelinger, fødestuer og helsestasjoner. Andre har langt fra fått den hjelpen de trengte, og fått unødige problemer som følge av dette. Disse erfaringene viser at det haster med å få på plass kvalitetskrav og retningslinjer for barselomsorgen. I dag er tjenestene langt fra likeverdige for alle. Noen eksempler:

Mange skjønne, erfarne damer som jobbet på barsel. Jeg fikk god hjelp med amming m.m og noen gode samtaler med de flinke gråhårede :-). Glad for at jeg bestemte meg for å reise «hjem» til det lille sykehuset. Det ga meg den trygge rammen jeg trengte som enslig.

Tiden på barsel var også veldig fin. Eget rom og bad, alt av tv, radio og internet. Hyggelige leger, jordmødre og barnepleiere som sto på pinne for at vi skulle ha det bra. Synes jeg hadde det helt topp!

Tiden på barsel var et sant helvete. Jeg fikk aldri sove eller hvile, pleierne fløy ut og inn dørene og vekket meg og dro meg i puppene konstant. Jeg fikk helt angst av at jeg aldri fikk være alene, at jeg måtte dele rom med 3 andre i 1 uke. Knakk til slutt sammen i korridoren og fikk lov til å dra hjem en natt.

På barsel var det ingen som merket at gutten fikk alvorlig gulsott, det ble oppdaget ved en tilfældighet like før han fikk hjerneskode, det hele endte opp med 5 dager på intensiv.

Det var ingen som hadde tid til å vise meg hvordan man skulle amme skikkelig, han sugde meg til blods og jeg slet i ukevis etter det.

Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet viser til at det bør legges til rette for at lokal jordmortjeneste også kan ha en sentral rolle i oppfølgingen i barseltiden. Dette er vi enige i og vi tror dette vil bidra til bedre kontinuitet. Imidlertid vil vi påpeke at det da mange steder vil være nødvendig å styrke jordmortjenesten – steder der jordmor/jordmødre per i dag ikke en gang har tid til god svangerskapsomsorg til alle som ønsker det.⁶⁵

⁶³ <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/>

[Sundhedsstyrelsen%20registre/Foedselsregister/Kvalitetesindikatorer_foedsler.aspx](http://www.sundhedsstyrelsen.dk/registre/Foedselsregister/Kvalitetesindikatorer_foedsler.aspx)

⁶⁴ <http://www.lovdatabasen.no/all/tl-19990702-063-003.html>

⁶⁵ Se også rapporten Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet. utgitt av Helsedirektoratet

I de senere årene har det skjedd en endring i barselomsorgen. Oppholdet på sykehuset etter fødselen har blitt kortere. Denne utviklingen ser man i hele den vestlige verden. Når det gjelder barselomsorgen i Norge er det i dag store variasjoner og ulik praksis. For familier som reiser tidlig hjem oppstår det i dag lett en uavklart situasjon om ansvarsforhold når det gjelder barselomsorgen. Arbeidsoppgavene er ikke tydelig nok avklart mellom foretak og kommune, og kontakten med helsestasjonen er ofte ikke godt nok etablert ved hjemsendelse. Her er det et stort forbedringspotensial. Rutinene med hjemmebesøk fra helsestasjon er ulike, og mange får ikke hjemmebesøk før etter to uker. Bra at dette kommer fram! Vi vil imidlertid påpeke at det siste avsnittet ikke er korrekt. Mange får ikke hjemmebesøk i det hele tatt.⁶⁶

En konsekvens av en differensiert fødselshjelp er å tilby en differensiert barseltjeneste hvor et element er tidlig hjemreise for kvinner som selv ønsker det og som oppfyller kriteriene. Fra høsten 2005 har flere foretak satt i gang prosjekter om tidlig hjemreise for mor og barn som også omfatter mulighet for rådgivning hele døgnet. Erfaringene er overveiende positive. «Tidlig hjemreise» må defineres. For få år siden var vanlig liggetid 3-4 døgn, i 1990 var den på 4-5 døgn. I det perspektivet er liggetid på 2 døgn «tidlig hjemreise». Vi antar at prosjektene det vises til her er bl.a. Føderiket i Oslo og JordmorHjem⁶⁷ i Bergen. Der betyr «tidlig hjemreise» hjem innen et døgn etter fødselen. Vi mener grunnen til at dette fungerer godt er fordi familiene får god oppfølging hjemme – og at de velger dette selv. Det er stor forskjell på å bli sendt hjem før man er klar, oftest uten et «mottaksapparat» og på å selv velge å reise hjem (enten i situasjonen eller på forhånd gjennom valg av fødested) og da være trygg på at man kan få den hjelpen man trenger. Vi etterlyser også norske forsøk med den nederlandske modellen.⁶⁸

11.1 Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling

På landsbasis er trenden i dag redusert liggetid på barselavdelinger. Dersom barselomsorgen skal kunne styrkes på tross av dette, bør kommunehelsetjenestens tilbud senest bygges opp parallelt med reduksjon i liggetid, ideelt i forkant. Det er veldig viktig at helseforetakene ikke bygger ned før kommunene har bygget opp! Dette må med i områdeplanene som legges nå.

Tidlig hjemreise er for mange en ønsket og god utvikling, forutsatt at kommunehelsetjenesten innehar kompetanse og kapasitet til å ivareta kvinnene, barna og familienes behov for barselomsorg og oppfølging den første tiden etter fødsel. Eventuelt at helseforetaket fortsatt har ansvaret slik som på Føderiket. Er det mulig å overføre Føderikets ordning til andre enheter som praktiserer tidlig hjemreise? For familiene som ønsker tidlig hjemreise, er

http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/_utviklingsstrategi_for_jordmortjenesten_tjenestekvalitet_og_kapasitet_714244

⁶⁶ Artikkel i Aftenposten: "Flere helsestasjoner kutter hjemmebesøk og kontroller". 19. november 2009. [http://eavis.aftenposten.no/aftenposten/707/archive/demo/?page=4&query="+hjemmebes%C3%B8k](http://eavis.aftenposten.no/aftenposten/707/archive/demo/?page=4&query=) og "Får ikke hjemmebesøk" i Aften 3. april 2009

⁶⁷ [http://eavis.aftenposten.no/aftenposten/625/archive/demo/?page=10&query="+hjemmebes%C3%B8k](http://eavis.aftenposten.no/aftenposten/625/archive/demo/?page=10&query=)
<http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Fleire-vil-rett-heim-etter-foedsel-839197.html>

⁶⁸ There is a logical explanation for the short post natal care in Dutch hospitals; kraamzorg. This is a maternity care assistant and the envy of many a woman outside of Holland. This type of maternity care is pretty much unique to The Netherlands. For at least a week after the birth professional help is on hand. During a home birth the maternity care assistant supports the midwife and after a hospital birth the maternity care assistant is on your doorstep within hours of leaving hospital. If your baby is born at night expect an overnight stay in hospital as the kraamzorg service is not available after hours. <http://www.expatica.com/nl/family/kids/Maternity-matters--What-to-expect-in-the-Netherlands.html?ppager=1>

det fortsatt spesialisthelsetjenesten som har ansvaret og er det naturlige kontaktpunktet i et visst antall dager etter hjemkomst? Selvsagt med lokale løsninger pga avstand.

Forslag til krav:

- Det skal foreligge klare avtaler mellom helseforetak og kommune om:
 - Hvem som har ansvaret når
 - Hvordan og når fødselsmelding og evt. foreløpig melding skal gis (eks. SMS)
 - Hvordan barselavdeling/fødestue skal melde fra til kommunen om familier med særskilte behov
- Helseforetaket kan ikke redusere sitt tilbud, slik som å legge ned poliklinikker og redusere liggetid, uten at kommunen har bygd opp sine tjenester
- Helsestasjon og fastlege skal ha fødselsmelding senest 24 timer etter utskrivning
- Helsestasjon og fastlege skal være tilknyttet Helsenet
- Det skal foreligge avtaler om hvem som har ansvar for transport under barseloppholdet, f.eks. fra kvinneklinikk til lokal fødestue
- Involverte parter skal ha jevnlig møter der organiseringen evalueres og evt. endres.

Inntil alle helsestasjoner er knyttet til Helsenet og gjennom det får fødselsmelding ved utskrivning fra barselavdeling/hotell/fødestue må enheten gi helsestasjon beskjed per telefon – i det minste i tilfeller som krever rask oppfølging. Dette er spesielt viktig der hvor helsestasjonen ikke har vært involvert i svangerskapet eller helseforetaket ikke er involvert i den videre barselomsorgen – dvs. ved kontinuitetsbrudd. Hvis alle helsestasjoner har telefoner/e-postadresser det er mulig å sende sms til kan denne beskjeden sendes fra brukerens egen mobiltelefon under utskrivningssamtalen på sykehuset.

11.2 Krav til bemanning og kompetanse

Før hjemsendelse etter fødsel fra fødestedet skal barnet undersøkes av lege med tilstrekkelig kompetanse. Med mindre mor eller barn har behov for oppfølging av spesialisthelsetjenesten ut over dette, kan familien reise hjem etter at denne undersøkelsen er foretatt. Skal barnelege eller annen lege med tilstrekkelig kompetanse undersøke barnet er det ikke mulig med tidlig hjemreise fra fødestuer og små avdelinger. Vi foreslår i stedet ordninger der familien kan reise hjem, men der de er helseforetakets ansvar fram til barnelege har undersøkt barnet, alle nødvendige prøver er tatt etc. – evt. etter dette også.

Forslag til krav (barselavdeling inkluderer barselhotell):

- Barselavdeling/fødestue og helsestasjon skal ha kompetanse på amming, pumping, morsmelkerstatning og ernæringsmetoder som flaske og kopp
- Barselavdeling/fødestue og helsestasjon skal ha kompetanse på mulige komplikasjoner hos barnet og mor, inkludert mors psykiske helse
- Barselavdeling/fødestue og kommune skal gi barselkvinnen avlastning og hvile når hun trenger det. Ordninger med «husmorvikar», «familieassistent», «barseldoula» og barnepleier hjemme må tilbys ved tidlig hjemreise og for andre med behov.
- Barselavdeling/fødestue skal være døgnbemannet og tilby avlastning og hjelp også om natten.
- Barselavdeling/fødestue skal ha brede nok senger til samsoving, madrasser som ikke forverrer bekkenløsning o.l. plager, samt dekke mors basale behov som mat, drikke, hygiene og hvile. Det skal ikke være nødvendig å ha med seg ledsager på sykehuset for å få dekket disse behovene.
- Barselavdeling/fødestue skal kjenne til hvilke og legge til rette for tiltak som fremmer tilknytning og amming, slik som hudkontakt og ro, bæresjal, samsoving osv.

11.3 System for oppfølging av kravene

I tillegg til tiltak nevnt ønsker vi at Helsetilsynet fører tilsyn med både barselavdelinger og kommunehelsetjenesten. Terskelen for å varsle, rapportere og klage må gjøres lav for ansatte så vel som for brukere. Vi lurer også på hvilke konsekvenser eventuelle brudd på disse kravene vil få.

11.4 Kvalitetsindikatorer

Vi antar at «fullamning» forstås som fullernært på morsmelk, og at begrepet ikke tolkes så strengt som at barnet aldri har inntatt annen føde enn ved å die. (Eks. morsmelk eller morsmelkerstatning på flaske en sjelden gang, litt most banan o.l.).

Hvis det skal være en kontakt fra helsestasjon først innen 72 timer etter utskrivning, *må* familien vite hvor de skal henvende seg ved eventuelle spørsmål fram til de blir kontaktet. Vi ønsker også at de blir informert om at terskelen for kontakt er ekstremt lav. De skal ikke føle seg i veien eller at de er til bry for noen. Dette er spesielt viktig ved utskrivning før helg og helligdager når helsestasjonene er stengt.

I tillegg til nevnte krav forslår vi:

- Antall reinnleggelser av mor og/eller barn, og alvorlighetsgrad på årsaken
- Brukertilfredshet, en minimumscore på standard spørreskjema ved seksukerskontroll. Skjemaet må utformes slik at kvinner som ikke behersker norsk også kan svare, evt. med hjelp.

11.5 Krav til informasjon og kommunikasjon

Familien trenger også informasjon om mulige komplikasjoner som kan oppstå hos mor og barn, og hvordan de skal forholde seg til dem. De bør også få informasjon om hva de kan gjøre hvis det er noe de har opplevd som vanskelig, f.eks. klagemuligheter, gå gjennom fødselen på nytt med jordmor etter noen uker, osv.

Utreisesamtalen må være individuell og ikke i gruppe! Når utreisesamtalen gjøres i plenum mister paret muligheten til å stille intime spørsmål. En gruppesamtale kan vanskelig ivareta taushetsplikt og samtidig gi individuell informasjon/oppfølging. Vi foreslår som standardpunkt i utreisesamtalen at jordmor hjelper bruker med å sende en sms til helsestasjonen (til mobil eller e-post) med navn, fødselsdag og hjemreisedag, hvis ikke fødselsmelding kommer til helsestasjonen innen 24t.

Det bør også foreligge skriftlig informasjon på sykehuset til familiene om videre oppfølging fra helsestasjonen. (...) Oppdatert skriftlig og nettbasert informasjon til brukerne bør foreligge. Her må «bør» endres til «skal».

12 Følgetjeneste og beredskap

Vi minner om Nasjonalt råd for fødselsomsorgs påpekning:

Følgetjenesten har to hovedhensikter. Den ene er å sikre medisinsk faglig forsvarlighet. Den andre er å skape trygghet for den gravide underveis til fødeinstitusjon.⁶⁹

⁶⁹ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-12-2008-2009-/5.html?id=545647>

12.1 Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling

Dersom reisetid til fødested er mer enn 1,5 time skal den fødende vurderes av lege eller jordmor på forhånd med tanke på transportmåte og behov for følge. Vi vil understreke at fleksibiliteten stortingsmeldingen legger opp til bør slå positivt ut for den fødende. Behovet for følgetjeneste bør avgjøres individuelt slik at også kvinner med «kun» en times reisevei får følgetjeneste *ved behov*. Vi vil også påpeke at få kvinner i denne kategorien trenger følgetjeneste, at antallet er noe høyere i gruppen 1,5 – men også der vil mange kunne reise uten følge. I kommuner med få gravide vil behovet for følgetjeneste kun eksistere ved disses termin. Det er også viktig at der hvor helseforetak og kommune vurderer behovet for følgetjenesteberedskap så er det avstanden fra kvinnenens hjem til fødested, og ikke fra kommunesenter til fødested, som skal ligge til grunn for vurderingen. Til slutt vil vi også her presisere at lege skal ha fødselskompetanse. Det er kun helsepersonell har kompetanse på forløsning og gjenoppliving av spedbarn, som er kvalifisert følgetjeneste.

På slike steder skal det finnes lokaliteter der jordmor kan lede fødselen på en tilfredsstillende måte dersom det vurderes at det ikke vil være tid til å transportere den fødende. Dette er en viktig spesifisering. Det må finnes «fødelokaliteter» i tilknytning til kommunalt helsesenter e.l. hvor jordmor kan lede en fødsel det er risiko for transportfødsel. Et slikt rom må være utstyrt for behandling og evt. gjenopplivning av mor/barn, før overflytting til fødeinstitusjon.

12.2 Krav til kompetanse

Etablert beredskap for følgetjeneste i samarbeid med ambulansetjenesten og fødestue må være på plass der det vurderes av de regionale helseforetakene og kommunene at det er behov for en slik tjeneste for å øke tryggheten til gravide og fødende. Fødestuenes tilbud til kvinner som ikke kan eller vil føde der, slik som følgetjeneste er viktig å løfte fram. Disse aspektene må tas med i risiko- og konsekvensanalyser ved evt. nedleggelse.

12.3 System for oppfølging av kravene

12.4 Kvalitetsindikatorer

Tilleggsindikator:

- Antall ikke-planlagte hjemmefødsler og fødsler på sykehjem o.l. ikke-planlagte steder.

12.5 Krav til informasjon og kommunikasjon

Gravide må tidlig i svangerskapet få tilgang til informasjon om fødetilbud, seleksjonskrav, evt. tidlig innleggelse⁷⁰, reisevei og følgetjeneste.

⁷⁰ Ved lange avstander, fare for storm, stengte veier osv. og risiko for transportfødsler kan det være best for den fødende å bli lagt inn, på sykehus eller hotell, i forkant av termin.

13 Perinataalkomiteene

13.1 Lokal komité på foretaksnivå

Nytt tilleggspunkt: Alle reinnleggelser av mor eller barn

13.2 Regional perinataalkomite

Medlemmer må avlønnes for møtedeltakelse dersom møtene finner sted utenom arbeidstid. Vi tror at en bedre løsning er at medlemmene får avsatt tid til dette arbeidet i sin normale arbeidstid. Dvs. at de ikke må jobbe ekstra når de sitter i komiteen.

13.3 Nasjonal perinataalkomite

Som over, medlemmer som arbeider i helseforetak bør få frigjort tid, andre bør få betalt for møtetid og møteforberedelse.

14 Medisinsk fødselsregister

Vi antar at også Datatilsynet bør konfereres når det gjelder data fra de minste enhetene, av personvernshensyn..

15 Forslag til informasjon til brukere av tjenesten

Dette burde vært et vedlegg. Kravet må være at det skal foreligge informasjon:

- elektronisk
- trykt
- muntlig (eks. gruppeopplegg for funksjonelle analfabeter)

At informasjonen skal:

- vektlegge det normale, at informasjon om vanlig fysiologisk fødsel, smertemestring og smertelindring kommer først – keisersnitt etterpå
- være tilgjengelig for alle store språkgrupper
- bestå av en felles del, lik over hele landet, og en lokal tilpasset del