

Høring: Utkast til Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen

Helsedirektoratet ønsker tilbakemeldinger fra høringsinstansene på det faglige innholdet i anbefalingene og retningslinjen som helhet

Der høringsinstansen har innspill er det ønskelig med kort begrunnelse og eventuelt forslag til endringer. Hopp over anbefalinger du ikke har tilbakemeldinger på. Vær oppmerksom på at du har mulighet til å gi generelle kommentarer til slutt i skjemaet.

Tips til utfylling:

- Hvert fritekstfelt har maksimalt 4000 tegn.
- Etter at du har sendt svarene, får du mulighet til selv å lagre svarene dine i PDF-format i din egen filkatalog. Det blir **ikke** sendt automatisk kopi av ditt svar til din e-postkasse.

Kontaktinformasjon:

Toril Kolås, seniorrådgiver, avdeling spesialisthelsetjenester, toril.kolas@helsedir.no

GDPR/Personvern

Hvor lenge vil personopplysninger bevares

Opplysningene vil bli oppbevart i vårt arkiv i tråd med arkivregelverket.

Hvilke typer personopplysninger vil bli samlet inn og brukt

Informasjon du oppgir som for eksempel navn, e-postadresse, telefonnummer etc.

Rettslig grunnlag for behandling av dine personopplysninger

Grunnlaget for behandling av personopplysninger er personvernforordningen artikkel 6 (1) e (utøve en oppgave i allmenhetens interesse). Helsedirektoratet ønsker å få innspill, og trenger da å behandle opplysninger om hvem som har besvart med hjemmel i [Lov om behandling av personopplysninger](#) (lovdata.no) og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5, spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 og folkehelseloven § 24.

Hvem vil ha tilgang til dine personopplysninger

Helsedirektoratet vil behandle personopplysningene. Høringsinnspill vil bli publisert på våre nettsider. Personopplysninger som er taushetsbelagt vil ikke bli publisert.

Dine individuelle rettigheter

Som registrert har du rettigheter. Dette kan du lese mer om i vår [personvernerklæring](#).

Vårt personvernombud

Du kan kontakte vårt personvernombud dersom du har spørsmål om vår behandling av dine personopplysninger. Vårt personvernombud kan kontaktes på følgende e-postadresse: personvernombud@helsedir.no.

1. Jeg godtar behandlingen av mine personopplysninger i henhold til informasjonen gitt ovenfor

- Ja
- Nei

NESTE

Høringen kommer fra: *

- Statlig etat, ombud eller fagråd
- Fylkeskommune/Fylkesmannen
- Kommune
- Helseforetak/RHF
- Fag- og interesseforening
- Universitet/høyskole/kompetansesenter
- Frivillig brukerorganisasjon
- Privatperson
- Annen, se neste spørsmål

"Annen" i forrige spørsmål – spesifiser hvor/hvem høringen kommer fra: *

Skriv inn svaret

Navn på avsender og høringsinstans: *

Lena Henriksen for den norske jordmorforening

Tilbakemelding på anbefalinger per kapittel

Helsedirektoratet ønsker tilbakemeldinger fra høringsinstansen på følgende i anbefalingene i hvert kapittel:

- Er korttekst og utvidet tekst av anbefalingene lettfattelige og tydelige?
- Er praktisk informasjon nyttig og tilstrekkelig?
- Er begrunnelsene for anbefalingene tilstrekkelige til å inngi tillitt til foreslåtte eller anbefalte tiltak?

Hopp over anbefalinger du **ikke** har kommentarer til.

Vær oppmerksom på at du har mulighet til å gi **generelle kommentarer** til slutt i skjemaet.

1' kapittel: Differensiering og seleksjon

1.1 Regionale helseforetak bør legge til rette for et differensiert fødetilbud med tilpasset kompetanse og bemanning

Differensiering skal sikre at den enkelte kvinnen får et tilbud som er tilpasset hennes behov og det er positivt at dette er fremhevet i retningslinjen. Vi merer det må komme mer tydelig frem hvordan differensieringen bør foregå innad i de store helseforetakene. Det er et problem i dagens fødselsomsorg at kvinner som føder, spesielt ved de store kvinneklinikkene, blir utsatt for behandling på et langt høyere nivå enn hva de faktisk trenger. Det er derfor nødvendig å sterkt anbefale at spesielt de store kvinneklinikkene og de store fødeavdelingene bør ha en jordmorstyrt enhet (fødestue) tilknyttet seg. I praksis viser det seg at det er vanskelig å bedrive differensiert fødselsomsorg og oppfylle BEON prinsippet innad i store høyteknologiske fødeenheter.

Under overskriften Begrunnelse s 4:

Under kulepunkt 1 og 3 kommer det fram flotte mål som er videreført fra tidligere (St melding 12, En gledelig begivenhet). Her beskrives differensiering blant annet som det samme som kontinuitet. Det er mulig at det finnes en viss kontinuitet og differensiering ved mindre fødeavdelinger, men det er helt fraværende ved de store. Dersom målet er (kulepunkt 1) en helhetlig og sammenhengende fødselsomsorg med individuell tilnærming så må det ses på hele organiseringen av omsorgen. Det er ikke mulig å få til innenfor de rammer som fødselsomsorgen har i dag.

1.2 Jordmødre og leger bør selektere gravide til fødenivå i tråd med seleksjonskriteriene og i tillegg vurdere individuelle faktorer og behov som har betydning for en trygg og sikker fødselshjelp

Side 5 om praktisk gjennomføring av seleksjon, siste avsnitt: Her savner vi at kvinnen ikke nevnes når seleksjon skal gjøres og i tillegg til at seleksjonen gjøres fortløpende i fødselsforløpet og vi foreslår følgende endring (tilførelse understreket):

Seleksjon gjøres av jordmor eller lege i samarbeid med kvinnen i svangerskapsomsorgen, ved fødselens start og fortløpende gjennom fødselen.

Forslag til tilføyelse (understreket) og utdyping når det gjelder Gravide født utenfor Norge (s. 6)

Å være født utenfor Norge kan betraktes som en risikofaktor i seg selv for uheldige utfall eller en proxy for andre risikofaktorer. Faktorer som kan forklare forskjeller i risiko og utfall inkluderer faktorer som botid i Norge, årsak til innvandring, språklige barrierer, utfordringer med å ta opp en fullstendig anamnese, lav helsekompetanse, mangel på tillit til eller det å være ukjent med helsevesenet, ikke-planlagt fødsel utenfor fødeinstitusjon, få konsultasjoner i svangerskapet, sen første kontakt med helsevesenet i svangerskapet, traumer, lav sosioøkonomisk status, begrenset sosial kapital, diskriminering, høy sykdomsbyrde i områder kvinnen har befunnet seg før innvandring, eller genetiske eller biologiske faktorer, slik som de som er forbundet med opprinnelse fra samfunn med høyt nivå av slektskap

2' kapittel: Bemanningsnorm for jordmødre i fødeinstitusjoner

I tillegg til tilbakemelding på det faglige innholdet, ønsker Helsedirektoratet tilbakemelding om hvilke eventuelle ressursmessige konsekvenser anbefalingen om bemanningsnormen for jordmødre i fødeinstitusjoner kan få.

2.1 Fødeinstitusjoner bør bemannes med et tilstrekkelig antall jordmødre slik at hver enkelt fødende har jordmorhjelp tilgjengelig til enhver tid

Vi er positive til en bemanningsnorm og tenker krav til bemanning kan tydeliggjøres ytterligere. I overskriften mener vi *bør* erstattes med skal. I tillegg at barselkvinne kommer inn i punktet: *Fødeinstitusjoner skal bemannes med et tilstrekkelig antall jordmødre slik at hver enkelt fødende og barselkvinne har jordmorhjelp tilgjengelig til enhver tid.*

Bemanningsnormen er upresis når det gjelder oppfølging av barselkvinner og her bør det tydeliggjøres at jordmødre har hovedansvar for barselkvinner der det ikke er komplikasjoner og for de som trenger ekstra oppfølging. Dette er en viktig presisering for i dag ansettes det stadig flere sykepleiere på barsel grunnet jordmormangel. For å ivareta kvinner og familier på den måten som står i veilederen: *innsatsen fra avdelingen innbefatter viktig arbeid i å veilede, undervise, trygge og støtte foreldre*, trengs det tilstrekkelig med jordmødre på alle barselavdelinger.

Forslag til presisering i punkt fem under bemanningsnorm: *barselkvinner og nyfødte med kompliserte forløp: En jordmor per 2–4 pasient (jordmor-pasient-ratio 0,25-0,5:1)*

Tilføre et punkt seks: *For barselkvinner og nyfødte uten komplikasjoner: En jordmor per 6-8 pasient.*

3' kapittel: Følgetjeneste og døgkontinuerlig beredskap

3.1 Helseforetakene skal sørge for at det organiseres en døgkontinuerlig vaktberedskap og en følgetjeneste for gravide og fødende med mer enn 1,5 timers reisevei fra hjemmet til fødeinstitusjon

Generelt mener vi kapittelet ikke er godt nok begrunnet i forhold til at det foreslås å opprettholde følgetjeneste til kvinner som har mer enn 1,5 timers reisevei fra eget hjem. Nyere forskning fra Sverige

og Norge viser at risikoen for å føde ikke-planlagt utenfor institusjon øker allerede ved 30-60 minutters reisevei. Det er også vist at risikoen for uønskede hendelser som perinatal død, og komplikasjoner som eklampsi og HELLP-utvikling, øker ved mer enn én times reisevei. Vi spør oss om foreslått grense er satt med tanke på mor og barns velferd eller kun med tanke på kostnad ved beredskap, spesielt ettersom jordmødre i utkantkommuner gjerne blir tilbudt små stillinger (ned mot 5% eller ved k pt tjeneste fra nabokommuner) og flere institusjoner blir foreslått sommerstengt eller nedlagt. Vi vil spille inn at kravet til følgetjeneste må endres fra 1,5 times reisevei til 1 time. I tillegg må krav til kompetanse v re: grunnleggende kompetanse/kunnskap i fødselshjelp (jordmor eller lege). Det kan ikke stå at det *fortrinnsvis* skal være jordmor eller lege da dette vil åpne for alternativ som ikke dekker behovene til mor og barn.

Vi foreslår følgende tilførelse (understreket) under punkt Kunnskap og kompetanse i følgetjenesten (side 12; etter følgende tekst: *Lokal tilgjengelighet av tjenesten kommuniseres med gravide slik at kvinnen vet hvem og hvor kontakten til følgetjenesten er 24/7*):

Det er viktig å understreke at årsaker til at kvinner har behov for følgetjeneste kan være komplekse og sammensatte. I tillegg til at enkelte kvinner føder raskt eller har lang reisevei kan utfordringene forsterkes dersom kvinnen eller kvinnens familie mangler tillitt til norsk helsevesen, fødselen i utgangspunktet er planlagt som en uassistert fødsel, kvinnen av ulike årsaker har holdt tilbake informasjon om graviditeten eller ikke visst at hun er gravid, eller i tilfeller der kvinnen ikke kjenner sine rettigheter eller hvem hun skal kontakte ved behov for hjelp. I tillegg understrekes det at oppholdstid i fødeinstitusjon har gått ned de siste årene, og ligger nå på et historisk lavt nivå. Det er ikke uvanlig at kvinner reiser hjem så tidlig som 6-8 timer eller fødsel. Denne endringen i barselomsorgen utfordrer også følgetjenesten ved at kvinner og nyfødte etter hjemreise kan ha et økt behov for akutt hjelp utenfor institusjon sammenlignet med for få år siden.

Videre bør det presiseres at jordmor fortrinnsvis skal følge som ledsager i ambulanse, og ikke kjøre egen bil. Det er begrenset hvilken helsehjelp en jordmor kan tilby dersom jordmor ikke har tilgang til det nødvendige medisinske utstyret og assistansen som følger med ambulansetjenesten. Hvorvidt følgetjeneste er benyttet bør også dokumenteres i Medisinsk fødselsregister (MFR), spesielt med tanke på at det er større behov for denne tjenesten enn for det antall kvinner som faktisk føder ikke-planlagt utenfor institusjon, og da er det viktig å få en systematisk nasjonal oversikt over dette. Eksempelvis kan en kvinne og hennes ufødte barn motta kritisk hjelp i følgetjeneste som kan ha betydning for den videre oppfølgingen i fødeinstitusjon etter ankomst fødeinstitusjon, eller kvinnen kan føde minutter etter ankomst og da har følgetjenesten spilt en viktig rolle selv om kvinnen ikke endte med ikke-planlagt fødsel utenfor institusjon.

Referanser:

 rtqvist, A. K., et al. Association between travel time to delivery unit and unplanned out-of-hospital birth, infant morbidity and mortality: A population-based cohort study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 100(8), 1478-1489.

Engjom, H. M., et al. (2017). Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(2), 210-e1.

Engjom, H. M. et al (2018). Risk of eclampsia or HELLP-syndrom by institution availability and place of delivery—A population-based cohort study. *Pregnancy Hypertension*, 14

4' kapittel: Hjemmefødsel

4.1 Planlagt hjemmefødsel bør følge fastsatte seleksjonskriterier for gravide og overflyttingskriterier for fødende og nyfødte

Vi ber om at teksten i overskriften, og fortløpende der det er aktuelt, om at helseforetak *kan* tilby hjemmefødsel endres til bør. Forskning viser at hjemmefødsel er et trygt fødetilbud og det bør videre være en pasientrettighet å kunne velge hjemmefødsel kostnadsfritt i Norge.

4.2 Jordmor som tilbyr hjemmefødsel, bør inngå samarbeid med nærmeste fødeavdeling eller kvinneklinikk for å legge til rette for god samhandling

Maks 4000 tegn

4.3 Helseforetak kan tilby planlagt hjemmefødsel. Helseforetaket har da det overordnede ansvaret for å sørge for forsvarlig vaktordning, beredskap og nødvendig kompetanse

Maks 4000 tegn

5' kapittel: Fødestue

5.1 Fødestue bør følge fastsatte seleksjonskriterier for gravide

Maks 4000 tegn

5.2 Fødestue bør følge fastsatte overflyttingskriterier for fødende og nyfødt

Maks 4000 tegn

5.3 Fødestue bør planlegges med bemanning, kompetanse og utstyr til å ta hånd om friske kvinner med normale svangerskap og forventet normal vaginal fødsel

Maks 4000 tegn

6' kapittel: Fødeavdelinger

6.1 Fødeavdelinger bør følge fastsatte seleksjonskriterier for gravide

Maks 4000 tegn

6.2 Fødeavdelinger bør planlegges med bemanning, kompetanse og utstyr til å gi fødselshjelp til fødende i tråd med seleksjonskriteriene, i tillegg til friske gravide med forventet normal fødsel

Maks 4000 tegn

7' kapittel: Kvinneklinner

7.1 Kvinneklinner bør motta risikofødende etter fastsatte seleksjonskriterier

Maks 4000 tegn

7.2 Kvinneklinner bør planlegges med bemanning, kompetanse og utstyr til å gi fødselshjelp til risikofødende i tråd med seleksjonskriteriene, i tillegg til friske gravide med forventet normal fødsel

Maks 4000 tegn

8' kapittel: Svangerskap passert termin

8.1 Gravide som har passert termin bør senest igangsettes for fødsel uke 42+0

S 34 vedrørende WHO referanse og igangsettelse for fødsel seneste uke 41+0:

Fra WHO: *RECOMMENDATION 1. Induction of labour is recommended for women who are known with certainty to have reached 41 weeks (greater than or equal to 41 weeks +0/7 days) of gestation (moderate-certainty evidence).*

RECOMMENDATION 2. Routine induction of labour, for women with uncomplicated pregnancies, at less than 41 weeks is not recommended (low-certainty evidence).

Det betyr at induksjon grunnet overtid er tidligst anbefalt i uke 41+0, og at det ikke er anbefalt under 41+0, altså ikke senest 41+0 som det står i teksten i dag.

9' kapittel: Informasjon og pasientmedvirkning når det haster

9.1 Fødeinstitusjonene bør ha rutiner for ivaretagelse av pasientinformasjon og medvirkning når fødselshjelpen haster

Maks 4000 tegn

10' kapittel: Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet

10.1 Fødeinstitusjonene skal ha et system for kontinuerlig forbedring for å forebygge svikt i fødselshjelpen

Vi etterlyser kvalitetsarbeid som koordineres nasjonalt og som bygger på tilfeller av alvorlige utfall hos kvinner eller foster/nyfødt og ikke kun på meldte avvik.

Generelle tilbakemeldinger

Målet med retningslinjen er at anbefalingene bidrar til:

- at gravide opplever en trygg fødselsomsorg og som en del av en helhetlig svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg
- et faglig forsvarlig fødetilbud
- riktige prioriteringer ved at gravide blir selektert til rett fødenivå
- mindre uønsket variasjon i fødetilbud.

I hvilken grad bidrar anbefalingene til denne måloppnåelsen? Vurder på en skala fra 1-5, hvor 1=Svært liten grad og 5=Svært stor grad



Kommenter eventuelt kort vurderingen du har gitt i spørsmålet over

Her kan du gi ytterligere tilbakemeldinger på retningslinjen

Overordnet er et mye om risiko i retningslinjen og vi savner mer fokus på det normale og en presisering at beste effektive omsorgsnivå (BEON) prinsippet er anbefalt i fødselsomsorgen. I tillegg kan retningslinjen tydeliggjøres når det gjelder hensikt og gjennomføring av differensiering. En annen overordnet kommentar er at kvinners medbestemmelse bør komme mer tydelig frem. Vi legger også vekt på våre innspill som gjelder følgetjeneste og at kapittelet ikke er godt nok begrunnet i forhold til at det foreslås å opprettholde følgetjeneste til kvinner som har mer enn 1,5 timers reisevei fra eget hjem.

SEND