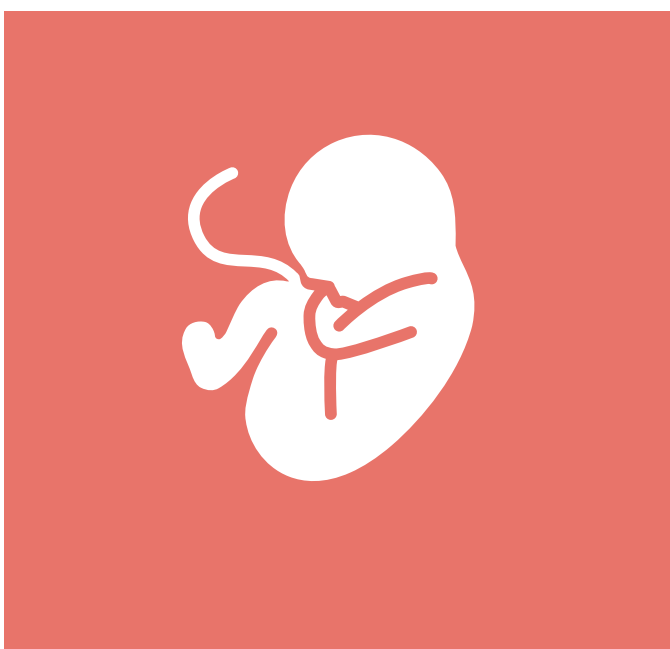


# REGIONAL PLAN

*for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga i Helse Vest 2017–2022*



## Innhold

Samandrag og oppsummering av tilrådingar .....	5
1 Innleiing.....	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Mandat og målsetjing.....	7
1.3 Organisering av arbeidet .....	7
2 Nasjonale og regionale føringar.....	8
2.1 Nasjonal helse- og sjukehusplan .....	8
2.2 Nasjonale fagelege føringar.....	9
2.3 Regionale føringar .....	9
3 Situasjonen for føde- og barselomsorga i Helse Vest i dag .....	10
3.1 Oversikt .....	10
3.2 Svangerskapsomsorga.....	11
3.3 Fødselsomsorga .....	11
3.4 Kvalitet og kvalitetsindikatorar .....	12
3.5 Barselomsorga.....	16
3.6 God Start-modellen .....	19
3.7 Uplanlagde fødselar utanfor institusjon.....	20
3.8 Planlagde heimefødselar .....	21
3.9 Følgjeteneste.....	22
3.10 Pasienterfaringar og brukarmedverknad .....	22
3.11 Nyfødtdintensiv behandling i Helse Vest .....	24
4 Regionalt fagleg samarbeid og sjukehus i nettverk .....	24
4.1 Helse Fonna: samarbeid mellom Haugesund, Stord og Odda .....	24
4.2 Helse Bergen: samarbeid mellom Haukeland og Voss .....	25
4.3 Helse Førde: samarbeid mellom Førde, Lærdal og Nordfjord .....	25

4.4	Samarbeid med kommunane .....	25
5	Bemanning og kompetanse.....	26
6	Fagleg samarbeid i regionen.....	27
7	Svangerskap, fødsel og barseltid i Helse Vest mot 2022 .....	28
7.1	Demografiske endringar fram mot 2022 og vidare.....	28
7.2	Kapasitetsutfordringar og ressursbehov .....	29
8	Oppsummering av forbetningsområde og forslag til tiltak .....	30
8.1	Fødselsomsorga .....	30
8.2	Barselomsorga.....	30
9	Plan for implementering og oppfølging.....	31

## Samandrag og oppsummering av tilrådingar

Behandlinga og omsorga i svangerskaps-, fødsels- og barseltida held høg kvalitet i Helse Vest. Dei gjeldande nasjonale og regionale føringane og retningslinjene er gjennomgåtte, og dei er i all hovudsak implementerte og blir praktiserte i helseføretaka. På enkelte område er det likevel behov for å forbetre og utvikle tenesta, og prosjektgruppa har følgjande tilrådingar:

### Fødselsomsorga

Føretaka må gå nøye gjennom tilbakemeldingane frå perinataalkomiteen og setje i verk tiltak for å førebyggje alvorlege, unngåelege hendingar. Ein må særskilt vurdere om bemanninga er god nok.

Føretaka bør samordne korleis indikatoren om jordmor kontinuerleg til stades så tidleg som mogeleg i den aktive fasen av fødselen skal praktiseras.

Føretaka må gå gjennom rutinane sine og setje i verk tiltak for å møte dei nasjonale faglege kvalitetskrava til fødselsomsorga, særleg når det gjeld hospitering, undervisning og praktisk trening.

For at det skal bli tryggare med heimefødsel, og for at kvinner i større grad skal få vere med og bestemme kvar dei vil føde, bør det greiast ut om sjukehusa skal kunne tilby jordmorhjelp ved heimefødsel. I første omgang bør dette prøvast ut ved Haukeland universitetssjukehus.

Prosjektgruppa foreslår at telefonsamtalar med gravide som ringjer inn til fødeavdelingane for å få råd når dei er i fødsel, blir logga på linje med telefonar til AMK (lagring av lydfiler). Føremålet med ein slik lydlogg er både å kunne dokumentere i ettertid og å lære av erfaringane.

### Barselomsorga

I tråd med dei nye retningslinjene for barselomsorga er det eit mål å gi omsorg av høg kvalitet til barselkvinner og nyfødde barn. Derfor må det sikrast at det finst eit stabilt og døgnbemanna tilbod i kommunen eller i sjukehus der utskrivne barselkvinner kan kontakte kompetent helsepersonell ved akutt sjukdom hos mor/barn eller ved ernæringsproblem hos barnet. Tilbodet om oppfølging av barselkvinner og nyfødde barn heime bør utviklast ytterlegare i samarbeid med kommunane.

Det bør bli registrert og rapportert til Helse Vest årleg kor mange barn som blir fullamma ved utreise, og kor mange barn som blir reinnlagde på grunn av ernæringsvanskar og/eller gulsott.

Det bør bli systematisk registrert årleg kor mange mødrer som blir reinnlagde i sjukehus etter utreise frå barselavdeling på grunn av komplikasjonar som infeksjonar, blodpropp og psykiske lidingar.

Det må vere tydeleg avklart kven som har ansvar for at dei aktuelle prøvane og undersøkingane blir utførte. Det er grunn til å tru at det framover skal takast fleire prøvar, og det vil kunne innverke vesentleg på tidspunktet for utskriving frå føde-/barselavdeling. Til dømes medfører nye retningslinjer for behandling av diabetes og svangerskapsdiabetes at langt fleire barn skal ha blodsukkerkontroll før utreise.

Det bør i endå større grad leggjast til rette for familiebasert omsorg i barselavdelingane. Alle føretaka må ha som mål å oppfylle krava til mor-barn-vennlege-sjukehus.

Det bør etablerast rutinar for systematisk tilbakemelding frå pasientar og pårørande ved hjelp av brukarundersøkingar.

Den vidare utviklinga av samarbeid med kommunehelsetenesta må vere i tråd med nasjonale tilrådingar og nye kvalitetskrav. Her er God Start-modellen i Helse Førde og Helse Fonna eit godt døme på saumlaust samarbeid mellom fødeavdelinga og kommunehelsetenesta.

# 1 Innleiing

## 1.1 Bakgrunn

I 2010 utarbeidde helseføretaka lokale planar for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga saman med dei aktuelle kommunane. Oppdraget var gitt Helse Vest av Helse- og omsorgsdepartementet på bakgrunn av Stortinget si behandling av St.meld. nr. 12 (2008–2009) *En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*.

Dei føretaksvisе planane blei integrerte i *Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga i Helse Vest*, som blei sendt til Helse- og omsorgsdepartementet i 2010.

Den regionale planen har behov for oppdatering, og hovudformålet er å gå gjennom dei nasjonale og regionale krava og føringane som gjeld for dette fagområdet i 2017, og gi tilrådingar om korleis dette helsetilbodet kan forbetrast og utviklast fram til 2022.

Hovudmålsetjinga for planen er å sikre ei framtidsretta, heilskapleg og trygg svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg som held god kvalitet og er i tråd med nasjonale føringar.

## 1.2 Mandat og målsetjing

Det er gitt følgjande mandat for arbeidet:

*Hovudsiktemålet med prosjektet er revisjon og oppdatering av Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga i Helse Vest (2010).*

*Arbeidet skal byggje på ein gjennomgang av gjeldande nasjonale og regionale krav og føringar som er relevante for dette fagområdet. Prosjektet skal gjennomgå og beskrive statusen for fødetilbodet i regionen i lys av desse føringane. Prosjektet skal setje standarden for ei framtidsretta og heilskapleg svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Vest og danne grunnlaget for revisjon og oppdatering av dei føretaksvisе områdeplanane.*

*Prosjektet skal peike på område der det er behov for forbetringar og komme med tilrådingar om kvar det er behov for å gjere tiltak.*

*Som ein del av dette arbeidet skal status for samhandling mellom helseføretaka og kommunane gjennomgåast og beskrivast. Det skal òg gjennomførast ei kartlegging av pasienterfaringar med barselomsorga.*

## 1.3 Organisering av arbeidet

Revisjonen er gjord av ei arbeidsgruppe med deltakarar frå alle føretaka i regionen, brukarrepresentant og konserntillitsvalt. Administrerande direktør i Helse Vest er prosjekteigar og fagdirektørmøtet styringsgruppe. Fagavdelinga i Helse Vest har vore sekretariat.

## 2 Nasjonale og regionale føringer

### 2.1 Nasjonal helse- og sjukehusplan

Store samfunnsendringar fram mot 2030 får konsekvensar for helsetenesta. Nasjonal helse- og sjukehusplan ([www.sjukehusplan.no](http://www.sjukehusplan.no)) skal vere grunnlaget for sjukehusutviklinga. Planen legg vekt på at vi treng både små og store sjukehus også i framtida. Dei skal ha ulike roller og oppgåver, men krava til kvalitet skal vere dei same. Sjukehusa skal arbeide i nettverk, slik at pasienten får den beste behandlinga av kompetent personell uansett kvar dei bur.

#### *Viktigaste mål*

- Styrkje pasienten
- Prioritere tilbodet innanfor psykisk helse og rusbehandling
- Fornye, forenkle og forbetre helsetenesta
- Sørgje for nok helsepersonell og rett kompetanse
- Betre kvaliteten og pasienttryggleiken
- Betre oppgåvedelinga og tenestene utanfor sjukehus

#### *Planen handlar om:*

- Pasienten deltek aktivt i eiga behandling og i utviklinga av helsetenesta.
- Det skal vere mange nok tilsette, og dei tilsette må ha rett kompetanse og bruke tida rett.
- Sjukehusa skal ha ei klar oppgåvedeling og arbeide saman i team.
- Kvalitet utviklar helsetenestene. Vi styrer etter kvalitet.

#### *Pasientens helseteneste* (utdrag av det som er mest relevant for dette tema)

- Helsetenesta er til for pasientane. Det skal vere pasienten si helseteneste, ikkje helsetenesta sine pasientar.
- I pasienten si helseteneste er det *éi* helseteneste. Pasienten merkar ikkje kven som eig, driftar og betaler, det tek systemet seg av.
- For pasienten heng kropp og sinn saman. Slik må det vere i helsetilbodet òg.
- Alle sjukehusa vi har i dag, bør behaldast, men mange bør endrast og utviklast. Små sjukehus kan bli helsesenter, der den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta samhandlar om dei helsetenestene folk treng der dei bur.
- Både kvalitet og nærleik er viktig. Kvaliteten på behandlinga skal ikkje vere avhengig av kven du er, og kvar du bur. Vi treng nasjonale kvalitetskrav.
- Helsetenesta må ha opningstider som passar med kvardagen og arbeidslivet til folk.
- Brukarmedverknad er avgjerande for å skape pasienten si helseteneste.

## 2.2 Nasjonale fagelege føringar

Planen byggjer i all hovudsak på følgjande nasjonale fagelege føringar:

- Stortingsmelding nr. 12 (2008–2009) *En gledelig begivenhet, om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*
- Rettleiaren *Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen*
- *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten – tjenestekapasitet og kvalitet*. Rapport frå Helsedirektoratet 2010 (IS-1815)
- Reviderte retningslinjer for svangerskapsomsorga (2014)
- *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Kunnskapsbaserte retningslinjer for barselomsorga (2013)
- Retningslinjer for heimefødsel: *Svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender* (Helsedirektoratet 2012) IS-2012

## 2.3 Regionale føringar

Helse Vest har det overordna ansvaret for at oppgåvene til helseføretaka blir løyste i samsvar med helsepolitiske mål og prioriteringar innanfor dei økonomiske rammene og ressursane Helse Vest disponerer.

Planen for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga i Helse Vest dannar rammeverket for dei lokale områdeplanane som føretaka skal revidere når den regionale planen er ferdigbehandla.

### *Visjon og verdier*

Helse 2035 er den nye verksemdstrategien for Helse Vest, og utviklinga av pasienten si helseteneste er det berande prinsippet i utforminga av denne. Dette pregar alle delar av aktiviteten til Helse Vest. Pasientbehandling, forskning, opplæring og utdanning er grunnleggjande delar av ansvaret vårt.

Visjonen vår: – Vi skal fremje helse, meistring og livskvalitet!

### *Måla våre*

- Trygge og nære sjukehusenester
- Heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk
- Ein framtidretta kompetanseorganisasjon

### *Verdiane våre*

- Respekt i møte med pasienten
- Kvalitet i prosess og resultat
- Tryggleik for tilgang og omsorg

«Helse 2035» erstattar «Helse 2020», som blei formulert i 2007 og revidert i 2011. Helse 2035 inneheld visjon, mål og strategiar med tiltaksplan. Strategien skal beskrive korleis spesialisthelsetenestetilbodet til befolkninga på Vestlandet skal utviklast innanfor «sørgje for»-ansvaret. Han gjeld for alle føretak og medarbeidarar i Helse Vest.



Samfunnet sine forventingar og pliktene til helsevesenet har endra seg mykje sidan 2011. Nasjonal helse- og sjukehusplan (Meld. St. 11 (2015–2016)) er eit sentralt dokument i dette. Eit førande prinsipp i planen er at innbyggjarane skal sikrast trygge sjukehus og betre helsetenester, uansett kvar dei bur.

Formålet med all aktivitet i Helse Vest er å sørge for at pasientane får eit så kvalitativt godt tilbod som mogleg. Oppgåvene skal løysast på ein måte som sikrar pasientane trygg, effektiv og likeverdig behandling av høg kvalitet. Helsetenestene skal medverke til god helse og livskvalitet og fremje pasientane si eiga meistring.

### 3 Situasjonen for føde- og barselomsorga i Helse Vest i dag

#### 3.1 Oversikt

I 2015 var det i alt 59 058 fødsjar i Noreg, og av desse var 13 343 i Helse Vest (kjelde: MFR\*). Det er nesten kvar fjerde fødsel. Fødslane i Helse Vest er fordelte på seks fødeinstitusjonar – fire kvinneklinikkar og to fødeavdelingar: Helse Stavanger (Kvinneklinikken ved Stavanger universitetssjukehus), Helse Fonna (Kvinneklinikken ved Haugesund sjukehus og fødeavdelinga på Stord sjukehus), Helse Bergen (Kvinneklinikken ved Haukeland universitetssjukehus og fødeavdelinga på Voss sjukehus) og Helse Førde (Kvinneklinikken ved Førde sentralsjukehus). Fødetilbodet ved Odda, Lærdal og Nordfjord sjukehus er dei siste ti åra lagt ned, og det er etablert eit poliklinisk tilbod, God Start, med svangerskapsomsorg, jordmorberedskap for følgjeteneste og barseloppfølging.

Det er ikkje lenger fødestover utanfor sjukehus i Helse Vest, men dei tre God Start-einingane har beredskap for fødsjar når kvinna ikkje kan nå fram til sjukehus i tide. Tolv barn blei fødte ved desse einingane i 2015. I 2016 var dette talet ti.

Det var i alt 78 uplanlagde fødsjar utanfor institusjon i 2015, av desse var 36 transportfødsjar. Vi har ikkje oversikt over kor mange av desse fødslane som var utan assistanse av jordmor. Der det er etablert følgjeteneste, vil jordmor vurdere om kvinna treng jordmorfølgje til fødeavdelinga, og dersom kvinna føder undervegs, vil følgj jordmor assistere henne. I nokre tilfelle rykkjer jordmor ut frå fødeavdelinga med ambulanse til kvinner som er komne for langt i fødselsforløpet til at det er sannsynleg at ho vil nå fram. Det er få kommunar som har etablert eiga vaktordning der kommunejordmor er tilgjengeleg utanom kontortid.

Det er for tida ingen planlagde strukturendringar innanfor fødselsomsorga i regionen.

---

\* Tala for 2016 var ikkje endelege ved rapportavslutning.

Fødsler i Helse Vest 2016	Fødselstal	Uplanlagde fødsler utanfor institusjon
<b>Helse Stavanger</b>	<b>4788 (4823)</b>	<b>35</b>
Stavanger universitetssjukehus	4788 (4823)	35
<b>Helse Fonna</b>	<b>1906 (1917)</b>	<b>11</b>
Haugesund sjukehus	1437 (1447)	10
Stord sjukehus	463 (464)	1
God Start Odda	6	
<b>Helse Bergen</b>	<b>5685 (5725)</b>	<b>40</b>
Haukeland universitetssjukehus	5221 (5260)	39
Voss sjukehus	464 (465)	1
<b>Helse Førde</b>	<b>878 (892)</b>	<b>14</b>
Førde sentralsjukehus	874 (892)	14
God Start Lærdal	0	
God Start Nordfjordeid	4	
<b>Helse Vest RHF</b>	<b>13 257</b>	<b>100</b>
Tabell xx : Fødselstal i Helse Vest 2016. Tala i parentes inkluderer fødsler før kvinna kom til fødeavdelinga.		

Kjelde: Føretaka / Natus fødedataprogram

### 3.2 Svangerskapsomsorga

Svangerskapsomsorga er ei kommunal helseteneste og blir i all hovudsak gitt i eit samarbeid mellom kommunejordmor og fastlege. Der det oppstår komplikasjonar i svangerskapet og/eller dei gravide har behov for spesialisthelseteneste, blir dei tilviste til poliklinisk undersøking og oppfølging ved sjukehusa. Dei aller fleste ultralydundersøkingane for terminfastsetjing o.a. blir utførte ved fødepoliklinikkane i sjukehusa. Det blei i alt utført om lag 60 000 konsultasjonar ved fødepoliklinikkane i Helse Vest i 2016 (kjelde: Helse Vest RHF).

### 3.3 Fødselsomsorga

Rettleiaren *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>) blei utgitt i 2010. Svangerskaps- og fødselsomsorga i Helse Vest held høg kvalitet både i nasjonal og internasjonal samanheng, men det er òg område som kan bli betre.

Fødselsomsorga er differensiert og desentralisert, i tråd med nasjonale krav og føringar. Differensieringa gjeld både mellom sjukehusa og internt i dei to største kvinneklinikkane, som begge har vel etablerte lågrisikoeiningar. Det er klare kriterium for kven som kan føde ved dei ulike fødeinstitusjonane, og kven som skal tilvisast til eit høgare nivå.

Retningslinjene for svangerskapsomsorga (<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalfaglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen>) tilrår at kvinner blir tilbydd kontinuitet gjennom svangerskapet, fødselen og barseltida. Det blir òg tilrådd at omsorga skal vere kulturtilpassa og skreddarsydd til behova til den enkelte kvinna og den enkelte familien, i tråd med kunnskapsbaserte tilrådingar. Rettleiing og informasjon skal gjere kvinnene i stand til å ta informerte avgjerder om si eiga helse og helsa til barnet. Retningslinjene blir for tida revidert og oppdatert.

Ei heilskapleg svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal vere i tråd med verdiane og prinsippa til Verdas helseorganisasjon (WHO):

Omsorga for normale svangerskap og fødsjar bør vere

- demedikalisert
- basert på formålstenleg og nødvendig teknologi
- desentralisert
- kunnskapsbasert
- tverrfagleg
- heilskapleg
- familiesentrert
- kulturtilpassa

Omsorga bør involvere kvinnene i avgjerdsprosessar, og ho bør respektere privatliv, verdigheit og konfidensialitet

### 3.4 Kvalitet og kvalitetsindikatorar

Ein kvalitetsindikator er eit indirekte mål eller ein indikasjon på det området som blir målt. Det kan vere komplisert å tolke kvalitetsindikatorar, og det må gjerast med varsemd. Ulike resultat for ulike indikatorar kan til dømes komme av at sjukehusa har forskjellige oppgåver i fødselsomsorga – det vil ikkje nødvendigvis seie at det er forskjell i kvaliteten. Små sjukehus/fødeavdelingar har langt færre pasientar enn dei store, noko som gir usikre resultat, og ei tilfeldig opphoping av enkelte tilstandar kan gi uforholdsmessig store utslag.

Det er etablert ni kvalitetsindikatorar for fødselsomsorga i Noreg: (<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/graviditet-og-fodsel>)

1. **Erfaringar med fødsels- og barselomsorga:** Viser kva erfaringar kvinner har med fødsels- og barselomsorga ved sjukehus og fødestover i Noreg
2. **Fødsjar utan større inngrep og komplikasjonar:** Viser prosentdelen fødsjar utan større inngrep og komplikasjonar hos førstegongs- og fleirgongsfødande
3. **Tilstanden hos nyfødde barn:** Viser prosentdelen nyfødde barn med Apgar-skår under sju etter fem minutt
4. **Keisarsnitt:** Viser prosentdelen fødsjar som skjer ved keisarsnitt, både totalt hos alle fødande og fordelt på keisarsnitt hos førstegongsfødande (Robson-gruppe 1 og 2 ) og akutte keisarsnitt hos førstegongsfødande utført som strakshjelp
5. **Igangsetjing av fødsel:** Viser prosentdelen fødsjar som blir sette i gang hos alle fødande
6. **Riestimulering under fødsel:** Viser prosentdelen fødsjar der riene blir stimulerte med oksytocin hos førstegongsfødande og fleirgongsfødande

7. **Fødselsrifter:** Måler prosentdelen store fødselsrifter (grad 3 og 4) – det vil seie rifter som òg omfattar lakkemusklene for endetarmen
8. **Dødelegheit i nyføddeperioden:** Viser kor mange barn som døyr 0–27 dagar etter fødselen per 1000 levandefødde barn (neonatal dødelegheit)
9. **Dødfødselar:** Denne indikatoren viser prosentdelen dødfødde per 1000 fødde barn

Helse Vest kjem godt ut samanlikna med gjennomsnittet på dei fleste indikatorane. Når det gjeld keisarsnitt, ligg Helse Vest signifikant lågare enn dei andre helseregionane, og dette er gjennomgåande også bakover i tid. For indikatoren prosentdel første- og fleirgongsfødde utan større inngrep eller komplikasjonar har Helse Vest ein høgare prosentdel utan større inngrep enn dei andre regionane, men forskjellane er små. Indikatoren for pasienterfaringar viste at Helse Vest gjennomgåande skåra lågare enn landet elles, men det er ikkje lett å sjå noko opplagt forklaring på dette (data frå 2009).

I oppdragsdokumentet til Helse Vest 2017 er følgjande krav gjort gjeldande:

*Fødande skal ha ei jordmor hos seg så tidleg som mulig i den aktive fasen av fødselen og til fødselen er over. Avvik skal bli dokumentert i avvikssystemet, og resultatane skal bli brukt til kvalitetsforbetring.*

Denne indikatoren er nedfelt i rettleiaren for fødselsomsorga frå 2010

(<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>):

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

Dette betyr i praksis at når ei kvinne er i aktiv fødsel, skal ho kunne ha jordmor kontinuerleg til stades dersom ho sjølv ønskjer det. Det kan derfor bli behov for auka bemanning. Med aktiv fødsel meiner vi i denne samanhengen at kvinna har regelmessige, smertefulle rier som påverkar livmorhalsen (cervix), og at cervix er open fire cm eller meir. Det er system i fødedataprogrammet Natus\* for å registrere tida jordmor er til stades med den fødande, men foreløpig er det ikkje noka felles oppfatning i regionen av korleis denne indikatoren skal tolkast.

Med unntak av indikator nummer 1 i lista ovanfor er det ikkje utvikla kvalitetsindikatorar for barselomsorga. Det er ønskjeleg at fødeinstitusjonane registrerer kor mange barn som blir reinnlagde på grunn av dehydrering og/eller gulsott, og kor mange mødrer som blir reinnlagde etter utreise frå barselavdelinga.

---

\* Ein bruker medisineringsmodulen i Natus og legg inn «jordmor til stades».

## Trygg fødsel

Trygg fødsel er ein del av Program for pasientsikkerheit i Helse Vest (<https://helse-vest.no/helsefagleg/kvalitet/trygg-fodsel>). Bakgrunnen er at enkelte fødselar får eit uheldig resultat med varig nevrologisk skade og annan fysisk skade hos barnet. På basis av læringsverdien frå saker i Norsk pasientskadeerstatning (NPE), basert på eit doktorgradsarbeid (ref.), var det ønskjeleg å starte eit forbetningsprosjekt som inkluderte risikoreduserande tiltak i obstetrikken. Målsetjinga er å redusere talet på alvorlege fosterskadar og fosterdød med 50 prosent. Prosjektperioden er over, og Trygg fødsel er no implementert ved alle fødeavdelingane i regionen. Det er ulike modellar og sjekklister i dei enkelte føretaka. Innhaldet i tekstboksane nedanfor er ikkje dekkjande for alle føretaka i Helse Vest.

### Målsetjinga for prosjektet

Det overordna målet med prosjektet er å redusere talet på alvorlege fosterskadar og fosterdød.

Den regionale piloten har hatt som mål å innføre sjekklister i ulike delar av fødselen for å kunne identifisere risikoen for feilbehandling av mor og foster så tidleg som mogleg:

1. Ved alle fødselar der oksytocinstimulering blir vurdert, skal ein gå igjennom sjekklista for oksytocinstimulering.
2. Ved alle fødselar der det blir gjort vaginal operativ forløyising, skal ein gå igjennom sjekklista for vaginal operativ forløyising.
3. Ved alle fødselar skal ein ha ei «innsjekking» der viktige opplysningar om fødekvinna skal komme tydeleg fram.

### Dei viktigaste indikatorane i forprosjektet:

Prosessindikatorar:

1. Prosentdel fødselar der sjekklista for oksytocinstimulering er brukt
2. Prosentdel fødselar der sjekklista for vaginal operativ forløyising er brukt

Resultatindikatorar:

1. Dagar mellom nyfødde med Apgar < 7 etter fem minutt (Apgar5'<7).
2. Dagar mellom nyfødde med metabolsk acidose
3. Talet på barn som er fødde med umbilical aPH < 7.0 per månad)

## Perinatalkomiteen

Perinatalkomiteen i Helse-Vest har vore i drift sidan januar 2004. Det totale fødselstalet i Helse Vest er så stort at den regionale komiteen har funne det mest tenleg å dele arbeidsoppgåvene på to arbeidsgrupper: éi som dekkjer Helse Bergen og Helse Førde, og éi som dekkjer Helse Stavanger og Helse Fonna.

Den regionale perinatalkomiteen skal overvake og bidra til god kvalitet på fødselsomsorga i Helse Vest. Perinatalkomiteane blei oppretta som ei oppfølging av *NOU 1984: Perinatal omsorg i Noreg*. Opprettinga var eitt av ei rekkje tiltak for å betre kvaliteten på svangerskaps- og fødselsomsorga.

Den regionale perinataalkomiteen i Helse Vest skal overvake og kvalitetssikre fødselsomsorga i regionen. Komiteen skal legge nasjonale og regionale retningslinjer til grunn for arbeidet sitt.

Komiteen skal vere eit viktig ledd i det samla arbeidet med å kvalitetsutvikle tenestene i helseregionen. Komiteen er eit ledd i den interne kvalitetssikringa av tenestene og er skild frå tilsynsmyndigheitene.

Komiteen skal

- rutinemessig gå igjennom perinatale dødsfall og barn fødde med låg Apgar-skår i regionen for å vurdere om andre tiltak kunne ført til betre resultat
- på bakgrunn av erfaringsmaterialet føreslå forbetring av svangerskaps- og fødselsomsorga
- sørge for erfaringsoverføring ved å arrangere kurs for helsepersonell i spesialhelsetenesta og primærhelsetenesta

Perinataalkomiteen gjennomfører kvart år eit dagsseminar. Seminaret er godt besøkt av jordmødrer, men i altfor liten grad av fastlegar og sjukehusstilsette legar.

Det blir halde eit årleg fellesmøte mellom dei to arbeidsgruppene, og der går ein i fellesskap igjennom dei kasusa som er blitt mest diskuterte lokalt. På det årlege møtet i 2016 konkluderte komiteen med at seks gjennomgatte kasus hadde kunna vore unngått. I gjennomgangen av desse sakene kunne komiteen slå fast at i halvparten av desse sakene var stor arbeidsbelastning / travel avdeling, samtidigheitskonfliktar og påfølgjande kommunikasjonssvikt hovudårsaka til suboptimal oppfølging og behandling av pasienten. Det gjaldt i alle ledd. Komiteen skriv dette i årsrapporten for 2016:

*Perinataalkomiteen hadde sitt årlige fellesmøte den 02.09.2016. Fellesmøtet er det møtet der de to arbeidsgruppene, hhv sør og nord, gjennomgår de kasus som har vært knyttet til mest diskusjon ved lokal gjennomgang i arbeidsgruppene.*

*Av de 8 gjennomgatte kasus fant man at 6 kasus (75 %) var mulig unngåelige.*

*I saksgjennomgangen av disse kunne man i 4 kasus ( 50 %) konkludere med at stor arbeidsbelastning/travel avdeling, samtidigheitskonflikter og derav følgende kommunikasjonssvikt var hovedårsak til suboptimal oppfølging/behandling av pasienten.*

*Perinataalkomiteens mandat er å være et ledd i den interne kvalitetskontroll ved foretakene i regionen og skal bidra til god kvalitet i Helseregion Vest. Komiteen skal også foreslå forbedring.*

*I den sammenheng kan vi ikke unngå å påpeke at når 4 kasus (50 %) med mulig unngåelig, alvorlig utfall vurderer at travelhet er en hovedårsak, så er dette et viktig signal å sende til ledelsen ved de ulike helseforetakene.*

*Samtidigheitsutfordringer i fødeavdelinger medfører risiko for pasienttryggheten.*

Føretaka må sjå spesielt på om bemanninga er god nok til å nå kvalitetsmåla. Føretaka har ansvar for å gå grundig igjennom rutineane for bemanning og kompetansesamansetjinga, spesielt i travle periodar, for å unngå at det skal oppstå alvorlege hendingar. Eitt av verkemidla her vil vere å møte kravet om 1:1-forhold mellom jordmor og fødande i den aktive fasen av fødselen.

Ferieavviklinga ved fødeavdelingane er ei særleg utfordring. Aktiviteten på føde-/barselavdelingane er vanlegvis høgast om sommaren – akkurat når alle som jobbar der, skal avvikle tre–fire veker ferie.

Oppdragsdokumentet 2017 seier følgjande:

*Helsetenesta skal vidareutviklast slik at pasientar og brukarar i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. Kvalitetsmålingar, pasientsikkerheitsmålingar og pasienterfaringar må brukast aktivt i utforminga av tenestetilbodet og i systematisk betringsarbeid.*

([https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument\\_helse\\_vest\\_rhf\\_2017.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument_helse_vest_rhf_2017.pdf))

### 3.5 Barselomsorga

Dei nye nasjonale retningslinjene for barselomsorga frå 2014

(<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barselid-for-familien>) legg vekt på individuelt tilpassa oppfølging i sjukehus eller heime:

*(...) skal bidra til faglig forsvarlig barselomsorg. Uavhengig av om mor og barn er hjemme eller på sykehus den første perioden av barseltiden, skal den tilrettelegges slik at den blir forutsigbar og familievennlig. En god barselomsorg er lett tilgjengelig for brukerne. En individuell barselomsorg tar hensyn til familiens, morens og spedbarnets behov.*

*(...) Barselomsorgen er i endring. Organiseringen av barseltilbudet vil derfor være forskjellig i de forskjellige regionene og kommunene. Ein desentralisert barselomsorg er under utvikling med en mer tilpasset oppfølging i hjemmet og på hjemstedet fordi sykehusoppholdet etter fødselen gradvis blir kortere. Hva som regnes som et kort opphold/liggetid, er ikke definert i Norge. Standard opphold er sannsynligvis ulikt fra foretak til foretak. Det er grunn til å tro at praksis med «ambulant fødsel» vil bli vanligere når det gjelder friske kvinner som føder et friskt barn til termin. Hjemreise planlegges i løpet av 4–24 timer etter fødselen.*

Barselomsorg handlar i hovudsak om å fremje god helse og redusere risikoen for sjukdom hos mor og barn. For å avdekkje risiko er det innført ei rekkje kontrollar og screeningundersøkingar av den nyfødde den første leveveka. Det er òg viktig å følgje opp amnestarten, den fysiske barselprosessen til mor og samspelet i familien.

Barseltida i sjukehusa er organisert ulikt avhengig av storleiken på institusjonane, dei fysiske forholda og kva moglegheiter som finst. Det er innført differensiert barselomsorg ved dei fleste fødeinstitusjonane i regionen. Vanleg liggjetid på barsel i heile regionen er 2–3 dagar ved normale forløp, med vidare oppfølging ved barseloliklinikk på sjukehuset eller kommunehelsetenesta. Erfaringane med tidleg utreise frå barsel er generelt svært gode så lenge mor og barn får god oppfølging etter heimkomsten. Ein viktig faktor her er at det er svært varierende kva tilbod som er bygd opp i kommunehelsetenesta. Distriktskommunane har generelt betre utbygd barseloppfølging/heimebesøk ved jordmor enn til dømes Bergen og Stavanger.

Fødestad	Liggetid i døgn	Liggetid i timar
Førde sentralsjukehus	2,6 *	62,4
Voss sjukehus	3,1	73,5
Haukeland universitetssjukehus	2,8	67,5
Stord sjukehus	3,1	76
Haugesund sjukehus	2,8	68,2
Stavanger universitetssjukehus	3,2	77,5
* Ikkje korrigert for tidleg utreise til God Start		

Tabell xx: Liggetid Robson 1 alle, 1.–30. september 2016. Kjelde: Føretaka / Natus fødedataprogram

Definisjon på Robson 1: førstegongsfødande, eitt barn i hovudleie,  $\geq 37$  veker, spontan fødselsstart

Merk: Denne oversikta er for éin månad, og ved dei mindre fødestadene vil til dømes tilfeldig førekomst av fleire fødande med kompliserte forløp gi uforholdsmessig store utslag på liggetida.

### Modellar for barselomsorg

Nokre barselavdelingar har familierom på avdelinga eller pasienthotellet, slik at far kan vere saman med mor og barn i barseltida. Det er stor etterspurnad etter dette tilbodet, og det er ikkje nok familierom til å dekkje behovet. Misnøye med dette er ein gjengangar i tilbakemeldingane frå pasientane. Dei fleste fødeinstitusjonane i Helse Vest var sertifiserte som mor-barn-vennlege etter WHO-prinsippa. Hausten 2016 blei det gjennomført ei reevaluering, og alle fødeavdelingane i regionen må endre på delar av praksisen og setje i verk tiltak før dei skal evaluerast på nytt for å sjå om dei får behalde godkjenninga.

Auka vektlegging av aktivitetsstyrt drift fører med seg at barselomsorga blir nedprioritert i periodar med mange fødsalar. Med ei stadig kortare opphaldstid i sjukehuset kan det slå uheldig ut for ein del barselkvinner. Det skal takast ei rekkje prøvar og gjerast mange undersøkingar av mor og barn, og når liggetida er kort, må dei komme tilbake og få utført dette poliklinisk dersom det ikkje er mogleg å få det gjort på helsestasjonen eller ved oppfølging i heimen. Nyføddscreeninga skal i dag gjerast mellom 48 og 72 timar etter fødselen, men ein ny metode der blodprøven kan takast etter kortare tid, er no under utvikling. Det vil forenkle utskrivingspraksisen.

Det er generelt mange tilbakemeldingar om at barselomsorga er for lite prioritert. For låg bemanning i barselavdelingane er eitt av ankepunkta. Eit anna ankepunkt er at tilbodet om familierom, slik at far/medmor kan vere saman med mor og barn etter fødselen, er for lite tilgjengeleg. Erfaringar og tilbakemeldingar viser at barselkvinnene er godt nøgde med å kunne reise tidleg heim etter fødselen, under føresetnad av at det er god oppfølging etter heimkomsten.

For kvinner som ønskjer å reise heim mellom 8 og 60 timar etter fødselen, er det fleire modellar for oppfølging under utprøving. «JordmorHeim» i Fjell, Sund og Øygarden kommunar er eit interkommunalt prosjekt der mor og barn får oppfølging med heimebesøk av kommunejordmor. I Os og Askøy kommunar er det oppretta nærjordmorsenter ved helsestasjon. Kommunejordmødrene



tek blodprøve til nyfødtscreening, utfører høyretest, vektkontroll og eventuell prøve for nyfødtdgulsott. Kommunejordmora i enkelte andre kommunar tilbyr oppfølging, men manglar utstyr for høyretest og prøvetakingsutstyr for nyfødtdgulsott.

Kommunejordmortenestene er ikkje tilgjengelege i helger og høgtider. Derfor må sjukehuset sørgje for nødvendig prøvetaking på desse tidspunkta.

I mai 2014 oppretta KKB eit tilbod om heimeoppfølging med jordmor frå kvinneklinikken (KKB). Tilbodet er for kvinner som er busette i Bergen, og som reiser heim 8–24 timar etter fødselen. I gjennomsnitt treng mor og barn to heimebesøk. Tilbodet er ope på dagtid alle kvardagar.

Alle kvinner som reiser tidleg heim, kan kontakte KKB direkte dersom det oppstår uføresette problem heime. Kommunejordmødrene kontaktar jordmorvaktleiaren ved behov for reinnlegging eller vurdering av helsetilstanden hos mor eller barn.

Tilbakemeldingane i lokale brukarundersøkingar viser at uansett oppfølgingstilbod var det å få vere saman med partnaren i barseltida oppgitt som viktig. Det legg føringar for val av heimreisetilbod og heimreisetidspunkt, og familierom er avgjerande for opplevinga av opphaldet på barselavdelinga. Meir enn halvparten av kvinnene sa at dei hadde problem med amminga. Tilbodet med heimebesøk møtte i større grad enn poliklinisk konsultasjon kvinnene sitt behov for hjelp til amming. Det same gjaldt for informasjon om eiga helse og om den nye familiesituasjonen.

Kvinneklinikken ved Stavanger universitetssjukehus har ei standard liggjetid på tre døgn for kvinner som har hatt ukompliserte fødselsforløp. Ein del barselkvinner reiser heim tidlegare og får då poliklinisk oppfølging og prøvetaking ved barselposten. Det er så langt ikkje etablert noko samarbeid med kommunane om oppfølging ved tidleg utreise frå Stavanger universitetssjukehus, men eit ferdig førebudd prosjekt med Time og Sola kommunar ventar på finansiering før det kan setjast i gang.

Evalueringar viser at brukarane er svært godt nøgde med oppfølginga i dei ulike modellane der dei får oppfølging heime. Det same gjeld for dei som har barseltida ved God Start-einingane. Den vidare utviklinga av samarbeid med kommunehelsetenesta vil vere i tråd med nasjonale tilrådingar og nye kvalitetskrav. Her er God Start eit godt døme på saumlaust samarbeid mellom fødeavdelinga og kommunehelsetenesta.

Det er ulik lokal praksis i regionen når det gjeld handtering av barselpasientar som treng strakshjelp i tida etter utskrivning frå barsel, anten det er mor eller barn som har problem. Avtalane som er gjorde med kommunane om kor langt sjukehusa sitt ansvar strekkjer seg etter at mor og barn er utskrivne, er òg ulike. I utgangspunktet har ikkje sjukehusa noko anna formelt ansvar for utskrivne barselkvinner og nyfødde barn enn for andre utskrivne pasientar, men nokre av sjukehusa har nedfelt i dei noverande avtalar med kommunane at dei har ansvar i 5–14 dagar etter fødselen (Bergen, Haugesund), andre har det ikkje (Stavanger).

Erfaringane viser at tilbodet til utskrivne barselkvinner og/eller barn som utviklar ulike former for problem etter heimkomsten, ikkje er godt nok. Det er behov for klare og stabile pasientforløp, til dømes ved ammeproblem, mastitt/abcessar/endometritt, psykiske lidningar / familiesamspelproblem, gulsott, ernæringsproblem eller andre akutte tilstandar. Dersom mor og barn reiser heim kort tid etter fødselen, må tilbodet om hjelp som blir etablert, gjelde alle dagar,

også i helger og høgtider. Det bør vere tilbod om hjelp kvar dag, som eit minimum til amminga er etablert.

### 3.6 God Start-modellen

Ved sjukehusa i Lærdal, Nordfjordeid og Odda er det etablert God Start-einingar. Innhaldet i einingane er litt ulikt, men alle har tilbod om svangerskapskontroll, barseloppald, høyretest og vektkontroll av barnet, nyfødtscreening, amme- og barseloliklinikk, beredskap for uunngåelege fødselar («nødfødselar») og følgjeteneste. Einingane samarbeider med kommunane i opptaksområdet, og kommunane er med på å finansiere tilbodet. Samarbeidet er vel etablert og fungerer godt.

Gjennom sal av jordmortenester til kommunane frå eininga har ein sikra heile jordmorstillingar, noko som vil vere attraktivt ved rekruttering. God Start-modellen har sikra jordmorstilbod i kommunar som tidlegare ikkje klarte å rekruttere jordmødrer. Bemanninga vil variere ut frå kor mykje kommunale tenester som blir ytt frå God Start, og storleiken på opptaksområdet.

<b>GOD START 2015</b>	<b>Odda</b>	<b>Lærdal</b>	<b>Nordfjordeid</b>
Årsverk jordmor/hjelpepleiar	3,63/1,5	5	9,75/2,5
Hospitering ved moderavdeling	Ja, begge yrkesgrupper	Nei	Ja
Fødselar i opptaksområdet	100 (gj snitt)	229	314
Prosent som har barsel ved GS	73 %	43 %	60 %

*Tekst: Oversikt God Start 2015. Kjelde: Helse Førde og Helse Fonna*

*Merknad: Jordmødrene ved God Start i Lærdal held fødselskompetansen ved like ved å hospitere på andre, større sjukehus.*

I dag er det om lag 300 barselkvinner årleg som nyttar seg av God Start-tilbodet i Sogn og Fjordane. Tal frå 2015 viser at 42 prosent av dei fødande er innom God Start i Lærdal i kortare eller lengre tid etter fødselen. På Nordfjordeid var talet 60 prosent. I Odda hadde 72 prosent av dei som fekk barn og var busette i Odda kommune, barseltida ved God Start-eininga. Liggjetida for dei som har barseloppaldet ved God Start, er mellom 2,5 og 3 døgn. Det er så langt liten etterspurnad etter tilbod om tidleg heimreise frå fødeavdeling med oppfølging av jordmor heime. Det verkar som om kvinnene i distriktet heller vil vere ved God Start fram til dei kjenner seg trygge og klare til å reise heim.

Etter at fødeavdelinga ved Nordfjordeid sjukehus blei omgjord til God Start, har dei fødande i den nordlege delen av regionen tilbod om å føde ved Volda sjukehus (Helse Midt-Norge). Av 298 fødselar i Nordfjord i 2015 gjekk 110 til Volda. Om lag halvparten av desse hadde barseloppaldet ved God Start i Nordfjordeid.

Det er vaktberedskap for følgjeteneste 24/7, men barseltilbodet er delvis stengt i høgtidene. I Lærdal er det om lag 60 prosent av dei fødande som får jordmorfølgje til fødeavdelinga. På Nordfjordeid er det om lag 20 prosent og i Odda 42 prosent.

I 2016 blei kvaliteten på fødetilbodet til kvinnene frå Nordfjord som fødde i Førde, evaluert (kjelde: Bente Salbu Håkonsen, FSS). Funna viser at kvinnene generelt er godt nøgde med God Start, og det

er stor oppslutnad om tilbodet. Behovet for einerom og moglegheit for å ha barnefaren/partnaren med under opphaldet er også her ei viktig tilbakemelding. Dei som budde langt unna fødeavdelinga, opplevde reisevegen og den lange avstanden til familien som belastande samanlikna med dei som hadde kort reiseveg.

### 3.7 Uplanlagde fødsjar utanfor institusjon

I Noreg er det relativt vanleg – 7 av 1000 fødsjar – med uplanlagde fødsjar utanfor institusjon. Dei siste åra har det vore ein svak auke i dette talet. Til samanlikning var 4 av 1000 fødsjar uplanlagde fødsjar utanfor institusjon for nokre år sidan.

(<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12510/full>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12450/full>)

Overført til Helse Vest utgjer dette i gjennomsnitt om lag 90 fødande i året. I 2015 var det 71 uplanlagde fødsjar utanfor institusjon i Helse Vest, og i 2016 var det 100 fødande som ikkje rakk fram. Dei fleste av desse fødde heime eller undervegs til fødeavdeling. Det er ikkje registrert kor mange av desse kvinnene som fødde utan jordmorhjelp.

Uplanlagde fødsjar utanfor institusjon blir kategorisert på følgjande måte i Natus fødedataprogram / Medisinsk fødselsregister (MFR):

- uplanlagt heimefødsel
- fødsel under transport
- fødsel annan stad (t.d. på legekantor)

Planlagte heimefødsjar blir ikkje registrerte i Natus dersom fødselen blir fullført heime og mor og barn ikkje blir overførte til sjukehus.

Unge fleirgongsfødande kvinner som bur i distriktet, har høgast risiko for å føde utanfor institusjon. Det medfører ingen påvist medisinsk risiko for mødrene, men for barna er det ein auka risiko – særleg for dei premature og ekstremt premature (< 26 veker).

Det er ikkje realistisk å nå eit mål om at alle fødande kan nå fram til fødestaden i tide. Det vil alltid vere tilfelle der fødselen skjer både fort og uventa. Men det er grunn til å tru at talet kan reduserast, mellom anna dersom kommunejordmortenesta blir betre utbygd. Det kan vere ei stor påkjenning for både for kvinna og dei pårørande når fødselen skjer før dei når fram til sjukehuset.

Det kan vere vanskeleg for den gravide å vite om fødselen har starta eller ikkje, og ikkje alle stader er det ei lokal jordmor som kvinna kan kontakte. Det kan òg vere vanskeleg for jordmor ved fødeavdeling å vurdere kor langt fødselen er kommen når den fødande ringjer inn, og mange kvinner vil ikkje reise til sjukehuset for tidleg, gjerne fordi dei har negative opplevingar med det frå tidlegare fødsjar. Det medverkar til at fødselen kan skje før kvinna rekk fram til fødeavdelinga. I ein del tilfelle kjem kvinna til fødeavdelinga før ho er i fødsel, og då synest ho gjerne det er utrygt å skulle reise heim igjen. Det er ulike tilbod i regionen for å ivareta desse kvinnene: Ved Kvinneklinikken i Bergen er det etablert eit «Rede», der kvinna kan vere mens ho ventar på at fødselen skal komme i gang. Det fungerer godt, og gjer at kvinna føler seg trygg. Andre føretak har liknande ordningar, til dømes at den gravide kan vere på pasienthotellet mens ho ventar på fødselen.

Prosjektgruppa tilrår at telefonsamtalar med gravide som ringjer inn til fødeavdelinga for å få råd når dei er i fødsel, blir logga på linje med telefonar til AMK – både for å kunne dokumentere fakta og for å lære av erfaringane.

### 3.8 Planlagde heimefødsjar

Fødselshjelp er eit spesialisthelsetenestetilbod, og planlagd heimefødsel med jordmor er i dag ikkje ein del av det offentlege helsetilbodet i Noreg. Tilbodet om jordmorhjelp ved heimefødsel er svært avgrensa. Det er privatpraktiserande jordmødrer som yter fødselshjelp ved heimefødsjar, utan krav om avtale med helseføretaka eller den kommunale helsetenesta. Helseøkonomiforvaltninga (HELFO) betalar ein del av utgiftene til fødselen.

Planlagde heimefødsjar fell såleis delvis utanfor regelverk og ordningar som har betydning for pasienttryggleik og fagleg forsvarleg helsehjelp. Tilboda er ikkje likeverdige, for valfridomen er avgrensa og kvinna må sjølv betale ein eigendel.

Det er få planlagde heimefødsjar i Noreg, årleg om lag 0,5 av 1000 fødsjar. I 2015 var det til saman 171 planlagde heimefødsjar i Noreg. I Helse Vest er det nokre få heimefødsjar kvart år der det finst jordmødrer som tilbyr dette. I Haugesund var det 18 heimefødsjar i 2016 (munnleg informasjon, Helse Fonna). Erfaring viser at dei fleste som ønskjer heimefødsel, bur i byar og tettstader.

Det er godt dokumentert at under dei rette føresetnadene (mellom anna lågriskosvangerskap til termin og med kompetent jordmor) er det trygt og positivt med ein planlagt heimefødsel:

[http://www.srhjournal.org/article/S1877-5756\(12\)00048-1/abstract](http://www.srhjournal.org/article/S1877-5756(12)00048-1/abstract)

<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238062/>

I 2012 blei det gitt ut nasjonale retningslinjer for heimefødsel:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-hjemmefodselsvangerskap-fodsels-og-barseltid-i-trygge-hender>

Desse retningslinjene ligg til grunn for seleksjonskriteria som gjeld for fødsel ved fødestove. *Nasjonal retningslinje for heimefødsel – Svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender* er utarbeidd på bakgrunn av forskning, klinisk praksis og brukarane sin ønske og erfaringar.

Ein del land har jordmorhjelp ved heimefødsel som eit tilbod frå spesialisthelsetenesta, mellom anna Danmark ([https://www.borger.dk/sundhed-og-sygdom/barn\\_oversigtsside/Foedesteder-og--tilbud](https://www.borger.dk/sundhed-og-sygdom/barn_oversigtsside/Foedesteder-og--tilbud)) og England (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth>).

Tilboda kan organiserast på ulike måtar avhengig av dei lokale behova og korleis det er praktisk mogeleg. Avgjerda om å føde heime må takast i svangerskapet. Seleksjonen til heimefødsel må gjerast av jordmor og føreset ei fortløpande vurdering gjennom svangerskapet og ved fødselsstart.

For at heimefødsel skal bli tryggare og kvinner i større grad skal få vere med å velje fødestad, bør det greiast ut om jordmorhjelp ved heimefødsel kan bli eit tilbod frå sjukehusa.

Helse- og omsorgsdepartementet skriv i eit brev til dei regionale helseføretaka (31.5.17):

*Helse- og omsorgsdepartementet vurderer hjemmefødsler som et trygt og forsvarlig fødetilbud når det utøves i tråd med nasjonale faglige retningslinjer på området. (...) Helse- og omsorgsdepartementet stiller seg positivt til at det tas initiativ til pilotprosjekter for å prøve ut hjemmefødsler som en del av spesialisthelsetjenestetilbudet i interesserte helseforetak. Tilbudet må i så fall tilbys innenfor de organisatoriske, juridiske og økonomiske rammer som gjelder for spesialisthelsetjenesten.*

Helse Vest bør søkje om å bli nasjonal pilot på dette. Det er ein føresetnad at jordmordekninga ved fødeavdelingane ikkje blir svekt under utprøvinga.

### 3.9 Følgjeteneste

Det er HF-a som har ansvar for å etablere og finansiere følgjeteneste for gravide som har lang reiseveg til fødeavdelinga. Lang veg er definert som reisetid på 1,5 timar eller meir. I opptaksområdet til **Helse Stavanger** er det ingen kommunar der det er lang reiseveg til sjukehus, men jordmødrer frå Kvinneklubben ved SUS rykkjer ut med ambulanse/legehelikopter ved truande fødsel før innkømt, uavhengig av avstand.

**Helse Fonna** har etablert følgjeteneste i Sauda, Suldal og Kvinnherad kommunar, og jordmødrer ved God Start-eininga i Odda har følgjeteneste til Stord og Haugesund.

**Helse Bergen** har etablert følgjeteneste i Austevoll. Enkelte kommunar med relativt mange gravide per år, til dømes Kvam, har bygder med lang reiseveg, men per i dag er det ikkje etablert følgjeteneste her.

**Helse Førde** har etablert følgjeteneste i kommunane Sogndal, Leikanger og Luster. Det er kommunejordmødrene som dekkjer beredskapen, og Helse Førde dekkjer kostnadene.

Helse Førde har òg etablert følgjeteneste knytt til barseleiningane på Eid og i Lærdal. Det omfattar dei kommunane Helse Førde har samarbeidsavtale med. For God Start på Eid betyr det kommunane Gloppen, Eid, Vågsøy, Selje, Stryn. For God Start i Lærdal gjeld det kommunane Lærdal og Årdal.

For kvinner som ikkje blir dekte av det som er nemnt ovanfor (hovudsakleg i Sunnfjord og Ytre Sogn), vil jordmødrer knytte til Førde sentralsjukehus (FSS) ha beredskap ved å møtekyre eller følgje vidare til høgare omsorgsnivå om nødvendig. Det omfattar jordmødrer som er tilsette i Helse Førde, og som arbeider ved fødeavdelinga / gynekologisk avdeling ved FSS. Det er døgnkontinuerleg beredskap.

### 3.10 Pasienterfaringar og brukarmedverknad

#### *Pasientens helseteneste*

*Regjeringa vil skape pasienten si helseteneste. I møtet med helsetenesta skal kvar enkelt pasient oppleve respekt og openheit, få delta i avgjerslene om eiga behandling og korleis den skal gjennomførast. Pasientane skal oppleve heilskaplege og samanhengande tenester også mellom spesialist- og kommunehelsetenesta. Det skal leggast til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Dette inneber å bruke tolketenester når det er behov for det. (Oppdragsdokument 2017)*

Pasientar og pårørande kjenner helsevesenet frå møte i skranken, frå senga, frå venterommet, frå undersøkingsrommet, frå nettet, frå brev og frå menneska dei møter. Kunnskapen og erfaringane deira er ein verdifull og nødvendig ressurs i arbeidet med å utforme tilbodet i helsetenesta.

Det å lytte til pasientstemma når behandlingstilbodet skal utformast, er viktig for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga på alle nivåa. Det blir mellom anna gjort gjennom brukarmedverknad og ved hjelp av pasienterfaringsundersøkingar.

Dersom vi skal sikre at vi utviklar tenesta i tråd med preferansane og behova til pasientane og dei pårørande, er det viktig med både nasjonale og lokale undersøkingar av pasientane si erfaring med helsetenesta. Pasientstemma inn til helsetenesta bidreg til auka treffsikkerheit og høgare kvalitet i behandlinga. Kvalitet i helsetenesta gjeld både overleving og oppleving. Pasientoppleving og tilfredsheit er uttrykk for opplevd kvalitet og viser at det er ein positiv samanheng mellom pasientoppleving, pasienttryggleik og behandlingseffekt.

Pasientar er ulike med ulike verdiar, ønske og behov. Skal vi kunne ta vare på kvar enkelt pasient – altså kvar enkelt mor og kvart enkelt barn – er samval sentralt. Samval (shared decision making) skjer mellom pasient og helsepersonell når det er likeverdig dialog om avgjerder i helsehjelpa/behandlinga. Skal vi sikre gode pasientforløp, er inkludering av verdiane og preferansane til pasientane svært viktig ved sida av forskingsbasert kunnskap og klinisk erfaring / fagkunnskap. I svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga er samval særleg sentralt sidan kvinner har svært ulike utgangspunkt og ønske for svangerskapet og fødselen. Sjølv dei ulike familiene har ulike behov, er det éin ting som er felles for alle: behovet for ei samanhengande og heilskapleg helseteneste. Pasienten si helseteneste, sett frå pasienten sitt perspektiv, skil ikkje mellom helg og vekedag, mellom den kommunale helsetenesta og spesialisthelsetenesta og heller ikkje mellom fysisk og psykisk helse. Tenestene innanfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga må vere heilskaplege og kontinuerlege – det er det beste både for mor, barn og far/partnar.

### **Pasientopplevingar**

Kunnskapssenteret presenterte i 2013 resultatane frå ei landsomfattande undersøking av pasienterfaringar med fødselsomsorga, *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. PasOpp-rapport nr. 6-2013, Resultater for Helse Vest* ([file:///C:/Users/brtt/Downloads/RHF\\_Vest%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/brtt/Downloads/RHF_Vest%20(2).pdf)). Denne undersøkinga var ei bestilling i samband med St.meld. nr. 12 (2008–2009) *En gledelig begivenhet*. Undersøkinga omfatta òg den kommunale helsetenesta. Helse Vest skåra under det nasjonale gjennomsnittet på dei fleste spørsmåla, men det var ein del variasjonar mellom fødeinstitusjonane i regionen.

Det er ein del av mandatet for revisjon av den regionale planen at det skulle gjerast ei brukarundersøking om barselomsorga (jf. kapittel 2). Kunnskapssenteret har gjennomført ei oppfølgingsundersøking rundt årsskiftet 2016/2017. 7 – Resultatane av denne er venteleg klare om ikkje lenge (august 2017). Det er difor ikkje gjennomført ei eiga undersøking i Helse Vest.

Sjukehusa tek pasientoppleving på alvor, og fleire av sjukehusa har gjennomført eigen interne brukarundersøkingar dei seinare åra. Til dømes har både Haukeland og Stavanger universitetssjukehus gjennomført pasienterfaringsundersøkingar, med litt ulikt fokus.

Undersøkingane varierer både med tanke på design, omfang og metodar. Det varierer òg kor lang tid etter fødselen undersøkingane er gjort.

Hovudfunna er at kvinnene stort sett er nøgde med tilboda dei får, og at dei synest personalet tek seg av dei og møter dei på ein god måte.

Forbetringsområda som merkjer seg ut, er kommunikasjon, kontinuitet og samanheng i tilbodet. Ønske om meir tid til og betre opplæring og rettleiing i amming er ei av tilbakemeldingane. Behovet for familierom der far/partnar kan vere til stades i alle fall det første døgnet etter fødselen, er òg ein gjengangar.

### *Kommunikasjon og kultur*

Mange av dei gravide og fødande er asylsøklarar og innvandrarakar med ikkje-vestleg bakgrunn, og det vil truleg bli endå fleire dei kommande åra. Mange av dei snakkar verken norsk eller engelsk. Så sant det er mogleg, blir det brukt tolk – for det meste telefontolkning – når dei er innlagde på fødeavdelinga, og ein unngår å bruke pårørande som tolk dersom det ikkje er absolutt nødvendig. Retten til tolketeneste er lovfesta i pasientrettslova. Alle kvinnene får minst éin samtale med tolk i løpet av svangerskapet.

Det er eit mål å utvide kompetansen innanfor fleirkulturell forståing, etikk og kommunikasjon hos dei tilsette. Merksemd på ulike kulturelle referanserammer og verdiar er eit viktig element i kommunikasjonen. Ei kultursensitiv haldning inneber at helsearbeidaren i samarbeid med pasienten prøver å komme fram til ei felles forståing av situasjonen.

#### 3.11 Nyføddintensiv behandling i Helse Vest

Det overordna målet for Helse Vest er at nyfødde som treng intensivbehandling, skal få eit trygt tilbod av god kvalitet på rett behandlingsnivå. I Helse Vest blir tilbodet til nyfødde som treng intensivbehandling, gitt ved Haukeland universitetssjukehus, Stavanger universitetssjukehus, Førde sentralsjukehus og Haugesund sjukehus. Behandlinga av ekstremt premature i Helse Vest er sentralisert til Stavanger universitetssjukehus og Haukeland universitetssjukehus. I Helse Vest er det gjennomgåande gode behandlingsresultat.

Styret i Helse Vest vedtok i 2014 at både Helse Bergen og Helse Stavanger skal utføre intensivbehandling av ekstremt premature, det vil seie barn som er fødde i 28. svangerskapsveke eller tidlegare. Det blei på nytt slått fast av styret i Helse Vest i sak 031/17 i samband med høyring av nasjonale retningslinjer for nyføddmedisin i 2017.

## **4 Regionalt fagleg samarbeid og sjukehus i nettverk**

### 4.1 Helse Fonna: samarbeid mellom Haugesund, Stord og Odda

Kvinneklubben i Haugesund er organisert under kirurgisk klinikk Haugesund.

Haugesund sjukehus har om lag 1500 fødsalar i året og har eit inntaksområde som svarer til rundt 2100 fødsalar fordi risikogravide frå Stord føder i Haugesund.

### *Samarbeid med Stord*

Fødeavdelinga på Stord er organisert under somatisk klinikk Stord.

Det er utarbeidd seleksjonskriterium for gravide som kan føde ved Stord, og for gravide som skal vidare til Haugesund, eventuelt HUS. Desse kriteria er utarbeidd i samarbeid med Kvinneklinikken i Haugesund og pediatriisk avdeling og skal reviderast hausten 2017. Det er planlagt to årlege samarbeidsmøte. Leiarane møtest jamleg i perinatalkomiteen. Der har dei gode faglege diskusjonar og utvekslar erfaringar og utfordringar som gjeld samarbeidet avdelingane imellom og forholda på eiga avdeling.

I framtida er planen å ha felles internundervisning, og det er ønskeleg at LIS frå Haugesund kan vere med på operasjonar på Stord, og at ein lege frå Stord kan vere med på ultralydpoliklinikken i Haugesund.

### *Samarbeid med Odda*

God Start-eininga i Odda er organisert under medisinsk klinikk Haugesund. Seksjonsoverlegen i Haugesund er systemansvarleg.

Odda Sjukehus har ikkje hatt planlagde fødsalar sidan 2013. Jordmødrene har svangerskapskontrollar og gynekologisk poliklinikk på dagtid, dei vurderer fødande som kjem inn, og eventuelt transport til Haugesund. Dei har òg ansvar for barselkvinner saman med barnepleiar. Kvinnherad har ei eiga følgeteneste anten til Stord eller Haugesund. Kvinner frå Odda som føder i Haugesund, har tilbod om barselopphald i Odda, og dei fleste reiser til Odda innan 24 timer etter fødsel. Det er ingen barselkvinner frå Odda som reiser direkte heim innan 48 timer etter fødsel. «Jordmor heim» er ikkje prøvd ut enno, men blir venteleg prøvd ut etter kvart.

Jordmødrer frå Odda hospiterer på fødeavdelinga i Haugesund i to periodar på tre til fem dagar i året. Dette er svært viktig for samarbeidet og den faglege utviklinga. Samarbeidet med Odda fungerer godt frå begge sider.

#### **4.2 Helse Bergen: samarbeid mellom Haukeland og Voss**

I 2008 blei det inngått ein samarbeidsavtale mellom Voss sjukehus og Kvinneklinikken ved Haukeland om fødselshjelp og kvinnesjukdomar. Denne avtalen blir jamleg rullert og dekkjer Helse Bergen sitt ansvarsområde innanfor fødselshjelp og gynekologiske sjukehusstenester. Det er klare kriterium for seleksjon av fødande etter risikograd.

#### **4.3 Helse Førde: samarbeid mellom Førde, Lærdal og Nordfjord**

Gjennom utviklingsprosjekta ved Nordfjord sjukehus ([www.framtidaslokalsjukehus.no](http://www.framtidaslokalsjukehus.no)) og Lærdal sjukehus til God Start er det etablert eit tett samarbeid mellom Førde sentralsjukehus, Nordfjord sjukehus og Lærdal sjukehus.

#### **4.4 Samarbeid med kommunane**

Den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta har eit felles ansvar for å organisere eit samanhengande og heilskapleg tilbod i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga.



Ansvar og rollene er avklara i samarbeidsavtalar (tenesteavtale 8). I samband med at føretaka skal revidere og oppdatere dei lokale områdeplanane, vil dette bli gjennomført i nært samarbeid med kommunane i opptaksområdet.

## 5 Bemanning og kompetanse

Det er generelt god kompetanse innanfor fødsels- og barselomsorga i Helse Vest, men enkelte område som treng styrking og utvikling. Fleire av sjukehusa fyller til dømes ikkje kravet til undervisning og praktisk trening slik det er spesifisert i «Et trygt fødetilbud – faglige krav til fødselsomsorgen». Det enkelte føretaket må gå igjennom dette på nytt og setje i verk tiltak der det er aktuelt.

Bemanningsnormer er eit tema som er og har vore debattert i fagmiljøa, mellom anna manglar fleire oppgåver retningsgivande bemanningsnormer. I England har dei ei nasjonal retningslinje om bemanning på ulike fødenivå (NICE: Safe midwifery staffing for maternity settings og **Safer**

### **Childbirth:**

<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/wprsaferchildbirthreport2007.pdf> )

### *Legespesialistar*

Fødeavdelingane i Helse Vest har, på same måte som tilsvarande avdelingar andre stader i landet, utfordringar med å rekruttere legespesialistar til fast tilsetjing, men dei seinaste par åra har vi sett tendensar til betring.

Kvinneklinikkane i Bergen og Stavanger er godkjende til å utdanne legespesialistar innanfor gynekologi og obstetikk med status som gruppe 1-sjukehus. Klinikkane utdannar òg legespesialistar som skal tilsetjast i regionen elles. Helse Førde, Helse Fonna og Voss sjukehus har gruppe 2-status og har mange LIS-legar under utdanning. Dei fleste av desse fullfører spesialutdanninga si i Bergen og Stavanger.

### *Jordmødrer*

Det er i alt fem høgskular som utdannar jordmødrer i Noreg, og utdanninga er lagd om til masterutdanning. Det er tilsette i dei fleste faste stillingar og vikariat, og behovet er for tida godt dekt. Helse Stavanger har rekrutteringsutfordringar. Mange jordmødrer nærmar seg pensjonsalder, og til kvar tid er 15–20 prosent av jordmødrene i svangerskapspermisjon. Tilgangen på jordmødrer er for tida god i regionen elles.

### *Barnepleiarar, hjelpepleiarar, helsefagarbeidarar*

Det er færre barnepleiarar, hjelpepleiarar og/eller helsefagarbeidarar i føde-/barselavdelingane enn tidlegare på grunn av endringar i arbeidsoppgåver og organisering. Samtidig er det større behov for jordmødrer, både fordi det er kortare liggjetid i sjukehus etter fødsel, og fordi det som regel er to jordmødrer til stades ved fødsel, spesielt for å førebyggje alvorlege fødselsrifter. Føretaka har god tilgang på helsefagarbeidarar med spesialutdanning i barsel- og barnesjukepleie. Fleire har vidareutdanning som ammespesialistar.

Nasjonal kompetanseteneste for amming tilbyr – i regi av Høgskolen i Hedmark – ei vidareutdanning for helsepersonell i amming. Både Bergen og Stavanger har satsa på å ha medarbeidarar med denne tilleggskompetansen. Framover vil truleg ammerettleiarar bli etterspurde både i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.

## 6 Fagleg samarbeid i regionen

Fagutvikling, forskning og utdanning er viktige samarbeidsfelt innanfor fødsels-/barselomsorga i Helse Vest.

Sjukehusa samarbeider tett når det gjeld utdanning av framtidige spesialistar. Det er vedteke nye, nasjonale retningslinjer for utdanning av spesialistar, og desse trer i kraft i 2018.

Som regel gjennomfører LIS-legane gruppe 2-tenesta på sjukehusa i Haugesund, Voss og Førde før dei går vidare med siste del av spesialiseringa ved universitetssjukehusa i Stavanger og Bergen. I all hovudsak får Bergen LIS-legar frå Førde og Voss. LIS-legane til Haugesund har gruppe 2-praksis både i Stavanger og Bergen. Stavanger tek i tillegg imot LIS-legar frå Kristiansand.

Fagutvikling regionalt innanfor obstetikk utover utdanning av spesialistar er noko avgrensa, mellom anna fordi dei to store sjukehusa er «sjølvforsynte» og stort sett greier å handtere dei fleste obstetriske problemstillingane sjølve. Dei mindre sjukehusa og universitetssjukehusa samarbeider i stor grad om pasientane.

Innanfor obstetikk er det fleire sterke fagmiljø i regionen. Både i Bergen og Stavanger er det sterke fostermedisinske miljø som har produsert mykje forskning, og i Bergen har samarbeidet med Medisinsk fødselsregister resultert i mange doktorgradar opp gjennom åra.

### *Jordmorfagleg samarbeid*

Det er ikkje noko systematisk fagleg samarbeid mellom institusjonane i regionen, men det finst eit nasjonalt e-postnettverk der fagutviklingsjordmødrer kan diskutere og utveksle erfaringar. Dette er eit fagleg nettverk som ikkje er i regi av Helse Vest.

### *Hospiteringsordningar*

Det er ikkje faste hospiteringsordningar i regionen, med unntak av det som er etablert i God Start i Nordfjord og Odda. Stort sett skjer all hospitering på privat initiativ frå den enkelte helsearbeidaren. Det er fortrinnsvis legar som hospiterer i andre sjukehus, i mindre grad jordmødrer.

Det bør i større grad leggjast til rette for at både jordmødrer og legar arbeider og hospiterer på andre sjukehus i regionen (jf. rettleiaren *Et trygt fødetilbud – faglige krav til fødeinstitusjoner*):

*Hospitering for jordmødre og leger er obligatorisk for de som arbeider på mindre fødeavdelinger. Hospiteringen skal gi mengdetrening og kompetanseheving [...] det må avsettes tid til fagutvikling for alt helsepersonell i fødeavdelingene/kvinneklinikkene.*

### *Samarbeid om enkeltpasientar*

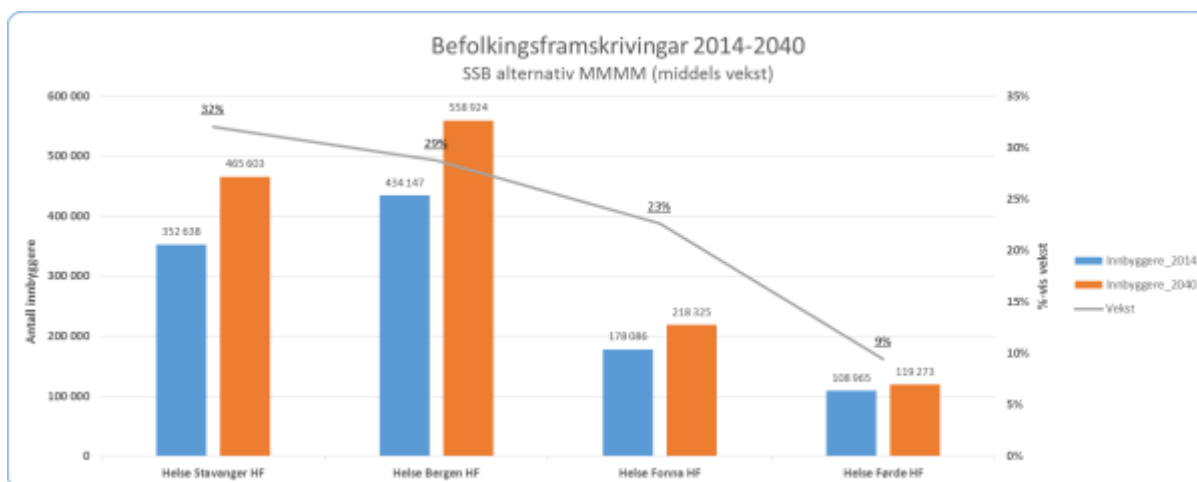
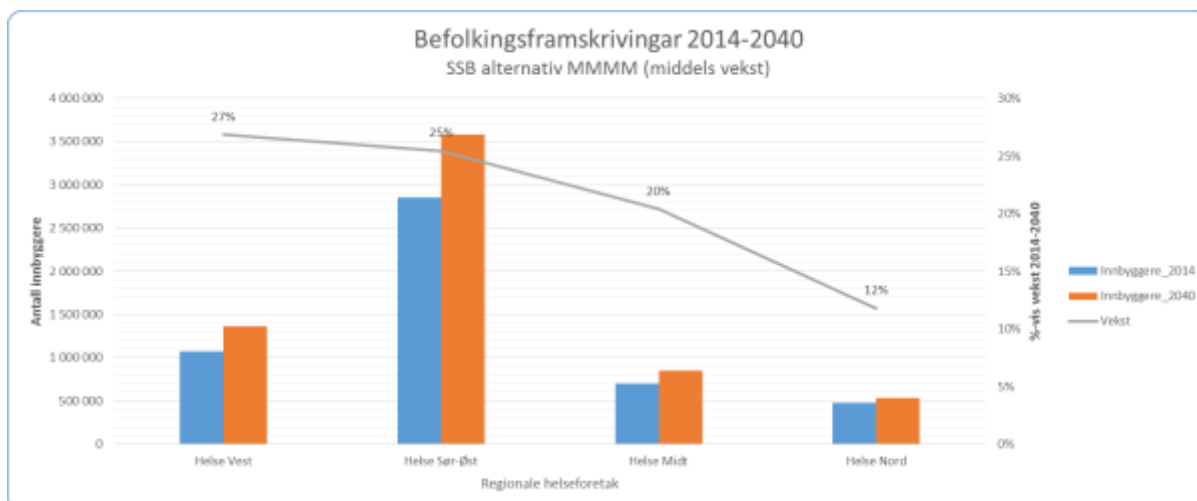
Sjukehusa samarbeider ofte seg imellom om enkeltpasientar – først og fremst på grunn av behovet for å være i nærleiken av barneavdelingane i Stavanger og Bergen. I tillegg vil enkelte sjuke mødrer som treng intensiv behandling, bli tilviste til universitetssjukehusa.

## 7 Svangerskap, fødsel og barseltid i Helse Vest mot 2022

### 7.1 Demografiske endringar fram mot 2022 og vidare

Fødeplanen nyttar SSB sitt framskrivingsalternativ (MMMM) for folketalsutvikling. Befolkningsutviklinga er ein sterk drivar for endring i behov for fødselsomsorg.

Befolkningsvekst, ei aldrende befolkning og urbanisering gir store ressursutfordringar. Av helseregionane er det Helse Vest som ventar den største veksten i folketalet fram mot 2040 (27 prosent vekst).



Av opptaksområda i Helse Vest er det Helse Stavanger og Helse Bergen som ventar størst vekst i befolkninga (32 prosent og 29 prosent).

Fram til 2022 er det venta 3,7 prosent vekst i fødepopulasjonen (15–45 år) i Helse Vest – for det aller meste konsentrert rundt Helse Bergen og Helse Stavanger:

Opptaksområde	Fødepopulasjon 2016	%-vis vekst 2016-17	%-vis vekst 2016-22	%-vis vekst 2016-30
Helse Bergen HF	93 898	1,0%	4,8%	10,5%
Helse Fonna HF	34 922	-0,1%	1,1%	5,7%
Helse Førde HF	19 956	-0,4%	-0,7%	-0,1%
Helse Stavanger HF	77 193	0,6%	4,7%	12,6%
<b>Totalsum</b>	<b>225 969</b>	<b>0,6%</b>	<b>3,7%</b>	<b>9,6%</b>

Aldersgruppa 15–45 har lågare vekst enn gjennomsnittet for alle aldrar, mellom anna på grunn av seks gonger større vekst for eldre over 70 år.

Det er store variasjonar per kommune i opptaksområda – alt frå reduksjon på 4,5 prosent til vekst på 3,6 prosent – avhengig av storleik og lokalisering.

## 7.2 Kapasitetsutfordringar og ressursbehov

Dei neste fem til ti åra vil dei tre største kvinneklinikkane i regionen – Bergen, Haugesund og Stavanger – flytte inn i nye lokale. Klinikane har for lite areal og treng både meir plass og betre fasilitetar, både med tanke på pasientbehandling og familierom.

I **Bergen** vil føde-/barselavdelinga flytte inn i det nye barne- og ungdomssjukehuset (BUS) i 2022.

Hovudprinsippet for organiseringa av fødselsomsorga er seleksjon og kombinerte føde- og barselfunksjonar. Det blir òg nær tilknytning til nyføddintensivavdelinga.

Dei fødande blir selekterte i tre grupper: ukompliserte fødsjar (40 prosent), mellomgruppe – som krev noko meir intervensjon (40 prosent) og risikofødsjar (20 prosent).

Planen er at kvinner med ukompliserte fødselsforløp og friske barn skal vere utskrivingsklare seks til åtte timar etter fødselen, og at oppfølginga vidare skal skje heime. Liggjetida i sjukehus blir med dette vesentleg kortare. Det nye barne- og ungdomssjukehuset skal stå ferdig i 2022. Det er uvisst kor langt kommunehelsetenesta er kommen med tanke på utviklinga av barseltilbodet med oppfølging i heimen når den nye føde-/barselavdelinga blir teken i bruk.

I **Stavanger** skal det byggast nytt sjukehus på Ullandhaug, der det meste av akuttfunksjonane – inkludert føde-/barselavdeling – skal flyttast til det nye sjukehuset. Dette skal stå ferdig i 2023. Det er så langt ikkje teke stilling til organiseringa av og fagleg profilen for fødsels-/barselomsorga.

**Haugesund** tek til å byggje nytt sjukehus i 2018, og byggjetrinn 1 skal etter planen vere ferdig i 2020. Byggjetrinn 2 er planlagt vesentleg seinare, i 2030.

I byggjetrinn 1 blir fødeavdelinga og fem observasjonssenger flytta til eit nybygg med god nærleik til operasjonsavdelinga, intensivavdelinga og nyføddintensivavdelinga. Det vil bli seks fødestover. Éi av fødestovene blir eit stort isolat. Barselavdelinga blir igjen i noverande lokale, og det blir laga eit isolat der. Det kan bli utfordrande for personalet at det blir litt større avstand mellom føde- og barselavdelinga. Først i byggjetrinn 2 blir barselavdelinga flytta til lokale nær fødeavdelinga.

Barselavdelinga blir liggjande i nærleiken av nyføddintensivavdelinga, som blir utvida, og det blir laga ekstra familierom som skal delast mellom barsel- og nyføddavdelinga. Det blir lagt opp til å behandle nyfødde på rom der også mor er innlagd, noko som er svært positivt.

## 8 Oppsummering av forbetningsområde og forslag til tiltak

Gjennomgangen av nasjonale og regionale krav og føringar viser at organiseringa og utføringa av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga i Helse Vest i all hovudsak er i tråd med desse. Enkelte område treng likevel utvikling og forbetring.

Det er eit mål å utvide kompetansen innanfor fleirkulturell forståing, etikk og kommunikasjon hos dei tilsette.

### 8.1 Fødselsomsorga

Føretaka må gå nøye gjennom tilbakemeldingane frå perinataalkomiteen og setje i verk tiltak for å førebyggje alvorlege, unngåelege hendingar.

Føretaka bør samordne korleis indikatoren om jordmor kontinuerleg til stades så tidleg som mogeleg i den aktive fasen av fødselen skal praktiserast og dokumenterast.

Føretaka må gå gjennom rutinane sine og setje i verk tiltak for å møte dei nasjonale faglege kvalitetskrava til fødselsomsorga, særleg når det gjeld hospitering, undervisning og praktisk trening.

For at det skal bli tryggare med heimefødsel, og for at kvinner i større grad skal få vere med og bestemme kvar dei vil føde, bør det greiast ut om sjukehusa skal kunne tilby jordmorhjelp ved heimefødsel. I første omgang bør dette prøvast ut ved Haukeland universitetssjukehus.

Prosjektgruppa foreslår at telefonsamtalar med gravide som ringjer inn til fødeavdelingane for å få råd når dei er i fødsel, blir logga på linje med telefonar til AMK (lagring av lydfiler). Føremålet med ein slik lydlogg er både å kunne dokumentere i ettertid og å lære av erfaringane.

### 8.2 Barselomsorga

I tråd med dei nye retningslinjene for barselomsorga er det eit mål å gi omsorg av høg kvalitet til barselkvinner og nyfødde barn. Derfor må det sikrast at det finst eit stabilt og døgnbemanna tilbod i kommunen eller i sjukehus der utskrivne barselkvinner kan kontakte kompetent helsepersonell ved akutt sjukdom hos mor/barn eller ved ernæringsproblem hos barnet.

Det bør bli registrert og rapportert til Helse Vest årleg kor mange barn som blir fullamma ved utreise, og kor mange barn som blir reinnlagde på grunn av ernæringsvanskar og/eller gulsott.

Det bør bli systematisk registrert årleg kor mange mødrer som blir reinnlagde i sjukehus etter utreise frå barselavdeling på grunn av komplikasjonar som infeksjonar, blodpropp og psykiske lidingar.

Det må vere tydeleg avklart kven som har ansvar for at dei aktuelle prøvane og undersøkingane blir utførte. Det er grunn til å tru at det framover skal takast fleire prøvar, og det vil kunne innverke vesentleg på tidspunktet for utskrivning frå føde-/barselavdeling. Til dømes medfører nye

retningslinjer for behandling av diabetes og svangerskapsdiabetes at langt fleire barn skal ha blodsukkerkontroll før utreise.

Det bør i endå større grad leggjast til rette for familiebasert omsorg i barselavdelingane. Alle føretaka må ha som mål å oppfylle krava til mor-barn-vennlege sjukehus.

Tilbodet om oppfølging heime ved tidleg heimreise bør utviklast ytterlegare i samarbeid med kommunane. Tilbodet må vere tilgjengeleg alle dagar, også i helger og høgtider.

Det bør etablerast rutinar for systematisk tilbakemelding frå pasientar og pårørande.

Den vidare utviklinga av samarbeid med kommunehelsetenesta vil vere i tråd med nasjonale tilrådingar og nye kvalitetskrav. Her er God Start eit godt døme på saumlaust samarbeid mellom fødeavdelinga og kommunehelsetenesta.

Spesialisthelsetenesta bør ikkje ta på seg oppgåver som naturleg høyrer heime i primærhelsetenesta.

## 9 Plan for implementering og oppfølging

### *Den vidare prosessen*

Etter at *Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga i Helse Vest* er behandla i Helse Vest sitt styre, skal han danne grunnlag for oppdatering og revisjon av dei føretaksvise områdeplanane. Dette arbeidet skal ta til etter sommaren 2017.

*Helse Vest  
Postboks 303 Forus  
4066 Stavanger  
Telefon: 51 96 38 00  
[www.helse-vest.no](http://www.helse-vest.no)*

