
Følges fastsatte kvalitetskrav i fødselsomsorgen?

ORIGINALARTIKKEL

LARS T. JOHANSEN

ltj@helsetilsynet.no

Avdeling for spesialisthelsetjenester

Statens helsetilsyn

Han har bidratt med idé, utforming, analyse og tolkning av data og har vært hovedansvarlig for utarbeiding av manuset.

Lars T. Johansen (f. 1958) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og seniorrådgiver.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

AASE SERINE DEVOLD PAY

Avdeling sykehustjenester

Helsedirektoratet

og

Avdeling for global helse kvinner og barn

Folkehelseinstituttet

Hun har bidratt med analyser og tolkning av data og utarbeiding av manuset.

Aase Serine Devold Pay (f. 1966) er jordmor, ph.d. og seniorrådgiver.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LISE BROEN

Undersøkelsesenheten

Statens helsetilsyn

Hun har bidratt med utforming, tolkning av data og utarbeiding av manuset.

Lise Broen (f. 1955) er jordmor og seniorrådgiver.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BRIT ROLAND

Avdeling sykehustjenester

Helsedirektoratet

Hun har bidratt med idé, utforming og datainnsamling.
Brit Roland (f. 1954) er jordmor og seniorrådgiver.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PÅL ØIAN

Kvinneklinikken
Universitetssykehuset Nord-Norge
og
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø

Han har bidratt med utforming, tolkning av data og utarbeiding av manuset.
Pål Øian (f. 1948) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege og professor.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter

BAKGRUNN

Helsedirektoratets veileder *Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen* ble publisert i desember 2010 og skulle gi grunnlag for utvikling av et bedre og mer forutsigbart fødetilbud. I denne artikkelen presenteres opplysninger fra fødeinstitusjonene om etterlevelse av kvalitetskravene, herunder informasjon om seleksjon, fosterovervåkning, organisering, bemanning og kompetanse.

MATERIALE OG METODE

Informasjonen ble innhentet ved hjelp av et elektronisk spørreskjema i perioden januar–mai 2015. Skjemaet ble sendt via e-post til medisinskfaglig ansvarlig ved landets fødeinstitusjoner per 1.1.2015 (n = 47).

RESULTATER

Spørreundersøkelsen hadde en svarprosent på 100. Seleksjonskriterier for hvor den gravide skal føde ble oppgitt å være i henhold til kvalitetskravene. Ansvarsområdet til lege og jordmor var ikke beskrevet ved henholdsvis 38,5 % og 15,4 % av fødeinstitusjonene. Få registrerte hvorvidt jordmor var til stede hos den fødende under aktiv fase. Ved fødeavdelingene rapporterte halvparten om ubesatte legestillinger, og en tredel av kvinneklinikkene oppga at de hadde et stort behov for jordmorvikarer. Halvparten av fødeavdelingene mente at kvalitetskravene hadde ført til bedre opplæring, men undervisningen var i liten grad tverrfaglig eller obligatorisk.

FORTOLKNING

Studien viser at helseforetakene på flere områder har rutiner som er i henhold til nasjonale kvalitetskrav, men det er fortsatt uklart om de etterleveres i praksis. Forbedringsområder er knyttet til rutiner som beskriver ansvarsområder, tilgang på personalressurser og opplæring av ansatte.

Hovedbudskap

Alle landets fødeinstitusjoner har innført seleksjonskriterier for hvor gravide kan føde

Flere fødeinstitusjoner manglet skriftlige prosedyrer som beskriver jordmors og vakthavende leges ansvarsområder under fødsel

Fødeavdelingene hadde bare halvparten av legestillingene besatt, og noen avdelinger hadde problemer med å oppfylle kravet om firedelt vakt

Undervisning og praktisk trening i fødeinstitusjonene var i liten grad tverrfaglig og obligatorisk

Statens helsetilsyn utga i desember 1996 rapporten *Faglige krav til fødeinstitusjoner* (1). Hensikten var å gi en oversikt over hvilke faglige krav som skulle være gjeldende for fødeinstitusjonene. I rapporten ble det anbefalt at fødsler skulle foregå på tre nivåer: kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue (inkludert forsterket fødestue med beredskap for akutte keisersnitt). Det ble stilt minimumskrav til antall fødsler på hvert fødenivå og lagt vekt på god risikovurdering og seleksjon av kvinnen til rett nivå.

Rapporten ble lagt til grunn for stortingsmeldingen *En gledelig begivenhet* (2). Fødselsomsorgen skulle være differensiert og desentralisert. Inndelingen av fødeinstitusjonene i tre nivåer skulle opprettholdes. Forsterkede fødestuer skulle omgjøres til fødeavdeling eller fødestue. Fødselstall som kriterium for fødenivå skulle erstattes av kvalitetskrav til fødeinstitusjonene.

I 2010 publiserte Helsedirektoratet veilederen *Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (3). I den fulgte man opp intensjonene i stortingsmeldingen, der «kvalitet» omfatter krav til både organisering, oppgave- og funksjonsfordeling og kompetanse, system for oppfølging av kravene og krav til informasjon og kommunikasjon.

Veilederen angir spesifikke seleksjonskriterier for fødsler – hvem som kan føde på fødestue, hvem som kan føde på fødeavdeling eller hvem som bør føde på kvinneklinikk. Det legges føringer på overvåkning og behandling av lavrisiko- og høyrisikofødende, herunder betydningen av å ha klare retningslinjer for når lege skal tilkalles ved kompliserte fødsler.

Ved fødeavdeling og kvinneklinikk anbefales det at fast ansatte spesialister utgjør hoveddelen av legebemanningen, vikarstafetter bør unngås og vikarers kompetanse kontrolleres. Vaktordningen for gynekologer bør ikke være hyppigere enn firedelt, for å sikre et minimum av gynekologer i avdelingen. For kvinneklinikkene stilles det krav om at bakvakt skal ha tilstedevakt. Det er krav til bruk av ulike typer fosterovervåkning, herunder kompetanse og undervisning for både leger og jordmødre. Undervisning og praktisk trening i akutsituasjoner inngår som en del av kravene.

I Tidsskriftet ble det i 2011 publisert et treårsmateriale der Helsetilsynet oppsummerte tilsynssaker hvor barnet døde eller fikk alvorlig skade under fødselen (4).

Tilsynssakene viste at det ofte sviktet i fosterovervåkning, i tilkalling av kompetent personell, i rask forløsning når det var nødvendig og i helseforetakets plikt til å melde alvorlige hendelser i henhold til den lovpålagte meldeordningen. En studie fra Norsk pasientskadeerstatning viste lignende funn (5).

Helsedirektoratets veiledere og retningslinjer er ment som rådgivende for å oppnå faglig forsvarlighet i tjenesten og som virkemiddel for å sikre god kvalitet og riktige prioriteringer. De regionale helseforetakene og helseforetakene har ansvar for at tjenesten utføres forsvarlig og at nasjonale retningslinjer og veiledere tas i bruk og omsettes til praksis. Hensikten med denne studien var å innhente informasjon om implementering av veilederen *Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (3) i fødeinstitusjoner. Kartleggingen ble ikke gjennomført som en tilsynsaktivitet.

Materiale og metode

Informasjon ble innhentet ved bruk av et elektronisk spørreskjema (Questback). Skjemaet ble utviklet på bakgrunn av Helsedirektoratets veileder *Et trygt fødetilbud – faglige krav til fødselsomsorgen* og etter innspill fra fagpersoner.

Spørsmålene er inndelt i seks deler – del 1: Bakgrunnsinformasjon, del 2: Seleksjon og differensiering, del 3: Bemanning og beredskap, del 4: Fosterovervåkning, diagnostikk og fostermedisin, del 5: Kompetanseutvikling, del 6: Tilrettelegging og samarbeid. Skjemaet inneholder hovedsakelig spørsmål med faste svarkategorier (ja/nei) eller seksdelt Likert-skala. Unntaket er spørsmål som omhandler kommentarer til bemanning (del 3) og revisjon av veilederen (del 6), hvor respondentene fikk anledning til å svare åpent. Totalt inngår det 40 spørsmål i spørreundersøkelsen (johansenappendiks).

Invitasjon til å besvare skjemaet ble sendt som e-post 3.1.2015, med svarfrist 13.2.2015. Det ble gitt informasjon om undersøkelsen og link til spørreskjemaet. Skjemaet ble sendt til alle landets 47 fødeinstitusjoner per 1.1.2015. Det manglet svar fra seks fødeinstitusjoner da svarfristen gikk ut, men etter to påminnelser hadde alle svart. Siste svar innkom 16.5.2015.

Det var lege med medisinskfaglig ansvar i fødeseksjonen som svarte fra kvinneklinikkene og fødeavdelingene. På fødestuene var det avdelingsjordmor som svarte og på de to forsterkede fødestuene svarte henholdsvis en klinikkdirektør og en avdelingsoverlege.

Resultater

Det var til sammen 47 respondenter som besvarte skjemaet (100 %). De representerte 17 kvinneklinikker, 22 fødeavdelinger og åtte fødestuer (inkludert to forsterkede fødestuer). Tabell 1 viser antall fødeinstitusjoner på foretaksnivå og fordeling i hver helseregion.

Tabell 1

Antall fødeinstitusjoner i Norge per 2014 inndelt etter institusjonsnivå og helseregion. Opplysninger om fødeinstitusjonen ble gitt av den medisinskfaglig ansvarlige i fødeseksjonen

	Kvinneklিনিকker	Fødeavdelinger	Fødestuer	Forsterkede fødestuer	Totalt
Helse Sør-Øst	9	8	1		18
Helse Vest	4	2		1	7
Helse Midt-Norge	2	5			7
Helse Nord	2	7	5	1	15
Totalt	17	22 ¹	6	2	47

¹ Hvorav fire hadde neonatalavdeling

Seleksjon og differensiering

Alle institusjonene svarte at de hadde definert hvilke pasienter som tilhører kategorien «normalfødende». To kvinneklinikker (4,3 %) hadde ikke definert hvilke pasienter som er i kategorien «risikofødende». Alle respondentene hadde seleksjonskriterier i tråd med kvalitetskravene og hadde tilpasset seleksjonskriteriene til lokale forhold, bortsett fra tre (6,4 %).

To av 39 fødeinstitusjoner (fødestuer utelatt) svarte at de ikke hadde skriftlige prosedyrer for hvordan normalfødende skal overvåkes og behandles, og én av 39 hadde ikke dette for risikofødende. Det var seks av 39 fødeinstitusjoner (15,4 %) som ikke hadde utarbeidet skriftlige prosedyrer for jordmors ansvarsområde under fødsel, og 15 av 39 fødeinstitusjoner (38,5 %) hadde ikke prosedyrer som definerte vakthavende leges ansvarsområde. Fire av 39 fødeinstitusjoner (10,3 %) rapporterte at de ikke hadde prosedyrer for når lege skal tilkalles ved kompliserte fødselsforløp. Syv av 39 fødeinstitusjoner (17,9 %) hadde ikke prosedyrer som beskrev ansvarsområdet for jordmor i hovedvakt.

Organisering og bemanning

Det var 11 av 21 fødeavdelinger (én avdeling ikke svart) (52,4 %) og 11 av 15 kvinneklinikker (to avdelinger ikke svart) (73,3 %) som hadde alle legestillinger besatt. Ved 17 av 21 fødeavdelinger (81,0 %) og 11 av 15 kvinneklinikker (73,3 %) var alle jordmorstillinger besatt. Kvinneklinikkene og fødeavdelingene hadde da besatt 77,8 % av jordmorstillingene og 61,1 % av legestillingene. Én kvinneklinikk og to fødeavdelinger svarte at kravet om firedelt vakt for leger ikke var oppfylt.

Fødeinstitusjonene svarte på i hvor stor grad de var avhengig av å bruke jordmor- eller legevikarer. Ti kvinneklinikker (58,8 %) rapporterte at de i stor eller middels grad hadde behov for å benytte jordmorvikarer. 19 fødeavdelinger (86,4 %) rapporterte at de i liten eller middels grad hadde behov for legevikarer.

Alle kvinneklinikker og fødeavdelinger hadde gynekologspesialist på vakt hele døgnet, men én fødeavdeling svarte at de bare hadde det på dagtid. Vanligvis har fødeavdelingene etablert en ordning der vakthavende lege har hjemmenvakt kveld og natt. Spesialist i pediatri var i vaktberedskap hele døgnet ved alle kvinneklinikkene og ved syv av 22 fødeavdelinger (31,8 %).

22 av 47 fødeinstitusjoner (46,8 %) svarte at de ikke hadde skriftlige kriterier for når jordmor skal være til stede under aktiv fødsel. Det var 24 fødeinstitusjoner (51,1 %) som svarte at de i stor eller middels grad ga tilbud om jordmors tilstedeværelse under aktiv fødsel. Ni av disse 24 fødeinstitusjonene (37,5 %) hadde oversikt over antall fødende som reelt hadde jordmor til stede under den aktive delen av fødselen.

Fosterovervåkning

Fødeinstitusjonene ble spurt om hvilke metoder de bruker innen fosterovervåkning (tab 2). Alle kvinneklinikkene hadde fosterovervåkning, i form av enten ST-analyse (STAN), skalp-pH eller laktatmåling. Fire fødeavdelinger (18,2 %) hadde ikke tilgang på denne type overvåkning. Alle kvinneklinikkene hadde utarbeidet kriterier for når ulike metoder for fosterovervåkning skulle brukes, mens fem av fødeavdelingene (22,7 %) ikke hadde slike kriterier.

Tabell 2

Ulike metoder for fosterovervåkning som brukes ved kvinneklinikker og fødeavdelinger i Norge per 2014 (antall fødeinstitusjoner angitt i prosent) rapportert fra medisinsk faglig ansvarlig i fødeseksjonen

	Kvinneklinikk	Fødeavdeling
Håndholdt dopplerapparat	100	86,4
CTG-registrering	100	95,5
ST-analyse (STAN)	88,2	36,4
CTG-registrering med analyse av korttidsvariabilitet	82,4	27,3
Jordmorstetoskop	76,5	54,5
Måling av pH eller laktat fra skalpblod	52,9	59,1

To kvinneklinikker (11,8 %) og en fødeavdeling (4,5 %) hadde ikke utarbeidet skriftlige kriterier for når lege skulle kontaktes ved kardiotokografiforandringer (CTG-forandringer). Ti av 46 fødeinstitusjoner (21,7 %) hadde ikke mulighet for elektronisk lagring av kurver som viser fostrets hjertefrekvens under fødselen.

Undervisning og opplæring

Fødeinstitusjonene ble spurt om hvor ofte de hadde undervisning i temaet fosterovervåkning. Syv kvinneklinikker (41,2 %) og seks fødeavdelinger (27,3 %) rapporterte at de hadde ukentlig undervisning for jordmødrene. Åtte kvinneklinikker

(47,1 %) og seks fødeavdelinger (27,3 %) rapporterte at de hadde ukentlig undervisning i fosterovervåkning for leger.

Krav om sertifiseringsordning for leger og jordmødre innen fosterovervåkning (STAN- eller CTG-registrering) var etablert ved ti av 19 fødeavdelinger (tre avdelinger ikke svart) (63,2 %) og 16 av 16 kvinneklinikker (én avdeling ikke svart) (100 %). Ved anskaffelse av STAN-apparatur følger det med et undervisningsprogram som også omfatter sertifisering.

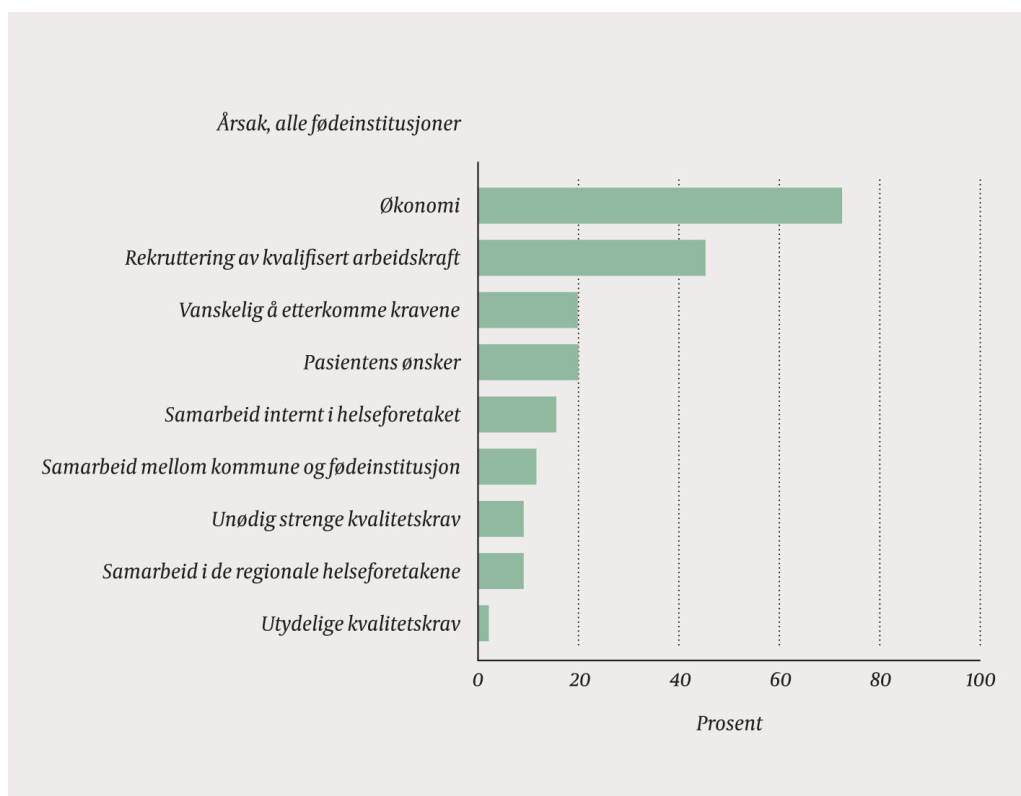
39 av 47 fødeinstitusjoner (83,0 %) hadde etablert egne fagutviklere for jordmødre, og 18 av 47 (38,3 %) hadde fagutviklere for legene. Felles internundervisning for jordmødre og fødselsleger var etablert ved 24 av 47 fødeinstitusjoner (51,0 %) og felles kasuistikkgjennomgang var etablert ved 31 av 47 institusjoner (66,0 %). Felles praktisk trening for jordmødre, fødselsleger, barneleger og barnepleiere var etablert ved 37 av de 47 fødeinstitusjonene (78,7 %), og praktisk trening var obligatorisk ved 19 fødeinstitusjoner (40,4 %).

Opplæringsprogrammer for nyansatte og vikarer var tilgjengelig ved 29 av 47 fødeinstitusjoner (61,7 %). Systematisk hospitering var etablert ved én av 17 kvinneklinikker (5,9 %), seks av 22 fødeavdelinger (27,3 %) og seks av åtte fødestuer (75,0 %).

Har kvalitetskravene ført til endring?

Når det gjelder leges tilstedeværelse ved risikofødsler rapporterte 12 fødeavdelinger (54,5 %) og åtte kvinneklinikker (47,1 %) at kvalitetskravene i stor grad hadde ført til endringer. Det tverrfaglige samarbeidet mellom leger og jordmødre var i stor grad blitt bedre ved fem kvinneklinikker (29,4 %) og 11 fødeavdelinger (50,0 %). Ved seks kvinneklinikker (35,3 %) og 13 fødeavdelinger (59,1 %) mente man at kvalitetskravene i stor grad hadde ført til endringer i kompetansekravene.

Figur 1 viser hva respondentene mente var de største hindringene for å etterkomme kvalitetskravene. Mangel på økonomiske midler ble angitt som årsak hos 73 %, og 52 % svarte at mangel på kvalifisert personell var av stor betydning.



Figur 1 Hva mente de medisinskfaglig ansvarlige i norske fødeinstitusjoner per 2014 var de største hindringene for å innføre de nye kvalitetskravene i fødselsomsorgen (angitt i prosent)

Diskusjon

Studien viser at Helsedirektoratets veileder *Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (3) har innvirket på rapporterte endringer i norsk fødselshjelp, men at det er betydelige utfordringer knyttet til rutiner som beskriver ansvarsområdene til lege og jordmor, tilgang på personalressurser og opplæring av ansatte.

Seleksjonskriterier er innført og risikogravide definert

Seleksjonskriterier for hvilke kvinner som anbefales å føde på de ulike nivåene er innført i alle fødeinstitusjoner. Majoriteten av institusjonene har definert kriterier som klassifiserer normalfødende og risikofødende. Dette er en forutsetning for å yte differensiert fødselsomsorg.

Tilsynssaker har vist at fødselshjelpen ofte svikter når fødselsforløpet endres fra normalt til avvikende, fordi fødselshjelpere med nødvendig kompetanse ikke blir tilkalt (4–6). Forklaringen kan være manglende rutiner for tilkalling av lege, men det kan også skyldes uavklarte ansvarsforhold knyttet til jordmors og fødselsleges arbeidsoppgaver. Noen fødeinstitusjoner hadde ikke skriftlige rutiner for når lege skulle tilkalles, og et større antall hadde ikke skriftliggjort ansvarsområdet til fødselshjelperne. Kvalitetskravene er tydelige på at disse ansvarsforholdene skal være avklart.

Begrenset tilgang på personellressurser

Om lag halvparten av fødeavdelingene rapporterte om ubesatte legestillinger. Det er kjent at små fødeinstitusjoner i mange år har hatt utfordringer knyttet til bemanningen (2, 3, 7), og kartleggingen viser at problemet fremdeles eksisterer. I kvalitetskravene

fremkommer det at legenes vaktordning minst skal være firedelt. Likevel var det to fødeavdelinger som ikke oppfylte kravet. Det kan være flere – kartleggingen gir ikke svar på hvordan vaktordningen gjennomføres i praksis. Det kan tenkes at en fødeinstitusjon har fire leger ansatt, men det reelt bare er én til tre leger til stede til enhver tid. Kravet om firedelt vakt er da ikke oppfylt.

Knappt halvparten av fødeavdelingene hadde ubesatte legestillinger, og godt en firedel av kvinneklinikkene hadde ubesatte jordmorstillinger. De fleste fødeavdelingene rapporterer imidlertid at det i liten eller middels grad var behov for legevikarer. Det kan bety at fødeavdelingene oftere bruker fast ansatte leger til å dekke opp for ubesatte legestillinger, ferie, sykdom etc.

Over halvparten av kvinneklinikkene rapporterte at det i middels eller stor grad er behov for å bruke jordmorvikarer. Det kan bety at fast ansatte i mindre grad dekker de ubesatte vaktene og at avdelingene i større grad må bruke innleide vikarer. Høy vikarbruk gir risiko for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, fordi mange vikarer ikke har god nok kjennskap til pasientgruppen, utstyr, rutiner, prosedyrer og andre ansatte (2, 3, 7, 8). Kartleggingen gir ikke svar på om fødeinstitusjonene overveiende bruker faste vikarer eller ikke.

Ifølge kvalitetskravene anbefales det at jordmor er til stede hos den fødende under den aktive fasen av fødselen, såkalt en-til-en-oppfølgning. Dette gir trygghet hos pasienten og fører til flere spontane fødsler og kortere fødsler og redusert behov for smertelindring (9). Det er også rapportert færre keisersnitt og operative vaginale forløsninger.

Bare halvparten av respondentene besvarte spørsmålet om en-til-en-oppfølgning. Av disse oppga nesten alle at de ga et slikt tilbud, men det var svært få som faktisk registrerte om jordmor var kontinuerlig til stede under aktiv fødsel. Helseforetakene bør bruke tilstedeværelse under den aktive fasen av fødselen som en kvalitetsindikator og derfor også registrere om de fødende får dette tilbudet. Dette er også omtalt i oppdragsdokument 2017 til de regionale helseforetakene.

Tilgang til avansert fosterovervåkning og opplæring

Det fremgår av kvalitetskravene at de fødeinstitusjonene som tar imot risikofødende, skal ha tilgang til avansert fosterovervåkning (STAN-overvåkning, analyse av laktat eller pH fra fosterets skalpblod) i tillegg til CTG-registrering. Fire fødeavdelinger oppfylte ikke dette kravet.

Nye systematiske oversikter og metaanalyser har vist at STAN-teknologien ikke gir bedre resultater enn CTG-registrering alene (10, 11). Derimot kan STAN-konseptet krediteres for å ha satt CTG-tolkning bedre i system, for eksempel med en sertifiseringsordning.

Fødeinstitusjonene skal ha klare retningslinjer for hvordan den differensierte fødselsomsorgen skal foregå, og i dette inngår blant annet valg av overvåkningsmetode. Gjennomgang og analyse av alvorlige hendelser innen obstetrikk har vist at det ofte svikter i anvendelse og tolkning av fosterovervåkningen (4, 5, 12).

Virksomhetene skal gjennomføre regelmessig undervisning og stille kompetansekrav til jordmødre og leger innen tolkning og bruk av fosterovervåkning. Kartleggingen viste at kvinneklinikkene oftere gjennomfører undervisning i fosterovervåkning og at de i

større grad sikrer kompetansen ved å bruke sertifiseringsordninger. Slike ordninger kan være en måte å sikre at alle innehar nødvendig kompetanse i fosterovervåkning. En tredel av fødeavdelingene har ikke sertifiseringsordninger innen dette.

Det er presisert i kvalitetskravene at undervisningen og den praktiske treningen bør være tverrfaglig og obligatorisk. Kartleggingen har vist at felles internundervisning for jordmødre og leger bare gjennomføres ved halvparten av fødeinstitusjonene. Den tverrfaglige undervisningen er viktig, fordi fødselshjelpere får en felles forståelse av obstetriske problemstillinger og hvordan disse skal håndteres.

Videre var det under halvparten av fødeinstitusjonene som hadde obligatorisk felles undervisning for fødselsleger, barneleger og jordmødre. Det kan tenkes at institusjonene gjennomfører undervisning separat for hver kategori av helsepersonell. Helseforetaket har plikt til å sørge for at alle har nødvendig kompetanse, og ett tiltak kan være å gjennomføre obligatorisk tverrfaglig undervisning. På den måten kan det bedre sikres at alle har nødvendig kompetanse og obligatoriske ferdigheter.

Styrker og svakheter ved studien

Det er en styrke ved studien at alle landets fødeinstitusjoner besvarte spørreundersøkelsen. Medisinskfaglig ansvarlig sto for besvarelsen, dermed kan den gjenspeile en subjektiv oppfatning snarere enn avdelingens generelle syn.

Implementering av kvalitetskrav omfatter også en vurdering av om alle fødselshjelpene i avdelingen er kjent med retningslinjene og om de faktisk blir fulgt. Vår undersøkelse gir ikke informasjon om dette.

Enkelte spørsmål gir mulighet for et visst skjønn. Noen spørsmål ble ikke besvart, hvilket kan skyldes at vedkommende som fylte ut skjemaet manglet informasjon om temaet.

Spørreundersøkelsen gir i liten grad svar på om rutiner etterleves eller hvor mange som deltar i undervisning. Vi mener allikevel at den gir viktig informasjon om rutiner og organisering i fødeinstitusjonene og hva som gjenstår av mulige kvalitetsforbedrende tiltak.

Konklusjon

Veilederen *Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen* har ført til rapporterte endringer i norsk fødselshjelp, men fortsatt gjenstår det en del arbeid når det gjelder rutiner, ubesatte stillinger og tverrfaglig undervisning.

Det er viktig at arbeidsgiver kjenner til i hvilken grad kvalitetskravene etterleves for å kunne utarbeide forbedringstiltak og senere vurdere effekten av tiltak som iverksettes.

LITTERATUR

1. Faglige krav til fødeinstitusjoner. IK-2565. Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.
https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/faglige_krav_fodeinstitusjoner_ik-2565.pdf (13.2.2016).

2. St.meld. nr. 12 (2008-2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
(19.6.2017).
3. Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen. IS-1877. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf> (8.11.2016).
4. Johansen L, Øian P. Barn som dør eller får alvorlig skade under fødsel. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 2465 - 8. [PubMed][CrossRef]
5. Andreassen S, Backe B, Øian P. Claims for compensation after alleged birth asphyxia: a nationwide study covering 15 years. Acta Obstet Gynecol Scand 2014; 93: 152 - 8. [PubMed][CrossRef]
6. Svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser... kunne det skjedd hos oss? Rapport fra Statens helsetilsyn 3/2014.
<http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2014/Svikt-i-samhandling-kommunikasjon-og-kompetanse-i-alvorlige-hendelser-kunne-det-skjedd-hos-oss/> (9.11.2016).
7. Oppsummering av tilsynserfaring fra små fødeinstitusjoner. Statens helsetilsyn 5.5.2008. <https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Utvalgte-brev-og-horingsuttalelser-tidligere-ar/Oppsummering-tilsynserfaringer-smaa-foedeavdelingene-under-500-foedsler-aar/> (18.11.2016).
8. Uønskede hendelser knyttet til vikarbruk i spesialisthelsetjenesten. Kunnskapssenteret 28.10.2013.
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/uonskede-hendelser-knyttet-til-vikarbruk-i-spesialisthelsetjenesten> (25.11.2016).
9. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2013; 7: CD003766. [PubMed]
10. Blix E, Brurberg KG, Reiherth E et al. ST waveform analysis versus cardiotocography alone for intrapartum fetal monitoring: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Acta Obstet Gynecol Scand 2016; 95: 16 - 27. [PubMed][CrossRef]
11. Neilson JP. Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour. Cochrane Database Syst Rev 2015; 12: CD000116. [PubMed]
12. Berglund S, Grunewald C, Pettersson H et al. Severe asphyxia due to delivery-related malpractice in Sweden 1990-2005. BJOG 2008; 115: 316 - 23. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 18. september 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.16.1070
Mottatt 5.12.2017, første revisjon innsendt 22.3.2017, godkjent 19.6.2017.

