

Problemnotat:

Nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

24. september 2007

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	2
2. Situasjons- og problemforståelse	3
3. Brukerperspektivet	4
4. Ikke-vestlige kvinner.....	6
5. Svangerskapsomsorg	6
5.1. Faglig kvalitet i oppfølgingen av risikogrupper	7
5.2. Kontinuitet	8
5.3. Kontinuitet på systemnivå: Samarbeid og rolledeling.....	8
5.4. Kapasitet i jordmortjenesten	11
6. Transport av fødende	12
7. Fødselsomsorg	13
7.1. Struktur i fødselsomsorgen.....	13
7.2. Differensierte fødselsomsorg i større fødeavdelinger.....	17
7.3. Samhandling i fødselsomsorgen.....	18
7.4. Kapasitet i fødselsomsorgen	19
8. Barselomsorg.....	19
9. Utdanning og kompetanse	21
10. Rekruttering av fagpersonell.....	22
10.1. Rekruttering av fødselsleger	22
10.2. Rekruttering av jordmødre	23
11. Kvalitet og monitorering.....	23
12. Lære av uheldige hendelser	25

1. Innledning

Norge er et av verdens tryggeste land å føde i. Allikevel er det flere forhold som taler for at svangerskaps-, fødsels og barselomsorgen kan forbedres på en del viktige områder, og at det ikke har lyktes i å skape den nødvendige tillit i befolkningen til at tilbudet er trygt nok, tilgjengelig og av høy faglig kvalitet. Det har vært bekymring og uro rundt fødetilbudet i distriktene. Fra gravide og fødende har det vært hevdet at tjenesten fremstår som fragmentert og lite sammenhengende. Statens helsetilsyn beskriver i Tilsynsmeldingen for 2006 områder med tegn til kvalitetssvikt i fødselsomsorgen.

Arbeidet med en strategi for en helhetlig svangerskaps-, fødsels og barselomsorg startet opp våren 2007. Målet med planen er en faglig god svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, der man sikrer nærhet til fødetilbudet. Tjenestene skal være i tråd med moderne fagutvikling og ny forskning, ha høy kvalitet og samtidig sikre en god utnyttelse av ressursene.

I arbeidet med strategien er det lagt opp til en bred og involverende prosess. Før sommeren hadde Helse- og omsorgsdepartementet møter med representanter for brukerne, helseforvaltningen og fagorganisasjoner. Det ble avholdt et arbeidsseminar med deltakelse fra alle disse aktørene 30. mai. Den 7. september ble det gjennomført et dialogmøte vedrørende tjenestetilbudet til innvandrere.

Problemnotatet som nå legges frem har som formål å sammenfatte kunnskap om status, identifisere problemområdene og sammenfatte problemstillingene som er sentrale for å kunne utarbeide en fremtidsrettet strategi. Forslag til tiltak vil bli drøftet i problemnotatet, som vil bli sendt på en innspillsrunde. Det er viktig å understreke at problemnotatet er en del av en pågående prosess, og at man fra departementets side har vært forholdsvis konkret og direkte i å skissere utfordringer og mulige tiltak for å gi grunnlag for konstruktive innspill. Dette må ikke oppfattes som endelige oppfatninger om hva som er de relevante tiltakene, men like mye som invitasjon til konkrete vurderinger og forslag. Det vil bli avholdt et høringsmøte 16. oktober 2007. I tillegg vil det bli avholdt nye møter med representanter for de ulike fag- og interesseorganisasjoner og helseforvaltningen i løpet av høsten.

Den beskrevne prosessen vil legge grunnlag for utarbeidelsen av selve strategien. Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt Råd for fødselsomsorg er faglige rådgivere i arbeidet. Et høringsutkast til strategi for helhetlig svangerskaps- fødsels og barselomsorg skal ferdigstilles i desember 2007 og deretter sendes ut på høring vinteren 2008.

Departementet ber særskilt om tilbakemelding på følgende punkter

- Er faktabeskrivelsene korrekte?

- Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?
- Er det lagt vekt på de mest sentrale problemstillinger / utfordringer?
- Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene og hva er synspunktene på de forslag som er spilt inn?
- Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttet?
- Er det andre forhold som bør omtales (for eksempel om det er tatt tilstrekkelige hensyn til personvern)?

2. Situasjons- og problemforståelse

Problemstillinger omkring svangerskaps-, fødsels og barselomsorgen er blant annet knyttet til følgende forhold:

- Kontinuiteten mellom svangerskaps-, fødsels og barselomsorgen er ikke god nok.
- Det kan synes å være en motsetning mellom brukernes forventninger til rammene rundt svangerskap, fødsel og barseltid som sentrale livshendelser, og helsevesenets plikt til å prioritere ressurser.
- Tjenestene tar i for liten grad i bruk tilsynsrapporter i forbedringsarbeid. Dette er en utfordring både for fagmiljøene og for ledelses- og eiernivået.
- Det er indikasjoner på at tilbudet innen svangerskaps- og fødselsomsorgen ikke er likeverdig. En gjennomgang av dødfødsler i Oslo og Akershus perioden 1998-2003 viser at kvinner med opprinnelse utenfor Vest-Europa, Nord-Amerika og Australia hadde økt risiko for dødfødsel og svikt i fødselsomsorgen.
- Det er mange yrkesgrupper som har en rolle i svangerskaps- fødsels og barselomsorgen. De enkelte yrkesgruppers rolle i hele eller deler av prosessen er ikke godt nok avklart. Det er et spørsmål om det foreligger en underliggende profesjonsproblematikk.
- I følge retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2005) skal den gravide kunne velge om svangerskapskontrollene skal foregå hos lege eller jordmor. Det har vært hevdet at valgfriheten ikke er reell på grunn av for lav kapasitet i jordmortjenesten. Det kan stilles spørsmål ved om systemet er godt nok formidlet og forstått av brukerne.
- Samarbeidet mellom allmennlege, fødselslege, jordmor og helsestasjon i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen kan forbedres. Dette samarbeidet bør legges opp på en måte som gir et best mulig samlet tilbud med god kontinuitet og ressursutnyttelse.
- Ansvaret for følgetjenesten for gravide og fødende og de faglige kravene til følgetjenesten er ikke klart definert.
- Transporttjenesten for kvinner med risiko for fødselskomplikasjoner er enkelte steder ikke tilgjengelig nok, og forventningene til tjenesten ikke godt nok avklart.
- Fødeenheter er viktige i lokalsamfunn som helsetjeneste, men også som trygghetsbase for familier i den fasen hvor de planlegger å få barn, og som arbeidsplass.

- Det er en utfordring å balansere hensynet til nødvendig beredskap og hensynet til god ressursutnyttelse
- Mulighet for smertelindring og tilgjengelig lokal kompetanse til f. eks å utføre keisersnitt dersom det oppstår akutte komplikasjoner er sentrale problemstillinger ved omstillinger av små fødeavdelinger til fødestuer.
- De faglige retningslinjene for fødeinstitusjoner (1997) fra daværende Statens helsetilsyn, som er bekreftet gjennom Stortingsvedtak, setter rammer for fødselstall ved fødeinstitusjoner på forskjellig nivå (kvinneklinnikk, fødeavdeling og fødestue). Disse kravene er satt for å sikre kvaliteten på fødselsomsorgen ved at leger og jordmødre får tilstrekkelig pasientgrunnlag for sin praksis. Mange små fødeavdelinger i distriktene har i dag fødselstall som ligger lavere enn anbefalt i retningslinjene. Ved flere av disse er det samtidig lange avstander og dårlig transporttilgjengelighet til mer spesialisert fødeenhet.
- Rekrutteringssituasjonen for fødselsleger ved mindre fødeavdelinger er vanskelig. Viktige årsaker til dette er hyppige vakter og lite fagmiljø, men også få utdanningsstillinger ved små fødeavdelinger.
- Det har vært hevdet at kapasiteten på fødeavdelinger i storbyene er for liten, og at kvinner ikke får oppfylt kravet om fritt sykehusvalg. Det kan stilles spørsmål ved om dette er et forventningsproblem knyttet opp til forståelsen av innholdet i fritt sykehusvalg eller et kapasitetsproblem.
- Liggetiden i barselavdelinger har gått ned de siste årene. Mange fødeavdelinger har etablert ammeopplæringskurs og andre tilbud for å kunne følge opp barselkvinner og det nyfødte barnet. Ansvarsforholdet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten om oppfølging etter fødselen må avklares.

Dette viser at det innen svangerskaps- fødsels og barselomsorgen er problemstillinger på flere områder. Det er tegn som tyder på at brukerne ikke har den nødvendige tillit til at tilbudet er nært og trygt nok. Videre kan det synes som et gap mellom brukernes forventninger til tilbudet og hva helsetjenesten kan levere organisatorisk, beredskapsmessig og innholdsmessig. Det er imidlertid også tegn til kvalitetssvikt og områder der det er nødvendig med en innholdsmessig forbedring. Alle disse forhold, og samspillet mellom dem, må adresseres i det videre arbeidet.

3. Brukerperspektivet

Det finnes ingen klar og omforent definisjon av hvem som er bruker innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. I snever forstand er brukeren den gravide/fødende og hennes barn. På dette området vil imidlertid også partner, familien og befolkningen for øvrig, herunder lokalsamfunnet, ha sterke interesser. Skillet mellom bruker- og borgerbegrepet blir på mange måter utfordret da så å si hele befolkningen vil ha eller innta brukerståstedet gjennom faser i livet.

En fødsel er en av de største begivenhetene i et menneskes liv, og de opplevelsene den gravide/fødende og hennes nærmeste har i svangerskapet og i tiden rundt fødselen vil kunne ha stor betydning for familiens trivsel og mestringsevne. En graviditet, fødsel og barselperiode vil kunne forløpe som en naturlig hendelse hvor sykdomsperspektivet er

helt fraværende, men kan også innebære akutt og dramatisk sykdom som stiller de høyeste krav til akuttberedskap og kompetanse. Forventningene til svangerskapet, fødselen og barseltiden som sentral livshendelse kan også være svært forskjellige fra familie til familie. Mange gravide har et ønske om at fødselen som naturlig prosess skal understøttes med minst mulig bruk av spesialisert overvåkingsutstyr, medikamenter og lignende, mens andre er mer opptatt av nærhet til medisinsk ekspertise og tilgang til et bredt spekter av smertestillende tiltak.

Legkvinnekonferansen om fødsels- og barselomsorgen arrangert av det daværende Statens Helsetilsyn i 1999, hadde som formål å samle erfaringer fra en bredt sammensatt gruppe kvinner til et felles budskap til helsemyndigheter og politikere. Konferansen samlet seg om fem hovedbudskap:

- Bedre kontinuitet og sammenheng
- Fagliggjøring av helsepersonelllets lytteevne og -vilje
- Rutiner og redskap for individuell oppfølging
- Trygghet – medisinsk sikkerhetsnett og nærhet,
- Økonomi, ressurser og regnestykker

Trygghet og nærhet er sentrale brukerkrav til helsetjenesten generelt. Brukeres trygghet er knyttet til risiko for uønskede feil og hendelser i helsetjenesten, men også til forutsigbarhet og kontinuitet. Raske omstillinger vil utfordre tryggheten, noe som er demonstrert i flere omstillingsprosesser knyttet til fødselsomsorgen. Mangel på samhandling både innad i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og mellom nivåene er en utfordring for helsetjenesten generelt, og er også en utfordring innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Det kan synes å være en motsetning mellom brukernes forventninger til rammene rundt svangerskap og fødsel på den ene siden, og helsetjenestens prioriteringer med utgangspunkt i alvorlighetsgrad og kost-nyttevurderinger på den andre siden. Et eksempel kan være motsetningen mellom den fødendes rett til fritt valg av fødested og kravet til helseforetakene om god kapasitetsutnyttelse. Det kan også være en motsetning mellom brukernes forventninger til beredskap for uventede hendelser ved en fødeenhet og hva det er lagt opp til fra tjenestens side. Videre kan det være en motsetning mellom hva som vurderes som nødvendig lengde på barseloppholdet ut fra et medisinsk perspektiv, og hva som er et ønsket omsorgstiltak for å sikre nybakte foreldre en god start på ny tilværelse. Omstillingsprosesser både i hovedstaden og i distriktene har fått kritikk for å ikke involvere brukere i tilstrekkelig grad. Det er derfor grunnlag for å oppsummere at det på enkelte områder ikke har lyktes å skape den nødvendige tillit og dialog mellom brukere av tjenestene og helsemyndigheter og tjenesteutøvere.

Mulige tiltak

- I arbeidet med utforming av standarder, retningslinjer og behandlingslinjer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen (nasjonalt/regionalt/lokalt) må det

sikres god brukermedvirkning (av brukere i bred forstand), for eksempel ved representasjon i arbeidsgrupper, gjennom høring mv..

- Det skal sikres god informasjon om tilbudet innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen på alle nivåer, herunder informasjon om fritt sykehusvalg og fødende.
- Det etableres et nytt nasjonalt råd for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg med hovedformål å være arena for dialog mellom brukere (i bred forstand), representanter for tjenestene og helseforvaltningen. Dette vil innebære en endring i forhold til formålet til det nåværende Nasjonale råd for fødselsomsorg, som er av mer faglig karakter.

4. Ikke-vestlige kvinner

En gjennomgang av dødfødsler i Oslo og Akershus perioden 1998-2003 viser at kvinner med opprinnelse utenfor Vest-Europa, Nord-Amerika og Australia hadde økt risiko for dødfødsel og svikt i fødselsomsorgen.¹ Kommunikasjonsproblemer var dokumentert hos 47 % av ikke-vestlige kvinner, tolk ble benyttet hos 29 %. Ikke-vestlige kvinner fulgte råd fra helsepersonell i mindre grad enn vestlige.

Av forhold som i særlig grad stiller krav til språk- og kulturkunnskap er problemstillinger knyttet til fosteraktivitet, fostervekst, vannavgang, blødninger, psykiske problemer, vold, diabetes og svangerskapsforgiftning. For å sikre at risikofaktorer fanges opp, og at den gravide forstår den informasjon som gis om tiltak som bør iverksettes, må man sikre nødvendig kommunikasjon mellom helsepersonellet og den gravide. Tolketjenester er et viktig hjelpemiddel for å sikre dette.

Mulige tiltak

- Økt bruk av tolk både i svangerskaps- og fødselsomsorgen.
- Øke kapasiteten og kvaliteten innenfor tolketjenesten.
- Vurdere tiltak for å sikre tilgjengelige telefontolker hele døgnet.
- Søke å øke kunnskapsnivået blant helsepersonell om kulturelle faktorer.
- Egne tiltak for "minoritetsgravide" ved helsestasjoner og sikre informasjon om tilbudet til de aktuelle gruppene.
- Sikre økt oppmerksomhet omkring behovene til ikke-vestlige kvinner, blant annet ved at opprinnelsesland utenfor Vest-Europa vurderes som risikofaktor på helsekortet for gravide, som blant annet bør følges opp med økt konsultasjonstid for de med behov.

5. Svangerskapsomsorg

Med svangerskapsomsorgen forstås det totale tilbudet kvinner får i helsetjenesten gjennom svangerskapet. Svangerskapsomsorgen utgjør et omfattende og viktig

¹ Saastad,E, Vangen,S & Frøen JF: "Suboptimal care in stillbirths – a retrospective audit study". Acta Obstetricia & Gynecologica 2007;86:444-50.

forebyggende helseprogram. Å yte svangerskapsomsorg faller inn under både kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvarsfelt.

Av de viktigste elementene i retningslinjene for svangerskapsomsorgen fra 2005, er:

- Omsorgen skal være brukerorientert.
- Informasjon og støtte til den gravide er en sentral del av omsorgen.
- Svangerskapskontrollene bør utføres av jordmor eller allmennlege, eller gjennom et samarbeid mellom disse to. Kvinnen skal selv velge hvem hun vil gå til, også ved første kontroll.
- Kvinner bør tilbys kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid, hvilket innebærer å møte så få fagpersoner som mulig.

5.1. Faglig kvalitet i oppfølgingen av risikogrupper

Et av hovedformålene med svangerskapsomsorgen er å identifisere risikofaktorer, dvs. alle faktorer av både fysisk, psykisk og sosial karakter som kan ha betydning for morens og fosterets helse. Identifisering av risikofaktorer tilsier ekstra svangerskapskontroller med ny vurdering og/eller iverksetting av ytterligere tiltak, som for eksempel at andre personellgrupper i primærhelsetjenesten og i kommunen trekkes inn eller henvisning/overføring til spesialisthelsetjenesten. Retningslinjene for svangerskapsomsorgen beskriver risikofaktorer og vektlegger at tilbudet skal tilpasses den enkeltes behov. De legger imidlertid ikke til rette for en ensartet risikovurdering av gravide og fødende med tilhørende forslag til tiltak. I tillegg kommer at det i dagens helsekort for gravide bare delvis er rom for å dokumentere risikofaktorer og iverksette tiltak, og helsekortet er ofte dårlig utfyllt.

Helsekortet for gravide oppbevares av den gravide selv. Helsekortet skal bidra til å styrke kvinnens innflytelse og bidra til datainnsamling slik at helsetjenestens evne til å imøtekomme kvinnens forventninger til kvalitet kan evalueres. Et hensiktsmessig helsekort bør bidra til pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene ved at påvist risiko tydelig dokumenteres og at tiltak som påvist risiko tilsier, faktisk blir gjennomført. På denne måten vil helsekortet kunne bidra til standardisering av svangerskapsomsorgen og lette implementering av nasjonale retningslinjer. Standardisert risikovurdering forankret i helsekortet vil gjøre det mindre viktig hvilken helsepersonellgruppe som utfører vurderingene.

Mulige tiltak:

- Etablere nasjonale standarder for risikovurdering av gravide og fødende.
- Det vektlegges fortløpende risikovurdering ved hver svangerskapskontroll.
- Risikovurdering i tråd med nasjonal standard bør inngå som en del av helsekortet for gravide og i fødejournalen.
- Helsekortet bør gjøres elektronisk. Det må sikres at dette har et format som gjør det tilgjengelig og brukervennlig for alle gravide.
- Når risiko registreres, bør det være et system for beslutningsstøtte for helsepersonellet i form av at helsepersonellet tilbys og må forholde seg til forslag til tiltak. I helsekortet må dokumenteres igangsatte tiltak i forhold til avdekket risiko.

5.2. Kontinuitet

Det er en målsetning at kvinner skal tilbys kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Som det fremgår av retningslinjene for svangerskapsomsorgen innebærer det å møte så få fagpersoner som mulig. En slik ønsket kontinuitet på individnivå mangler ofte i dag. Det skyldes fremfor alt at svangerskapsomsorgen i hovedsak skjer i kommunehelsetjenesten, mens fødsel og barsel er spesialisthelsetjenestens ansvar. De fleste opplever derfor å møte annet helsepersonell ved fødsel enn i svangerskapet. Kontinuiteten svekkes også av at flere yrkesgrupper deltar i svangerskapsomsorgen. Kvinner kan i dag velge om de vil gå til jordmor, egen fastlege, helsestasjonslege eller fødselslege. Tjenestene fra disse aktørene er ikke alltid godt koordinert.

For å bedre dette har blant annet Jordmorforeningen tatt til orde for at jordmødre skal være ansatt både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Denne ordningen, som er i bruk mange steder, fører til økt kontinuitet både på individ- og systemnivå. Tilsvarende resultat får man dersom kommunene kjøper jordmortjenester i spesialisthelsetjenesten. Også denne ordningen er i bruk flere steder. Full kontinuitet på individnivå er imidlertid vanskelig å oppnå som følge av vaktordninger for personellet og det faktum at tidspunktet for fødsel i liten grad kan planlegges. Det innebærer at man må tenke alternative måter å sikre kontinuitet. En mulighet er å knytte kontinuiteten på individnivå til et team, slik at den gravide er sikret å møte en person hun har møtt før. I tillegg er det viktig med tiltak for å ivareta kontinuitet og helhet på systemnivå.

Mulige tiltak:

- Kommuner med nærhet til fødeinstitusjoner kjøper jordmortjenester av helseforetakene.
- Kommuner og helseforetak samarbeider om stillinger for jordmødre.
- Kommuner og helseforetak samarbeider om å definere et ressursteam rundt den gravide. Dette forutsetter god samhandling og samarbeidsavtaler både internt i kommunehelsetjenesten, og mellom kommuner og helseforetak på tjenestenivå.

5.3. Kontinuitet på systemnivå: Samarbeid og rolledeling

Kontinuitet og kvalitet i svangerskapsomsorg forutsetter et godt samarbeid mellom de faglige aktørene som deltar, og mellom disse og den gravide og hennes familie. De forskjellige faggruppene har overlappende, men allikevel ulik (delvis komplementær) kompetanse og ulike faglige tilnærminger, men overlappende ansvarsområder. Dette kan føre til konkurranse om eierskapet til brukerne og problemstillingene, noe som kan bidra til manglende koordinering, helhet og kontinuitet i tilbudet til den enkelte.

Fraksjoneringen forsterkes av organisatoriske forhold:

- Kommunen skal tilby gravide å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Det er imidlertid opp til kvinnen om hun vil benytte seg av dette tilbudet. Siden tilbudet om svangerskapskontroll ikke er samlet i en tjeneste (ved helsestasjonen – se under), stilles større krav til etablering av formelle faglige retningslinjer og møteplasser for å sikre godt koordinerte tjenester.

- Fastlegene er organisert som selvstendige rettssubjekter. Det kan også jordmødre være. Kommunenes styringsrett overfor private med driftsavtale er mindre enn overfor fast tilsatte.
- Ansvarsdelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skaper en utfordring i forhold til å koordinere tilbudet på tvers av nivåene.

Forskriften om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten pålegger helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inklusiv den kommunale svangerskapsomsorgen, å ha rutiner for samarbeid med fastlegene, andre kommunale tjenester, tannhelsetjenesten, fylkeskommunen og spesialisthelsetjenesten. Det anbefales at samarbeidsrutiner foreligger skriftlig. En kartlegging av jordmortjenesten i 2003 viste imidlertid at fire av ti kommuner manglet rutiner for å evaluere samarbeidet i svangerskapsomsorgen.² Bare 41 % av kommunene/bydelene hadde formelle samarbeidsorgan, og i bare 33 % hadde faggruppene inngått formelle samarbeidsavtaler. Samarbeidet mellom faggruppene i svangerskapsomsorgen ble oppfattet å være best i de minste kommunene med under 3000 innbyggere. En av grunnene til dette oppgis å være samlokalisering av flere av faggruppene, samt at det her er lett å ha oversikt over hvem som er rette fagperson å kontakte.

Bedre samarbeid med fastlegene fremkommer i samme undersøkelse som et av de tydeligste forbedringspunktene for jordmortjenesten. Det er blant annet liten grad av erfaringsutveksling mellom jordmor på helsestasjon og fastlegene. Undersøkelsen viser videre at også jordmødre og helsesøstre kan ha overlappende ansvarsfelt og kompetanse.

Det har vært diskutert hvilken rolle fastlegene skal ha i det individrettede forebyggende helsearbeidet som er forankret ved helsestasjonene. Fastlegene har uttrykt et ønske om blant annet å ivareta kontroller av gravide på sin liste. Et argument for dette er fastlegens koordinerende rolle overfor innbyggere på egen liste. Et argument mot er behovet for en fast ansatt lege på helsestasjonen som kan delta i det tverrfaglige arbeidet ved denne. Det var sistnevnte argument som vant frem ved fastlegereformen. Dette understreker det politiske ønsket om at helsestasjonene skal ha en sentral rolle i det forebyggende helsearbeidet i kommunene, herunder i svangerskapsomsorgen, samt oppfatningen om at en måte å oppnå dette, er at de ulike yrkesgruppene samles på helsestasjonen rundt brukerne og oppgavene. Utviklingen i etter innføringen av fastlegeordningen har imidlertid ikke bygget opp under dette. Det blir stadig færre helsestasjoner med en fast tilknyttet lege (helsestasjonsleger).³ I tillegg kommer at også jordmødre i dag kan arbeide privat med avtale, uten tilknytning til helsestasjonen. Når kvinnene i tillegg kan velge hvem de ønsker å gå til, kan helsestasjonens sentrale og koordinerende rolle innenfor svangerskapsomsorgen i praksis bli vanskelig.

² Kartlegging av jordmortjenesten og følgetjenesten. Rapport fra undersøkelse blant helsesjefer og jordmødre i kommunene. TNS Gallup, januar 2004

³ Retningslinjer for svangerskapsomsorgen, Sosial- og helsedirektoratet IS 1179

En undersøkelse fra 2000 viste at det gjennomsnittlige antallet svangerskapskontroller var 12, uten store forskjeller mellom første- og flergangsgravide. Dette er flere kontroller enn det som er faglig anbefalt. Det skal i følge retningslinjene være lav terskel for de gravide for å komme til ekstra undersøkelser, og gravide med spesielle sykdommer eller problemer skal plukkes ut for å tilbys tettere oppfølging. Det er allikevel grunn til å stille spørsmål ved hva som forklarer forskjellen mellom antallet anbefalte og faktiske kontroller. Er dette uttrykk for at mange gravide ut fra faglige vurderinger har behov for ekstra kontroller, at pasientenes ønsker er i strid med faglige anbefalinger, at jordmødre og leger ikke forholder seg til de faglige retningslinjene, eller for at manglende koordinering og samarbeid fører til ekstra kontroller som ingen egentlig ser som ønskelig? I vurderingen av behovet for antall kontroller er det nødvendig med en bred og åpen prosess der de gravide får mulighet til å fremlegge sine behov for trygghet og ivaretagelse. Det er viktig at antallet kontroller tilpasses den enkelte kvinnes/families behov. Dersom antallet kontroller imidlertid er et uttrykk for manglende koordinering og samarbeid, vil bedre samhandling både gi mer helhetlige tjenester for brukerne og bedre bruk av samlede ressurser innenfor helsetjenesten.

De gravidens valgfrihet, samt helsepersonellgruppens komplementære kompetanse, taler for videreføring av de overlappende roller som i dag finnes. Det er imidlertid ønskelig, for å sikre kvalitet, at aktørene samles rundt brukerne og deres behov. En måte å bidra til dette på, er å rette oppmerksomheten mot faggruppens særlige kompetanse og egenart (faglige styrke), og derfor hvordan de kan utfylle hverandre for å skape en faglig sett best mulig tjeneste for brukerne. I denne sammenheng vil det også måtte tas hensyn til hva som er mest hensiktsmessig bruk av samlede ressurser. I så måte er det grunn til å stille spørsmål om hva som er optimal bruk av fødselslegenes fagkompetanse. Den gravide kan i dag velge å gå til kontroll hos en fødselslege. Det er imidlertid ikke i samsvar med de faglige retningslinjene at fødselsleger deltar i svangerskapsomsorgen for gravide med normale svangerskap.

En annen måte å bidra til at aktørene samles rundt brukerne og deres behov, er å oppgradere helsestasjonenes rolle i svangerskapsomsorgen. Samlokalisering av deltakerne i svangerskapsomsorgen legger til rette for koordinering og tverrfaglig samarbeid, og gjør det enklere for brukerne, som får ett sted å forholde seg til.

Alle som yter helsetjenester skal, i følge lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. I en internkontroll inngår blant annet å utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner og rutiner. Dette betyr i praksis at det er kommunenes ansvar å sikre at prosedyrer og rutiner for samarbeid mellom aktørene i kommunehelsetjenesten, både fast ansatte og private med driftsavtale, som deltar i svangerskapsomsorgen, er etablert. I tillegg har de private tjenesteytere et selvstendig ansvar for egen virksomhet.

Mulige tiltak:

- Vurdere tiltak for å styrke helsestasjonenes rolle innenfor svangerskapsomsorgen.
- I den enkelte kommune bør det inngås lokale samarbeidsavtaler mellom leger og jordmødre om svangerskapsomsorgen. Avtalene bør sikre etablering av felles fagfora og felles faglige retningslinjer tilpasset lokale forhold. Det bør herunder utformes lokale behandlingslinjer for gravide og fødende med ulik risiko, som blant annet beskriver hvilke faggrupper som skal være involvert og deres rolle (med utgangspunkt i deres kompetanse og interesser). Ideelt sett bør også fødselsleger være part i avtalen og deres rolle beskrives. Avtalene bør sikre felles informasjon til brukere i kommunen om tilbudet innen svangerskaps- og barselomsorgen.

5.4. Kapasitet i jordmortjenesten

Jordmortjenesten er en obligatorisk del av kommunehelsetjenesten. Kommunene kan organisere jordmortjenesten ved å tilsette personell i kommunale stillinger, eller ved å inngå avtale med privatpraktiserende personell. Det ytes trygderefusjon for svangerskapskontroller utført av jordmødre både i privat avtalepraksis og i offentlig virksomhet. Selv om kommunene har frihet til å organisere jordmortjenesten ut i fra lokale behov, er det presisert i rundskriv I-14/95 at helhetlig omsorg best kan gis ved at jordmødrene knyttes til helsestasjonene, og ved at svangerskapsomsorgen skjer i nært samarbeid mellom jordmor, helsestasjonslege og helsesøster.

En kartlegging av jordmortjenesten i 2003 viste at ni av ti kommuner/bydeler hadde tilbud til sine gravide om svangerskapsomsorg hos jordmor på helsestasjon.⁴ Hver tiende kommune/bydel oppga at gravide som ønsket å gå til jordmor ikke fikk tilbud om dette. De viktigste grunnene var mangel på informasjon til de gravide og for lav jordmordekning. I ca. 70 % av kommunene/bydelene var det ansatt bare 1 jordmor. 32 % av kommunene/bydelene hadde inngått interkommunalt samarbeid om jordmortjenesten og 42 % hadde samarbeid med helseforetaket. 87 % av kommunene/bydelen benyttet deltidsstillinger.

Undersøkelsen viste videre at jordmødrene på helsestasjonene brukte det meste av tiden sin til fødselsforberedelse, helseundersøkelser og rådgivning til gravide. Jordmødrene fulgte i liten grad opp brukerne etter fødselen. 73 % av jordmødrene oppga at de arbeidet mye alene og savnet kolleger å snakke med.

Funnene tilsier at kapasiteten innenfor jordmortjenesten ikke er tilstrekkelig. Særlig gjelder det dersom man anser det ønskelig at jordmødrene skal ivareta oppgaver ut over fødselsforberedelse, helseundersøkelser og rådgivning til gravide. Ut fra kvalitetshensyn er det også betenkelig at mange jordmødre opplever faglig ensomhet.

Mulige tiltak:

- Kapasiteten i jordmortjenesten bør økes slik at alle gravide som ønsker det får lik tilgang til jordmortjenester.

⁴ Kartlegging av jordmortjenesten og følgetjenesten. Rapport fra undersøkelse blant helsesjefer og jordmødre i kommunene. TNS Gallup, januar 2004

- Det bør etableres interkommunalt samarbeid om jordmortjenesten.
- Det bør stimuleres til styrking av jordmortilbudet i regi av helsestasjonen.
- Kapasiteten på jordmortjenesten bør dimensjoneres slik at alle gravide og deres partner kan tilbys fødsels- og foreldreforberedende tiltak.

6. Transport av fødende

Det er ikke lovfestet at gravide skal ha følge av kvalifisert personell fra hjemstedet til fødestedet. Kommunene er imidlertid pålagt å sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. I sin begrunnelse for forslaget om lovfesting av jordmortjenesten i kommunene pekte departementet på at "jordmor kan inngå i beredskapsvakter og være kompetent ledsager og fødselshjelper hvis fødsel skjer underveis til sykehus" (Ot.prp. nr. 60 (1993-94)). I behandlingen av St. meld. nr. 43 (1999-2000) "Om akuttmedisinsk beredskap" uttalte Sosialkomiteen at fødende med over 1 times reisevei burde ha kvalifisert ledsagelse til fødestedet.

Det er over 1 times reisevei til fødested fra 39 % av kommunene i Norge.⁵ Fødende i Finnmark må reise lengst for å komme til fødested. I kommuner med over 1 times reisevei til fødested er 27 % avhengig av båt og 17 % av fly. 40 % av kommunene med over 1 times reisevei til fødested hadde i 2003 ingen følgetjeneste, mens 38 % hadde døgnkontinuerlig følgetjeneste. De øvrige 22 % hadde følgetjeneste, men den var ikke kontinuerlig. Under halvparten av kommunene som hadde følgetjeneste hadde en vikarordning. 47 % av jordmødrene oppga at de hadde et organisert samarbeid med ambulansetjenesten om følgetjenesten, mens 42 % samarbeidet med legevakten.

Selv om mange gravide har lang reisevei til fødested i Norge, skjer mindre enn 1 % av fødslene som hjemmefødsel eller transportfødsel.⁶ Trolig er en av forklaringene på dette at en fødsel oftest tar flere timer. I tillegg kommer at gravide med lang reisevei ofte reiser og oppholder seg nærmere fødestedet før fødselen starter, samt at gravide med risiko ofte legges inn i god tid før fødsel for å sikre kontroll med når og hvordan fødselen skjer.

Å sikre at gravide skal ha følge av kvalifisert personell fra hjemstedet til fødestedet, er i dag ansett som et kommunalt ansvar. Dette er i samsvar med at det er primærhelsetjenestens ansvar å sikre trygg overføring mellom primærhelsetjenesten og sykehus, herunder å rekvirere ambulanse når det er behov for det. Det kan imidlertid stilles spørsmål om hvem som har ansvaret for en kvinne som er i fødsel under transport, ettersom fødselsomsorgen er en del av spesialisthelsetjenesten. Det er derfor overlappende ansvarsområder mellom de to nivåene når det gjelder transport av gravide/fødende, noe som taler for et samarbeid om å sikre kompetent beredskap for transport av gravide/fødende til og mellom fødesteder.

⁵ Kartlegging av jordmortjenesten og følgetjenesten. Rapport fra undersøkelse blant helsesjefer og jordmødre i kommunene. TNS Gallup, januar 2004

⁶ Jordmorstyrte fødestuer. Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten nr. 16-2006

I forhold til transportberedskap for gravide/fødende er et sentralt spørsmål hvilken kompetanse som er nødvendig for en faglig forsvarlig tjeneste. Må beredskapen ivaretas av jordmødre, eller kan den ivaretas av legevaktsleger og ambulansepersonale? Det er trolig bred enighet om at det optimale er jordmørkompetanse (med unntak av situasjoner der risikofødsler skjer under transport, da det vil kunne være behov for medisinsk spesialistkompetanse). Mange vil imidlertid også være enige i at det ikke er hensiktsmessig med døgnkontinuerlig beredskap for jordmødre i små kommuner der det fødes få barn årlig. Også slike forhold tilsier samarbeid, både interkommunalt og mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Sjeldne behov kan også tale for mer fleksible løsninger enn døgnkontinuerlig beredskap, for eksempel i form av at det organiseres beredskap rundt tidspunkt der fødsler er forventet, og da i samsvar med den gravides risikonivå. Lokale fleksible løsninger kan også innebære å involvere legevakt og ambulansepersonell i beredskapen. Fordi mange allmennleger og trolig de fleste ambulansepersonell mangler kompetanse i forhold til fødsler, vil slike ordninger kreve kompetansehevende tiltak.

Et sentralt punkt i forhold til transportberedskap er tilgjengelighet for, og regularitet i luftambulansetjenesten lokalt. Hvis regulariteten er dårlig, kan det medføre behov for høyere kompetanse og beredskap lokalt.

Mulige tiltak:

- Samarbeidsavtalen mellom helseforetakene og kommunene bør omhandle beredskap i forhold til transport av gravide og fødende, og beskrive ansvarsforhold og hvordan tjenesten skal være organisert. Disse avtalene bør kunne ivareta også et samarbeid mellom flere kommuner og et helseforetak.
- Jordmødrenes stillingsbrøker og antallet stillinger i kommunene økes slik at kommunene blir i stand til å inngå samarbeidsavtale med helseforetakene.
- Kompetansetiltak bør gjennomføres der andre faggrupper enn jordmødre skal ivareta transport- og følgeberedskap.
- Bør det foretas en avklaring av kommunenes plikt på dette feltet, jamfør at følgetjenesten ikke er lovpålagt, eller er det hensiktsmessig at det her er rom for stor grad av fleksibilitet og lokal tilpasning?

7. Fødselsomsorg

7.1. Struktur i fødselsomsorgen

Soria Moria-erklæringen slår fast at ”Regjeringen vil opprettholde nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Regjeringen vil videreføre arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus, som fremmer styrket kvalitet i pasientbehandlingen.”

Det daværende Statens helsetilsyn fremla i 1997 rapporten ”Faglige krav til fødeinstitusjoner”⁷ hvor det ble foreslått tre kompetansenivåer:

Kvinneklinikker: Minst 1500 fødsler, tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannings og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte

Fødeavdelinger: Minst 400-500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannings og barnelege tilknyttet fødeavdelingen

Fødestuer: Minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog) og avklarte medisinske forhold

Stortinget vedtok, ved behandlingen av akuttmeldingen i 2001, å be regjeringen gjøre Statens helsetilsyns nivåinndeling for fødselsomsorgen gjeldende for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen, samt å opprette et nasjonalt råd for fødselsomsorg. Rådet ble opprettet våren 2002, og fikk i mandat å bistå de regionale og lokale helseforetakene og fagmiljøene i omstillingsprosesser knyttet til et mer desentralisert og differensiert fødetilbud, i tråd med Stortingets beslutning. Rådet skulle videre bistå i annet utredningsarbeid knyttet til svangerskaps- og fødselsomsorg.

De senere år er fødeavdelingene i Lofoten, Mosjøen, Odda, Tynset, Rjukan og Lærdal omgjort til fødestuer. Fødeavdelingene i Lofoten, Tynset og Rjukan ble omgjort før Stortingets behandling av akuttmeldingen, mens avdelingene i Odda, Lærdal og Mosjøen ble omgjort etter 2001. Erfaringene med disse omstillingene har vist at det er viktig med gode lokale prosesser og lokal forankring. I følge tall fra Medisinsk fødselsregister (2006) har 15 fødeavdelinger mindre enn 500 fødsler og 11 avdelinger mindre enn 400 fødsler.

Ved mange av de små fødeavdelingene er det vanskelig å rekruttere fødselsleger i det antallet som er nødvendig for å opprettholde døgkontinuerlig vakt. Enkelte steder har fødselslegene 1-2 delt vakt. Ved flere av de små fødeavdelingene antas det at det ikke er befolkningsgrunnlag for det antallet fødselsleger som er nødvendig for akseptable vaktordninger (4 – 5-delt vakt). Dette henger også sammen med at faget fødselshjelp og kvinnesykdommer er i endring. Mange tilstander og sykdommer som tidligere krevde innleggelse og kirurgisk inngrep behandles nå med medikamenter eller som poliklinikk- og dagbehandling.

Tidligere var det kirurgene på de små lokalsykehusene som var ansvarlige for fødeavdelingene og som utførte keisersnitt. Kirurgene er nå i liten grad involvert i fødselshjelpen. Norsk kirurgisk forening mener i dag at fødselshjelp ligger utenfor kirurgenes kompetanseområde. Kirurger har også vært skeptiske til å være i beredskap for nødkeisersnitt ved fødestuene, delvis fordi det i slike tilfelle ville kunne være uklart hvem som er ansvarlig for å avgjøre når keisersnitt er nødvendig.

⁷ Statens Helsetilsyns utredningsserie 1-97. Faglige krav til fødeinstitusjoner.

Diskusjonene rundt omstillingsprosesser har ofte handlet om hva som er nødvendige krav til kvalitet og kompetanse i et lokalt fødetilbud, spesielt dersom det er lang reisevei til nærmeste fødeenhet som kan ta imot risikofødende. Mulighet for smertelindring og tilgjengelig kompetanse til å utføre for eksempel keisersnitt ved akutte komplikasjoner, har vært viktige problemstillinger.

Den faglige diskusjonen om hva som er tilstrekkelig beredskap for lavrisikofødende har pågått i mange tiår og pågår fortsatt også etter de faglige anbefalingene fra Statens helsetilsyn og Nasjonalt råd for fødselsomsorg. Den er blitt aktualisert som følge av økt popularitet for hjemmefødsler og økt satsing på fødestuer. Selv om man internasjonalt har kunnet vise til gode resultater både ved hjemmefødsler (eks. Nederland) og jordmorledede lavrisikoenheter, har det aldri lyktes å oppnå full konsensus i det norske fagmiljøet om hvorvidt det er mulig å selekttere lavrisikofødende med stor nok grad av treffsikkerhet, og om hva som er nødvendig beredskap i en fødeenhet dersom noe skulle gå galt. Siden fødselstallet på fødestuene er lavt (1.5 % av fødslene i Norge) og seleksjonskriteriene for lavrisikofødende er ulike mellom fødeenheter, er det vanskelig å gjennomføre vitenskapelige studier som med sikkerhet vil kunne avklare om risikoen for komplikasjoner er større ved en fødestue enn ved en fødeavdeling.

Når man skal legge opp et fødetilbud for en lokalbefolkning, er det viktig at alle fødende får et kvalitetsmessig godt og tilgjengelig tilbud, ikke bare de 50 % av fødepopulasjonen (kvinner med lav risiko for komplikasjoner) som eventuelt kan føde på en fødestue. Dette betyr at vurderinger vedrørende nødvendig beredskap i lokal fødeenhet, reisevei og transportregularitet må omfatte det totale fødetilbudet for befolkningen.

I rapporten "Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede" fremheves det at den eksisterende tenkningen med stor vekt på en nasjonal sykehusstruktur og en nasjonalt fastsatt ansvarsdeling mellom nivåer, yrkesgrupper og spesialisiteter må suppleres med en tilnærming med mer vekt på samhandling, lokalt tilpassede behandlingsskjeder på tvers av nivåer og sykehus, tidlig diagnostikk for raskt å lede pasienter inn i riktig behandlingsskjede og forpliktende nettverk mellom aktører og nivåer. Dersom man legger denne tenkningen til grunn for hvordan fødselsomsorgen bør organiseres i et lokalsykehusområde, vil det måtte legges større vekt på lokale forhold, faktisk (dokumentert) kompetanse og kvalitet enn på strenge krav til struktur og fødselstall.

En nasjonal rammeavtale for samhandling mellom kommunenes helse- og omsorgstjenester og helseforetakenes spesialisthelsetjenester ble undertegnet i juni 2007. Målet for avtalen er bl.a. å sikre brukere et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Avtalen skal understøtte inngåelse av lokale samhandlingsavtaler. De lokale samhandlingsavtalene mellom helseforetak og kommuner kan danne grunnlag for arbeidet med å utforme trygge og kvalitetsmessig gode behandlingsskjeder for lav- og høyrisikofødende i lokalsamfunnet. I dette arbeidet må man ta hensyn til tilgjengelighet og kompetanse i ambulansetjenesten, luftambulansetjenestens

regularitet, faktisk kompetanse og kapasitet i primærhelsetjenesten og kompetanse og kvalitet i fødeenheten.

Lokale forhold ligger allerede i dag til grunn for at man ved enkelte fødeenheter med lavt fødselstall har valgt å opprettholde beredskap for keisersnitt, for eksempel i Odda og i Kirkenes. Slike enheter kan omtales enten som forsterkede fødestuer eller fødeavdelinger. En forsterket fødestue er jordmorledet og fødselslege eller evt. kirurg tilkalles for keisersnitt dersom det oppstår et akutt behov. Også i en liten fødeavdeling kan jordmor være avdelingsleder, men fødselslegen har en tydeligere ansvarsposisjon. Forskjellen mellom en forsterket fødestue (Odda) og liten fødeavdeling (Kirkenes) kan være vanskelig å forstå for befolkning og brukere, og det kan diskuteres om det er faglig hensiktsmessig å opprettholde et slikt skille.

Kravene til fødselstall på ulike nivåer i retningslinjene fra Statens helsetilsyn hadde som formål å sikre kvaliteten på fødselsomsorgen ved at leger og jordmødre, gjennom et tilstrekkelig pasientgrunnlag, opprettholdt sin kompetanse. Det er imidlertid mulig å opprettholde kompetanse på andre måter, for eksempel ved rotasjon for leger og jordmødre til større fødeenheter, ved krav til leger om å kunne dokumentere oppdatert praktisk erfaring i operativ fødselshjelp osv. Lokale forhold, som avstander og transporttilgjengelighet, vil kunne gjøre det nødvendig å iverksette slike alternative tiltak for å sikre at helsepersonellet har kompetanse til å opprettholde nødvendig beredskap også i fødeenheter med lavere antall fødsler enn anbefalt i retningslinjene.

Opprettholdelse av et godt tjenestetilbud i et land med spredt bosetning og lange avstander stiller særskilte krav til organisering og samhandling mellom institusjoner. Organisering av institusjoner i nettverk kan være et tiltak for å støtte opp under et desentralisert og differensiert tjenestetilbud. I et nettverk vil hver enkelt fødeinstitusjon ha en definert rolle, og organiseringen av nettverket vil kunne understøtte samhandling mellom fødeinstitusjoner og gode pasientforløp. Det regionale helseforetaket kan benytte nettverksorganisering som et virkemiddel for å sikre et helhetlig fødetilbud.

Mulige tiltak:

- De faglige retningslinjene for fødselsomsorgen kan justeres slik at de vektlegger andre tiltak for å sikre kvalitet og kompetanse enn fødselstall ved fødeinstitusjonen. En slik justering krever en bred og grundig behandling og vil måtte underlegges politisk vurdering, jfr. at retningslinjene er bekreftet gjennom stortingsvedtak.
- Det utvikles lokale behandlingslinjer for fødende med ulik grad av risiko, og disse nedfelles i lokale samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner.
- I alle helseregioner bør det være forpliktende nettverk mellom fødeinstitusjoner som tar i mot fødende fra et nærmere definert geografisk område. Forpliktende nettverk mellom aktører og nivåer vil kunne være et godt virkemiddel for å gjøre små fødeenheter mer robuste og styrke kvalitet og sikkerhet. Gjennomgående retningslinjer, felles indikasjoner for når det skal utføres keisersnitt, god informasjonsflyt, felles kurs og trening vil være viktige kvalitetshevende tiltak.

- Det vil være naturlig at nettverk mellom fødeinstitusjoner er organisert rundt en fødeavdeling med høy kompetanse og beredskap for kompliserte fødsler. Nettverket vil kunne gi faglige råd og bidra til ens praksis og god organisering av tjenesten mellom fødeinstitusjonene i nettverket. Det bør være klare kriterier for hvilke gravide som kan føde på de enkelte fødeinstitusjonene i nettverket. En hensiktsmessig funksjons- og oppgavefordeling mellom enhetene i nettverket vil kunne bidra til robuste fagmiljøer og god kvalitet.
- Det er ønskelig at dialogen med kirurgene om å delta i keisersnittberedskap på små lokalsykehus gjenopptas.
- Der lokale forhold (lange avstander, dårlig regularitet på ambulansetjenesten) tilsier at det er nødvendig med keisersnittberedskap på fødeenheter med lavere fødselstall enn anbefalt i retningslinjene fra det tidligere Statens Helsetilsyn, må det kunne dokumenteres at helsepersonellet har den nødvendige kompetanse. Det regionale helseforetaket, som har "sørge-for" ansvaret, har ansvaret for å sikre at den nødvendige beredskap og kompetanse er tilstede.
- Fødselsleger og jordmødre ved små enheter bør ha rotasjonsordninger med større enheter, evt. ha kombinerte stillinger ved små og større fødeenheter.
- Hvis en fødeenhet for eksempel bare har ansatt 2 fødselsleger, bør disse tilbys vikarordninger i helger, ferier og for kurs og kompetansehevende tiltak. Dette bør kunne organiseres i nettverket ved rotasjon fra andre enheter.
- Det må sikres at innleide vikarer på små fødeavdelinger oppfyller kompetansekrav og innretter seg etter gjeldende retningslinjer for hvilke risikokategorier av fødende som skal tas imot ved fødeenheten, indikasjoner for keisersnitt og lignende.
- Mangel på muligheter for smertelindring har vært en innvending mot fødestuer/lavrisikoenheter. En del smertestillende legemidler og teknikker kan gi noe økt risiko for operative forløsninger (dvs. bruk av vakum, tang eller keisersnitt). Fagmiljøene bør utrede hvilke smertestillende tiltak som bør kunne tilbys på ulike nivå og hvordan dette kan organiseres.

7.2. Differensiert fødselsomsorg i større fødeavdelinger

Begrepet differensiert fødetilbud innebærer at helsepersonellet skal tilpasse overvåking og oppfølging av de gravide etter en konkret risikovurdering. Virksomheten må organiseres slik at den både ivaretar normale fødsler og fødsler med økt risiko. Tanken er at jordmødre og leger har ulike oppgaver, og at de kompletterer hverandre slik at den gravide får et kvalitetsmessig godt tilbud. Jordmor har ansvar og kompetanse for den normale fødselen. Legen har ansvaret når fødselen ikke lenger ansees som normal, og det forutsettes da at jordmor og lege samarbeider. Det er opprettet egne lavrisikoenheter ved enkelte sykehus, f. eks. Storken på Haukeland sykehus og ABC ved Ullevål universitetssykehus. Mange fødeavdelinger har såkalt rød og grønn gruppe, hvor grønn gruppe har normale fødsler og er jordmorstyrt, mens rød gruppe tar seg av fødsler med forventet økt risiko.

En forutsetning for at en slik differensiering skal være kvalitetsmessig god, er god faglig kompetanse, korrekt utvelgelse, avklarte ansvarsforhold, god kommunikasjon, tett samarbeid mellom helsepersonell og god samhandling mellom kommune- og

spesialisthelsetjenesten. Det er også viktig at helsepersonellet fanger opp tegn på unormal utvikling og øker beredskapen, evt. innhenter bistand. Statens helsetilsyn har i Tilsynsmeldingen for 2006 påpekt at terskelen for å øke beredskapen i noen tilfelle har vært for høy.

Mulige tiltak:

- Utvikling av et nytt elektronisk helsekort for gravide og samordning av informasjon i helsekortet og fødejournalen vil kunne gi en sikrere risikovurdering og et mer tilpasset tilbud.
- Både leger og jordmødre bør trenes i risikovurdering og ha felles prosedyrer for håndtering av komplikasjoner. Prosedyrene bør omhandle faglige krav og klarlegge ansvarsforhold for de ulike aktører.

7.3. Samhandling i fødselsomsorgen

God kommunikasjon og samhandling mellom de ulike faglige aktørene som deltar i fødselsomsorgen innenfor spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for faglig gode og trygge tjenester. Dette gjelder ved normale fødsler der alt forløper som forventet, men i enda større grad når det oppstår akutte situasjoner der både mors og barns liv kan være i fare. I slike medisinske akutsituasjoner må faglige rutiner og ansvarsforhold være avklart og samarbeidet fungere. God kommunikasjon og samhandling er ikke minst viktig for å avverge akutsituasjoner ved at faresignaler fanges opp tidlig og håndteres på en adekvat måte.

I Tilsynsmeldingen for 2006 beskriver Statens helsetilsyn kvalitetssvikt i form av for eksempel mangelfull observasjon/oppfølging under fødsel, feiltolkning av elektronisk utstyr, manglende innhenting av bistand og for sen intervensjon ved unormal utvikling, samt bruk av uerfarent helsepersonell eller vikarer. Tilsynserfaringene tyder på at kommunikasjon og samhandling *innenfor* spesialisthelsetjenesten ikke fungerer tilfredsstillende, både mellom den fødende og helsepersonellet og helsepersonell imellom. Årsakene til dette kan være flere, både kunnskap/kompetanse, holdninger, fagkulturer og strukturer/organisering, herunder mangelfull internkontroll i form av blant annet mangelfulle retningslinjer og prosedyrer og dermed uavklarte ansvarsforhold (evt. at prosedyrer ikke er tilstrekkelig kjent hos personalet/vikarer). Å utvikle riktige holdninger, sikre adekvat kompetanse (også hos vikarer) og god internkontroll er et ledelsesansvar.

Mulige tiltak:

- Det bør tilstrebes at det opprettes flest mulig felles arenaer for alle yrkesgrupper i fødeavdelingen, både faglig og administrativt.
- Prosedyreverk må samordnes og helst være felles for alle yrkesgrupper, og det bør legges opp til felles kurs og trening.
- Det bør utarbeides behandlingslinjer for de ulike pasientgrupper der rolle og funksjon for alle aktører er nøye beskrevet og der ansvarsforhold er avklart.

7.4. Kapasitet i fødselsomsorgen

Gravide kvinner er omfattet av bestemmelsen om fritt sykehusvalg og kan derfor velge fødested. I hovedstadsområdet har særlig Ullevål universitetssykehus HF og Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF hatt stor pågang av fødende, noe som har skapt kapasitetsproblemer ved disse institusjonene. Dette har skapt debatt om i hvilken grad det er for liten samlet kapasitet innenfor fødselsomsorgen i Oslo-området som følge av at man ikke har tatt hensyn til sentraliseringen av fødsler de senere årene ved utformingen av tilbudet, eller om det er et uttrykk for at fordelingen av kapasiteten på de ulike institusjoner ikke er i samsvar med brukernes ønsker, slik at det oppleves som en innskrenkning i retten til fritt sykehusvalg.

Helse- og omsorgsdepartementet avklarte i et brev til Helse Øst i 2006 retten til fritt valg av sykehus ved manglende kapasitet ved ønsket sykehus.⁸ Det fremgår av brevet at fødende har krav på at egen helseregion skaffer et forsvarlig fødetilbud, men at den fødende ikke kan kreve å få føde på et gitt sykehus uavhengig av kapasiteten ved dette. Pasientens rett til fritt sykehusvalg innebærer ikke en plikt, verken for sykehuset eller dets eier, til å bygge ut tilbudet slik at alle som ønsker det, kan få føde ved sykehuset. Selv om de juridiske forhold vedrørende fritt sykehusvalg for fødende er avklart, må det gjøres arbeid i forhold til å avklare og informere om den praktiske betydningen av fritt sykehusvalg for fødende

Mulige tiltak

- De regionale helseforetakene må etablere systemer for å fange opp endret kapasitetsbehov i fødselsomsorgen som følge av demografiske endringer.
- De gravide må få god informasjon om den praktiske betydning av fritt sykehusvalg for fødende.

8. Barselomsorg

Barseltiden regnes ofte for å vare i seks uker. I Norge har det vært vanlig at mor og barn tilbringer de første dagene av barselperioden i sykehus, selv etter normale fødsler. Denne praksis har delvis vært begrunnet medisinsk, ved behovet for å observere mor og barn etter fødselen med tanke på komplikasjoner (f. eks. blødninger og infeksjoner hos mor, alvorlig gulsott hos barnet), men praksis har også vært begrunnet ut fra et forebyggende og sosialt perspektiv (mor trenger å hvile ut og komme i gang med amming).

De siste tiårene har man sett reduksjon av varigheten av barseltiden i sykehus mot 2-3 dager for kvinner som har født ukomplisert. Dette henger først og fremst sammen med at synet på normal fødsel som en naturlig prosess er blitt mer fremtredende, og at medisinsk kunnskap og erfaring tilsier at det ikke er nødvendig med et langt sykeleie etter en normal fødsel. Reduksjonen i liggetid har imidlertid også sammenheng med helsevesenets prioriteringer, der sengekapasitet og ressurser styres mot pasienter med

⁸ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Øst av 29.05.06: "Retten til fritt sykehusvalg i forbindelse med fødsel"

mer alvorlige lidelser. Liggetid på 2-3 dager timer innebærer at kvinner i en del tilfeller reiser hjem før ammingen er kommet godt i gang, og det vil fortsatt være behov for oppfølging av mor og barn etter utskrivelse fra sykehus. Sykehusene har iverksatt tiltak for å møte dette behovet ved å opprette ammepoliklinikker, tilbud om poliklinisk kontakt for blodprøve til nyfødtscreening og eventuell kontroll av gulsott hos barnet, telefon- eller SMS tjeneste fra fødeavdeling for å gi råd til den nybakte familien osv. Enkelte fødeavdelinger har etablert et tilbud om tidlig hjemreise, dvs. at kvinnen reiser hjem innen 24 timer etter fødsel og får ambulant oppfølging fra jordmor eller barnepleier hjemme.

Oppfølging av mor, barn og øvrige familie etter fødselen i kommunehelsetjenesten skjer i dag i det alt vesentlige fra helsestasjonen. Helsestasjonsprogrammet for barn 0 – 5 år anbefaler hjemmebesøk i løpet av de første 2 uker etter fødselen og etablering av barsel-/nettverksgruppe innen 4 uker⁹. Oppfølgingen skjer vesentlig ved helsesøster. Jordmor har tradisjonelt ikke spilt en stor rolle i helsestasjonens oppfølging i barseltiden.

Kortere liggetid i barselavdeling stiller større krav til oppfølging av mor, barn og familie etter hjemkomst enn når mor og barn lå nærmere en uke i barselavdeling. Et sentralt spørsmål er hvordan denne oppfølgingen bør organiseres. Fødsels- og barselomsorgen er i dag en del av spesialisthelsetjenesten. Det kan imidlertid reises spørsmål om ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og mellom helsesøster og jordmor i oppfølgingen av mor og barn den første tiden etter utskrivelse fra sykehus. Bør kommunehelsetjenesten eventuelt ha en større rolle her, for eksempel ha tilbud om intensiv oppfølging av familien de første kritiske dagene etter hjemkomst? Kan kommunehelsetjenesten ha ansvar for nyfødtscreening og kontroll av gulsott, f. eks. ved at dette legges til jordmorsentra eller helsestasjonen? Hvordan skal i så fall oppgavene fordeles mellom jordmor og helsesøster?

Mulige tiltak:

- Det skal legges til rette for en differensiert barselomsorg. Kvinner som har hatt en normal fødsel, spesielt flergangsfødende, skal kunne reise tidlig hjem fra barselavdelingen (4 - 24 timer etter fødsel) dersom oppfølgingstilbudet er godt nok.
- Oppfølgingstilbudet til kvinner som utskrives fra barselavdeling etter normalt barselopphold på 2 – 3 dager, bør også styrkes. Oppfølging kan skje på flere måter, både fra fødeinstitusjonen (ved hjemmebesøk, ammepoliklinikk, telefonkontakt, SMS tjeneste osv) og fra kommunen (hjemmebesøk fra jordmor og/eller helsesøster, åpen tilgang på helsestasjonen, mulighet for å ta prøve til nyfødtscreening, følge opp gulsott og lignende på helsestasjonen).
- Bør kommunehelsetjenesten få en større rolle i denne oppfølgingen enn i dag? Hvordan bør evt. det kommunale tilbudet organiseres?

⁹ Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IS-1154 Veileder, Sosial- og helsedirektoratet, 2004

9. Utdanning og kompetanse

Høy og riktig kompetanse hos helsepersonellet er viktig for å sikre høy faglig kvalitet i helsetjenesten. Fordi både brukernes behov, fagene og helsetjenesten er i kontinuerlig utvikling, må kompetansen stadig justeres i forhold til utviklingen. Dette krever endringer i utdanningene, men også lokale kompetansetiltak for å sikre at de ansattes kompetanse er i samsvar med lokale behov. Dette er et lederansvar, i tillegg til at helsepersonell har et personlig ansvar for å holde seg faglig oppdatert.

Det har innenfor fagfeltet fødselshjelp og kvinnesykdommer skjedd større endringer de senere årene. Innenfor fødselshjelpen stilles det i dag større krav til å beherske teknologisk utstyr enn tidligere. Dette berører både fødselsleger og jordmødre.

Endringer i fødepopulasjonen med betydning for kompetansebehovet er blant annet at de fødende blir eldre, at flere får svangerskapsdiabetes, at flere blir gravide ved assistert befruktning og at det blir flere innvandrere. Alt i alt medfører dette en større andel risikosvangerskap. Alle som utfører svangerskapskontroller må ha kompetanse til å gjennomføre systematiske risikovurderinger, og til å iverksette tiltak i tråd med disse.

Utviklingen i retning av en mer differensiert fødselsomsorg bidrar til behov for mer differensiert kompetanse, ved at kompetansebehovet er avhengig av type fødeinstitusjon. Jordmødre på fødestuer må blant annet ha kompetanse til å vurdere hvilke fødende som trygt kan føde på fødestue (seleksjon), når overflytning til mer spesialisert enhet må skje, og de må kunne bruke vakuüm.

En type kompetanse som gjennomgående synes å være svak i helsetjenesten, er team- og samhandlingskompetanse. Team- og samhandlingskompetanse er en egen form for kompetanse, som i stor grad forutsetter innsikt i helsetjenesten som system, herunder forståelse for de andre leddene i behandlingsskjeden. Behovet for slik kompetanse øker generelt på grunn av økende grad av spesialisering. Innenfor svangerskaps- og fødselsomsorgen er slik kompetanse helt nødvendig dersom man skal oppnå kontinuitet og helhet i tjenesten. Helsepersonellutdanningene har ikke i tilstrekkelig grad tatt inn over seg at kvalitet i dagens helsetjeneste i økende grad forutsetter god samhandling mellom flere aktører, og ikke bare god fagspesifikk kompetanse. En måte å styrke slik kompetanse, er ved gjensidig hospiterings- og rotasjonsordninger. Et annet tiltak er tverrfaglige opplæringstiltak, som blant annet vil innebære at det etableres arenaer der faggrupper møtes og blir kjent med hverandres kompetanse og faglige tilnærming.

Mulige tiltak:

- Styrke kompetansen om risikovurderinger og seleksjon hos alle faggruppene som både jordmødre og allmennleger (de grupper som deltar i svangerskapsomsorgen).
- Styrke kompetansen om behovene til ikke-vestlige innvandrere, og hvordan behovene bør møtes.
- Styrke kompetansen til personell som deltar i transport- og følgetjeneste.

- Styrke team- og samhandlingskompetansen gjennom hospiterings- og rotasjonsordninger, samt gjennom tverrfaglige opplæringstiltak.

10. Rekruttering av fagpersonell

Rekruttering av kompetent helsepersonell er nødvendig for å sikre kvalitet innen både svangerskaps- og fødselsomsorgen. Det er særlig innenfor fødselsomsorgen at det har vært rekrutteringsproblemer, og da spesielt for leger. I tillegg har distriktskommuner hatt problemer med å rekruttere jordmødre.

10.1. Rekruttering av fødselsleger

Det er særlig de mindre fødeinstitusjoner i distriktene (fødeavdelinger og forsterkede fødestuer ved små sykehus) og som har hatt problemer med å rekruttere fødselsleger. Flere steder har man over lengre tid vært avhengig av vikarer. Det som oppgis som mulige årsaker til rekrutteringsproblemene, er hyppige vakter, små fagmiljøer og for liten pasientpopulasjon til at det er nok, og faglig utfordrende nok, arbeid på dagtid.

Av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling sin database over stillinger innen spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer, fremgår at det av 575 stillinger er 410 overlegestillinger og 165 assistentlegestillinger (utdanningsstillinger). Oversikten viser at flere av de små sykehusene ikke har utdanningsstillinger. Enkelte av sykehusene er ikke godkjente utdanningsinstitusjoner (jamfør Legeforeningens oversikt over godkjente institusjoner), men det synes også som om enkelte av de mindre sykehusene som er godkjent, allikevel ikke har assistentlegestillinger. Dette kan skyldes rekrutteringsproblemer, men kan også være et resultat av hvordan RHFene fordeler stillinger. RHFene har et særlig ansvar for deling av legestillinger mellom sykehus og spesialiteter innad i egen helseregion. Få (lav andel) utdanningsstillinger innen spesialiteten, og mangelen på slike stillinger ved rekrutteringssvake steder, kan medvirkende til rekrutteringsproblemer.

Flere forhold er viktige for rekruttering, blant annet faglige forhold som mulighet for egen faglig utvikling og forskning. Dette kan ivaretas gjennom formelle nettverk mellom fødeinstitusjoner som legger til rette for hospiterings- og rotasjonsordninger mellom enhetene, evt. ved at fødselslegene er ansatt/har bistilling ved større sykehus og dermed er en del av et større fagmiljø. I tillegg kommer at jobbmulighet for partner, samt annen tilrettelegging i forhold til familien, kan ha betydning for valg av arbeidssted. Dette tilsier en bred tilnærming til rekrutteringsproblematikken.

Mulige tiltak:

- De regionale helseforetakene bør søke å besette godkjente utdanningsstillinger ved fødeinstitusjoner.
- Det bør vurderes om antallet utdanningsstillinger kan økes.
- Etablering av formelle nettverk mellom fødeinstitusjoner for å sikre muligheter for faglig oppdatering gjennom hospitering/rotasjon på regelmessig basis, evt. at fødselsleger som tjenestegjør ved mindre fødeenheter har deler eller hele sitt

ansettelsesforhold ved et større sykehus, evt. at stilling ved en mindre fødeenheter kombineres med bistilling på mer spesialisert enhet.

- Det etableres vikarordninger for fødselsleger ved små fødeenheter som gjør det mulig at for eksempel to leger har ansvar for en fødeenhet.

10.2. Rekruttering av jordmødre

Enkelte utkantkommuner har hatt problemer med å rekruttere jordmødre. Dårlig kapasitet i jordmørtjenesten synes imidlertid også å skyldes få stillinger og små stillingsbrøker. I tillegg kan små stillingsbrøker medvirke til rekrutteringsproblemer.

Da ordningen med trygderefusjon for privat jordmorvirksomhet for jordmødre med enten driftsavtale med eller stilling i kommunen, ble innført i 2004, ble dette vurdert som noe som ville kunne bidra til bedre rekruttering. Det er usikkert om det har hatt denne effekten. Det er i dag få jordmødre som har driftsavtale med en kommune.¹⁰

Samarbeid mellom kommuner og helseforetak i form av delte stillinger for jordmødre fremholdes som en måte å bedre rekrutteringen. Dette er en ordning som i tillegg bidrar til kontinuitet i svangerskaps- og fødselsomsorgen, og til å styrke og vedlikeholde jordmødrenes kompetanse både i forhold til svangerskap og fødsel.

Faglig trygghet er trolig viktig for rekruttering. Enkelte jordmødre har opplevd faglig utrygghet i forbindelse med omgjøring av fødeavdelinger til fødestuer. Viktig for å skape faglig trygghet i slike situasjoner vil være kompetansehevende tiltak.

Mulige tiltak:

- Økte stillingsbrøker for jordmødrene i kommunene.
- Interkommunalt samarbeid og samarbeid mellom kommuner og helseforetak i form av delte stillinger for jordmødre.
- Kompetansehevende tiltak ved omstillinger.

11. Kvalitet og monitorering

Medisinsk fødselsregister (MFR) er et landsomfattende helseregister over alle fødsler i Norge. Registeret er en del av Nasjonalt folkehelseinstitutt og er tilknyttet Universitetet i Bergen. MFR har vært og vil fortsatt være et viktig virkemiddel for å fremskaffe kunnskap om forhold som har innflytelse på status og utvikling vedrørende svangerskap, fødsel og helsetilstanden hos barn i første leveår.

Medisinsk fødselsregister er etablert i henhold til helseregisterloven og forskrift om medisinsk fødselsregister. Registeret er personidentifiserbart og registrerer data fra alle fødsler og spontanaborter etter 12. svangerskapsuke i Norge.

Formålet med Medisinsk fødselsregister er å:

¹⁰ I følge Den norske jordmorforening gjelder dette kun 1 av landets vel 10 privatpraktiserende jordmødre

1. innsamle og innenfor forskriftens ramme behandle data om fødsler og avsluttede svangerskap i Norge for å overvåke hyppighet av og studere årsaksforhold ved:
 - a. sykdom og dødsfall blant kvinner i forbindelse med svangerskap, fødsel og i barselperioden
 - b. svangerskap og fødsel som kan tenkes å medføre at barn kan bli særlig utsatt for å utvikle fysiske eller psykiske defekter eller funksjonshemninger
 - c. avvikende fødselsvekt, lidelser, misdannelser og skader blant fødte og barn under ett år
 - d. fosterdød og dødsfall blant barn under ett år
2. drive, fremme og gi grunnlag for forskning med sikte på å bedre kvaliteten innen svangerskapsomsorg, fødselshjelp og nyfødtsomsorg ved identifisering og overvåking av kvalitetsindikatorer

Opplysninger i Medisinsk fødselsregister kan, foruten forhold som nevnt i første og annet ledd, behandles til styring, planlegging og kvalitetssikring av tjenesten, utarbeiding av statistikk og til forskning.

Omtrent halvparten av fødeinstitusjonene har nå elektronisk pasientjournal og data overføres elektronisk fra elektronisk pasientjournal til Medisinsk fødselsregister.

Norsk nyfødtmedisinsk kvalitetsregister lokalisert ved Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF er et kvalitetsregister som inneholder data omkring nyfødte barns helse og sykdom og medisinsk behandling og utfall av denne på kort og lang sikt til bruk i kvalitetssikring, kvalitetsforbedring og forskning i norsk nyfødtmedisin. Registret er godkjent som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister administrativt underlagt og finansiert av Helse Sør-Øst RHF. Hjemmelsgrunnlaget for registret er helseregisterloven, personopplysningsloven og medisinsk fødselsregisterforskriften. Nasjonalt Folkehelseinstitutt er databehandlingsansvarlig og Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF er databehandler. Registret drives i et samarbeid mellom Norsk Barnelegeforening, Folkehelseinstituttet og Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Registret har en digital registreringsplattform og har planlagt sammenkobling av alle nyfødtavdelinger via Nasjonalt Helsenett.

Tilbakemeldinger fra brukere har identifisert noen problemstillinger knyttet til bruk av resultatdata fra MFR i klinisk forbedringsarbeid:

- Selv om kvalitetssikring og identifisering og overvåking av kvalitetsindikatorer er nevnt i beskrivelsen av registerets formål, er ikke disse formålene sidestilt med formålene om epidemiologisk overvåking og forskning.
- Registret har lite data fra svangerskapsomsorgen
- I dag tar det relativt lang tid mellom når dataene er samlet inn og når de publiseres. Registeret i sin nåværende form publiserer heller ikke resultatdata for enkeltinstitusjoner som gjør det mulig å sammenlikne avdelinger og som kan brukes i kvalitetsforbedringsarbeid.

- Det har vært en diskusjon knyttet til hvorvidt Medisinsk fødselsregister skal ha funksjonen som klinisk kvalitetsregister eller om man skal åpne for opprettelse av supplerende registre med annen organisatorisk plassering.

Mulige tiltak:

- Forskriften for MFR endres slik at det går tydelig frem at formålet også er å legge grunnlag for klinisk kvalitetsforbedringsarbeid og gi den enkelte institusjon et verktøy for å vurdere sine egne resultater og gi et grunnlag for sammenlikning mellom institusjoner.
- MFR bør utvikles til å bli et kvalitetsregister for hele svangerskaps- fødsels og barselperioden.
- Det bør etableres et styrket samarbeid mellom MFR og aktuelle fagmiljøer for å utarbeide forslag til kvalitetsindikatorer og hvilke data som må registreres for å måle kvalitet av tjenestene.
- Resultatene må publiseres raskt etter at de er registrert. (Hvor raskt?) Alle virksomheter må ha tilgang til egne data.

12. Lære av uheldige hendelser

Fødselshjelp med skade på barn utgjør kun 3 % av Norsk pasientskadeerstatning (NPE) sine saker, men står alene for 20 % av det samlede erstatningsbeløpet (646 millioner kr ved utgangen av 2006). Problemstillingene er ofte knyttet til om kvinnen har fått riktig oppfølging og/eller behandling under graviditeten eller fødselen.

NPE registrerer en rekke data fra alle saker der det blir fattet vedtak om medhold eller avslag i en database. Det bør prioriteres å bruke dette materialet mer aktivt i kvalitetsutvikling -, skadeforebyggings- og pasientsikkerhetsarbeidet. Læring av avvikshendelser som leder til pasientskade, vil først og fremst kunne føre til færre lidelser for pasienter og pårørende, men også til reduserte utgifter til behandling i helsetjenesten og til reduserte erstatningsutbetalinger.

Det er med tilknytning til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etablert Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Aktørene fra fødselsområdet bør søke kontakt med denne enheten for å bli en del av det nasjonale miljøet for kvalitetssikkerhetsarbeid.

Perinatalkomiteene ble opprettet på initiativ fra Helsedirektoratet i 1984 som ett av flere tiltak for å redusere perinatal dødelighet i Norge. Hovedpggavene var å foreta audit av alle perinatale dødsfall og å holde fylkesvise kurs for helsepersonell. Komiteene ble tverrfaglig sammensatt med gynekolog, jordmor, primærlege, barnelege og patolog, senere også neonatalsykepleier. Ved audit av perinatale dødsfall går man gjennom hele forløpet av svangerskap og fødsel og vurderer suboptimale forhold som kan ha bidratt til dødfødsler og dødsfall i første leveuke.

Ansvar for perinatalkomiteene er lagt til de regionale helseforetakene. Per i dag varierer både mandat, struktur og aktivitet, og det er ikke alle komiteer som har audit som en del av mandatet.

Mulige tiltak:

- Vi anbefaler at det gjøres en vurdering av hvorvidt audit fortsatt bør være en del av kvalitetsarbeidet, og hvordan det i så fall bør ivaretas.