

Tilbakemeldingsskjema**Ekstern høring - Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødteintensivavdelinger****Høringsinnspill:**

- Vennligst benytt skjema under (både til generelle kommentarer og kommentarer knyttet til bestemte områder)
- **Frist:** 13. mars 2017

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Navn høringsinstans: | |
| Generelle kommentarer | |
| | |
| Kapittel 1 – God behandling med etisk refleksjon til barnets beste | Kommentarer til anbefalingene |
| 1) Behandling av syke nyfødte bør tilpasses det enkelte barnet, være til barnets beste og inkludere etisk refleksjon og vurdering | |

| Kapittel 2 – Nasjonal organisering av avdelinger for syke nyfødte | Kommentarer til anbefalingene |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Alle helseforetak med kvinneklinikk bør ha en avdeling for syke nyfødte | |
| 2) Avdelinger for syke nyfødte bør inndeles i kategorier basert på sykdomsgrad og behandlingsbehov | |
| 3) Det bør kun være en 3 c avdeling i hver helseregion | <p>Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødtintensivavdelinger</p> <p>Den norske jordmorforening takker for muligheten til å komme med innspill til ny Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødtintensivavdelinger.</p> <p>Den nye retningslinjen skal bidra til å styrke kvaliteten, harmonisere tilbudet i hele landet. Den omhandler hovedsakelig organisatoriske og administrative aspekt og ikke faglige krav for behandling av syke nyfødte.</p> <p>For å sikre god og likeverdig behandling- anbefales i retningslinjen en avdeling i kategori 3C i hver helseregion. Dette innebærer at seks av ti høyintensivavdelinger for nyfødte legges ned og de sykeste nyfødte inklusive de minste premature født før uke 28(ekstrem prematur) sentraliseres til en avdeling i hver helseregion.</p> <p>En nasjonal retningslinje skal bygge på kunnskapsbasert praksis som innebærer at forskning, klinisk erfaring og brukererfaring skal vurderes opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av et forslått tiltak. Samtidig skal dette også sees i lys av verdier, ressursbruk og prioriteringskriterier.</p> <p>I 2004 anbefalte helsedirektoratet at nyfødtavd som behandler premature før uke 28 bør ha et nedslagsområde på 5000 fødsler. (S 8)</p> <p>I helse Vest er det i dag nyfødtintensiv avdeling som behandler fortidligfødte og syke nyfødte, og tilbyr høyspesialisert medisinsk behandling til de minste premature ned til svangerskapsuke 23, både i Stavanger og Bergen.</p> |

Konsekvenser av forslaget fra Helsedirektoratet er at avdelingene slås sammen med tilsvarende avdeling i Bergen.

Stavanger universitets sykehus har i dag ca 5000 fødsler i sitt nedslagsområde og da vi en slik sentralisering stride imot helsedirektoratets tidligere anbefalinger.

Sentralisering har konsekvenser for:

- Familien:
Familier som har fått alvorlig syke eller svært premature barn er ofte i en krise. For de fleste familier vil behov for innleggelse i nyfødteintensiv medføre usikkerhet og bekymring og da betyr nærhet til familie og venner mye.
For den mest sårbare gruppen dvs de alle minste premature, vil trenge intensiv behandling over mange uker. I moderne nyfødtemedisin bor foreldrene over lang tid sammen med sitt barn. Dette er gunstig og for barnets utvikling. Men jo lengre avstander, blir dette ofte vanskelig praktisk.
Eks er det nesten 100 mil mellom Sør- Helgeland og Tromsø, dersom avdelingen i Bodø legges ned.
Det er også en styrke med flere likeverdige avdelinger i et land med lange avstander og et utfordrende klima. Det er heller ikke uvanlig at avdelinger avlaster hverandre når det er fullt på det ene eller andre stedet.
- Rekruttering og beholde fagkompetanse:
Nyfødteintensiv personale har i dag en spisskompetanse på å behandle ekstremt premature barn. Det er en stor fare for at denne kompetanse vil bli vanskelig å beholde og rekruttere i fremtiden. De alle minste premature utgjør en stor del av antall respiratordøgn i en nyfødteintensiv avdeling. Dette gir personale verdifull erfaring som også kommer andre syke nyfødte og større premature til gode.

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Oppsummering: Forslaget til nye retningslinjer vil ha store konsekvenser for de uventet små premature og den behandling som kan være livreddende lokalt. Dnj ser også at forslaget kan føre til økende transport av gravide. Befolkningen i Norge har krav på samme helsetilbud i rimelig nærhet, uansett hvor de bor i landet. I dag er det god kvalitet på de tjenestene som tilbys på de ti nyfødtintensivavdelinger og en har over flere år bygget opp et sterkt forskningsmiljø. I forslaget (s 18) påpekes det også at det ikke finnes studier i Norske nyfødtavdelinger ,som viser en sammenheng mellom volum og kvalitet.</p> <p>Dnj etterlyser derfor kunnskapsbasert praksis som kan underbygge at en sentralisering fra ti til fire 3C nyfødtintensiv er den beste måte å organisere Høyintensivavdelinger for nyfødte.</p> <p>Kirsten Jørgensen Leder, Den norske jordmorforening</p> |
| 4) Kompetansekrav for å oppnå nytt behandlingsnivå | |
| Kapittel 3 – Bemanning og kompetanse ved avdelinger for syke nyfødte | Kommentarer til anbefalingene |
| 1) Bemanningsnorm for avdelinger for syke nyfødte | |
| 2) Nyfødtavdelinger bør planlegge bemanning slik at risiko 3) for personellmangel unngås | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 4) Kompetanse i kategori 2-avdelinger (behandler barn etter uke 32 vanligvis > 1800 g) | |
| 5) Kompetanse i kategori 3a-avdelinger (behandler premature barn fra uke 28.0, vanligvis >1200 g) | |
| 6) Kompetanse i kategori 3 c-avdelinger (behandler alle grupper premature nyfødte) | |
| Kapittel 4 – Kvalitetsindikatorer i nyfødtavdelinger | Kommentarer til anbefalingene |
| 1) Norsk nyfødtmedisinsk kvalitetsregister bør benyttes av alle nyfødtavdelinger og være et register som bidrar i arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer | |
| 2) Det innføres nasjonale kvalitetsindikatorer for nyfødtavdelinger | |
| 3) Regionsforetakene bør følge opp kvalitet i nyfødtavdelingene | |
| Kapittel 5 – Samarbeid mellom behandlingsnivåer i nyfødtmedisin | Kommentarer til anbefalingene |
| 1) Samarbeid om enkelt-pasienter og behandlingsretningslinjer | |
| 2) Samarbeid ved overflytting mellom behandlingsnivåer | |
| 3) Samarbeid om opplæring og forskning | |
| 4) Avdelinger bør samarbeide om pasienter med behov for kompetanse fra nasjonale behandlingssentra | |
| Kapittel 6 – Foreldre er en viktig del av behandlingsteamet for syke nyfødte | Kommentarer til anbefalingene |
| 1) Foreldre bør være en viktig del av behandlingsteamet | |
| 2) Foreldre med kritisk syke barn skal sikres praktisk og økonomisk mulighet til å være sammen med barnet sitt | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 3) Foreldre skal tilbys samtaler med personale utenfor nyfødtavdelingen | |
| 4) Foreldre til syke nyfødte i nyfødtintensivavdeling bør få tilbud om oppfølging av barnets helsetilstand | |