

Faglige krav til fødeinstitusjoner

IK-2565



Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1
Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo
Telefon 22 24 88 88 Telefax 22 24 95 90

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Forord

Knapt noen del av helsetjenestene i Norge er gjenstand for slik oppmerksomhet som svangerskap og fødsel. Dette skyldes både at fødsler angår alle, og fordi det er betydelig oppmerksomhet knyttet til mulige komplikasjoner i forbindelse med fødsler.

Flere steder i Norge diskuteres strukturen for fødeinstitusjoner. Dette gjenspeiles til dels i det pågående arbeidet med de regionale helseplanene. Sosial- og helsedepartementet har bedt Statens helsetilsyn om faglige innspill vedrørende kravene til fødeinstitusjoner, bl.a. som ledd i arbeidet med å vurdere de regionale helseplanene, og som grunnlag for deler av arbeidet med ny lov om spesialisthelsetjeneste og ny lov om helsepersonell.

Statens helsetilsyn oppnevnte i 1996 en utredningsgruppe bestående av Stein Tore Nilsen (leder), Jan Holt, Atle Hestnes og Lisbeth Sætre for å gjennomgå de faglige kravene som bør stilles til fødeinstitusjoner. Utvalgets innstilling ble sendt på høring til landets fylkeskommuner. Innstillingen er justert på grunnlag av høringsuttalelsene.

Innstillingen er en anbefaling som anviser én måte å organisere fødselsomsorgen, som et grunnlag for utvikling av alment aksepterte faglige normer og dermed bidrar til å sikre kvaliteten i fødeinstitusjonene. Fylkeskommunene har ansvar for drift av fødeinstitusjoner. Fylkeskommunen står fritt til å organisere tjenestene på andre måter så lenge lovens krav om faglig forsvarlig drift er oppfylt.

Helsetilsynet finner at arbeidsgruppen har gjort et meget omfattende og grundig arbeid som har prinsipiell interesse. Arbeidsgruppen takkes for det arbeidet som er utført.

Oslo, desember 1996

Anne Alvik
helsedirektør

Innhold:

1	Innledning	9
1.1	Bakgrunn.....	9
1.2	Avgrensninger og prinsipper i utredningen.....	9
1.3	Tidligere utredninger.....	10
1.4	Høringsuttalelser.....	11
2	Sammendrag	13
3	Oversikt over fødsler og fødeinstitusjoner.....	16
3.1	Utviklingen i 70- & 80-årene.....	16
3.2	Fødeinstitusjoner og fødsler.....	16
3.3	Operative forløsninger.....	20
3.4	Fødsler utenfor institusjon.....	21
3.5	Perinatal dødelighet.....	21
4	Struktur for fødeinstitusjoner	23
4.1	Dagens struktur.....	23
4.2	Struktur med definerte kvalitetsstandarder.....	23
4.3	Kvinneklinikk.....	26
4.4	Fødeavdeling.....	27
4.5	Fødestue	27
5	Krav til vaktberedskap og bemanning	28
5.1	Kvinneklinikker.....	28
5.2	Fødeavdelinger.....	28
5.3	Kirurgers deltagelse i beredskap ved fødeavdelinger	29
5.4	Fødestuer.....	31
6	Krav til støttefunksjoner og utstyr	33
6.1	Kvinneklinikker.....	33
6.2	Fødeavdelinger.....	34
6.3	Fødestuer.....	34
7	Funksjonsfordeling og seleksjon av fødende	35
7.1	Prinsipper for funksjons fordeling.....	35
7.2	Dagens ansvarsforhold	37
7.3	Anbefaling vedrørende ansvarsforhold ved fødestuer	38
7.4	Retningslinjer for seleksjon/overflytting	39
7.5	Risikofaktorer.....	40
7.6	Seleksjon av fødende til fødestuer	42
8	Transport av fødende og nyfødte	44
8.1	Følgetjeneste til fødeinstitusjon.....	44
8.2	Overføring av fødende.....	45
8.3	Overføring av nyfødte.....	46

9	Hjemmefødsler	47
9.1	Krav til hjemmefødsler	47
9.2	Informasjon til fødende	48
10	Oppfølging av nyfødte	49
10.1	Gjenopplivning.....	49
10.2	Undersøkelse av nyfødte.....	50
10.3	Tidlig hjemreise	50
11	Utdannelse og rekruttering	52
11.1	Kompetansekrav og etterutdanning	52
11.2	Bemannings situasjonen og rekrutteringstiltak	53
12	Avslutning.....	55
12.1	Konsekvenser av utredningen	55
12.2	Kvalitetssikring	55

Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

I forbindelse med vurdering av fylkeskommunal og regional helseplanlegging har Det kgl. sosial- og helsedepartement i brev av 10.5.96 anmodet Statens helsetilsyn om en vurdering av hvilke faglige krav som bør stilles til bemanning og vaktberedskap ved fødestuer og fødeavdelinger ved lokalsykehus. Etter departementets syn vil disse krav ha nær sammenheng med vurderinger av små-sykehusenes framtidige funksjon og funksjonsfordeling mellom sykehusene.

Departementet har spesielt bedt om at følgende problemstillinger vurderes:

- Hvilke fødsler kan/bør foretas ved dagens fødestuer når det foretas en seleksjon av fødslene?
- Hvilke minimumsforutsetninger bør være tilstede ved en fødeavdeling når det gjelder antall fødsler og faglige krav til bemanning?

Av hensyn til behandlingen av de regionale helseplanene i departementet ble Statens helsetilsyn anmodet om å komme med sine anbefalinger innen 10.10.96. Etter avtale med Sosial- og helsedepartementet ble utkast til rapport sendt ut til høring (jfr. 1.4) og frist for revisjon og Statens helsetilsyns endelige anbefalinger ble satt til 15.11.96.

Statens helsetilsyn oppnevnte en utredningsgruppe for å vurdere de spørsmål departementet har stilt. Gruppen, som har hatt 4 møter, har bestått av:

Overlege dr.med. Stein Tore Nilsen,
Sentralsjukehuset i Rogaland (leder)

Sjeflege Jan Holt,
Nordland sentralsykehus

Kommunelege Atle Hestnes,
Ørland kommune

Avdelingsjordmor Lisbeth Sætre,
Rjukan sykehus.

Førstekonsulent Turid Heiberg, Statens helsetilsyn har fungert som prosjektkoordinator.

1.2 Avgrensninger og prinsipper i utredningen

Utredningens formål er å komme med anbefalinger om faglige krav til fødeinstitusjoner som i sin tur kan danne grunnlag for den struktur fødeinstitusjonene bør ha i Norge. Det har ikke vært utvalgets oppgave å utarbeide en generalplan for fødeinstitusjoner i Norge. Fylkeskommunene har driftsansvaret for fødeinstitusjoner og må organisere tilbudet innenfor lovens krav om faglig forsvarlig drift, eventuelt gjennom samarbeide innenfor helseregionene.

Utredningen vil danne grunnlag for departementets behandling av fylkeskommunale- og regionale helseplaner og deres anbefalinger vedrørende helseinstitusjoner. Utredningen anviser også én mulig organisering av fødeinstitusjoner.

Hellandsvik utvalgets innstilling¹ om eierskap for sykehusene er for tiden til behandling i departementet. Innstillingen har 3 alternativer til eierforhold for sykehusene. Det vil være den fremtidige sykehuseier som må avgjøre antall, lokalisasjon og organisering av fødeinstitusjoner.

Tidsperspektivet for utredningen er en beskrivelse av fremtidige faglige krav. I dette ligger at utredningsgruppen har måttet legge til grunn den utvikling som har skjedd vedrørende krav til overvåkning og kompetanse i fødselshjelp og sammenholde dette med kompetansen til dem som i dag gir fødselshjelp. I disse vurderingene har utvalget spesielt tatt for seg kirurgers deltagelse i fødselshjelp.

Et hovedprinsipp i denne utredningen er at en definerer tre nivåer for fødeinstitusjoner og setter faglige minimumskrav knyttet til antall fødsler, bemanning, kompetanse og utstyr i disse institusjonene. Videre forutsettes at det ved de enkelte institusjonene utarbeides retningslinjer for hvilke fødende en kan gi et tilbud lokalt og hvilke som må henvises til et høyere kompetansenivå.

Et hovedprinsipp for gruppen er at den fødende bør selv i den utstrekning det er faglig forsvarlig, få velge den institusjon hun ønsker å føde ved. For at hun skal kunne foreta dette valg, må hun også få nødvendig informasjon om institusjonens faglige standard og beredskap. Ved å definere faglige minimumstandarder vil også den fødende få informasjon om hvilken beredskap og kompetanse institusjonen har og i hvilken grad denne er i stand til å behandle komplikasjoner som kan oppstå i forbindelse med fødsler.

1.3 Tidligere utredninger

På basis av to NIS-rapporter^{2,3}, som viste at reduksjonen i perinatal dødelighet i Norge var lavere enn i våre nordiske naboland og at en vesentlig del (ca. 30%) av dødsfallene omkring fødsel kanskje kunne vært unngått, oppnevnte Sosialdepartementet et hovedutvalg som i 1984 kom med sin innstilling NOU 1984:17 «Perinatal omsorg i Norge»⁴ Utredningen har fått stor betydning for utviklingen av den perinatale service i Norge. Den har også dannet grunnlag for opprettelse av perinatalkomiteer, en ordning som senere er omstrukturert og evaluert.

NOU 1984:17 beskriver inngående svangerskapsomsorgen og kommer med faglige anbefalinger. Den beskriver fødeavdelingenes struktur (vesentlig romforholdene) og utstyr og har egne kapitler om utdanning. I liten grad

¹ Norges offentlige utredninger. Hvem skal eie sykehusene NOU 1996:5. Statens forvaltningstjeneste, Oslo 1996.

² Larssen K-E, Bakketeig LS, Bergsjø P, Finne PH. Perinatal service i Norge i 1970-årene, NIS-rapport 6/81, Trondheim 1981.

³ Larssen K-E, Bakketeig LS, Bergsjø P, Finne PH, Laurini R, Knoff H, Vogt H, Hapnes C. Vurdering av perinatal service i Norge 1980, NIS-rapport 7/82, Trondheim 1982.

⁴ Norges offentlige utredninger. Perinatal omsorg i Norge. NOU 1984:17. Oslo Universitetsforlaget 1984.

gis anbefalinger om bemanning, beredskap og krav til kompetanse ved den enkelte fødeinstitusjon. Det har vært opp til den enkelte institusjon selv å definere faglig forsvarlig bemanning og beredskap. Det har ikke vært noen faglig norm som har hatt gjennomslagskraft eller vært egnet for bruk av tilsynsmyndighetene.

Utviklingen og utbyggingen av kommunehelsetjenesten har ført til et stadig større engasjement i svangerskapsomsorgen. Jordmørtjeneste i kommunene er blitt obligatorisk, og jordmødre deltar i større grad i svangerskapsomsorgen. Statens helsetilsyn har i 1995 utgitt en Veileder i svangerskapsomsorg i kommunehelsetjenesten, som i tillegg til generell veiledning i detalj omhandler psykososiale forhold vedrørende svangerskap. Siden denne veiledningen er for kommunehelsetjenesten,⁵ omhandler den ikke krav til fødeinstitusjoner.

Helsedirektoratet nedsatte i 1991 et utredningsutvalg for å komme med forslag til modeller som kunne sikre faglig forsvarlig fødselshjelp ved sykehus med rekrutteringsvansker. Videre skulle utvalget vurdere spesialistdekningen samt spesialistutdannelse for kirurger med henblikk på obstetrikk/gynekologi.

Utvalgets innstilling foreligger som manuskript⁶ og gir en bred drøftelse av valg av fødested og obstetrisk service, førstegangsfødende som riskogruppe, kirurger som fødselshjelpere samt spesialistmangel og rekruttering. Denne innstilling har vært et viktig grunnlagsdokument for den nåværende vurdering av faglige krav. Vurderinger og anbefalinger fra 1991-utredningen vil bli referert til i de kapitler det har relevans.

1.4 Høringsuttalelser

Et utkast til rapport ble den 4.10.96 sendt til høring hos fylkeskommunene (ved fylkeshelsesjefene), Kommunenes sentralforbund, De regionale helseutvalg, fylkeslegene, avdelingsoverlegene ved fødeavdelingene ved sentralsykehusene samt relevante arbeidstakerorganisasjoner.

Ved høringen var en spesielt interessert i tilbakemelding på følgende momenter:

- Prinsippet om en struktur på tre kompetansenivåer for fødeinstitusjoner som utredningen legger opp til.
- Krav til bemanning og kompetanse, herunder kirurgers deltagelse i vakt-tjeneste ved fødeavdelinger.
- Seleksjonsprinsipper som en legger opp til for fødende, herunder hvilke fødsler som bør kunne foregå på fødestuer/-hjemmefødsler.
- Ansvarsforhold for fødestuer.

Høringsfristen ble satt til 6.11.96 av hensyn til departementets frist for endelig rapport den 15.11.96. Det har i alt innkommet 68 høringsuttalel-

⁵ Statens Helsetilsyns veiledningsserie 5-95. Veileder i svangerskapsomsorg i kommunehelsetjenesten. Statens helsetilsyn, Oslo.

⁶ Fødselshjelp ved lokalsykehus. Manuskript. Helsedirektoratet, Oslo 1991.

ser. Tilnærmet alle som fikk oversendt rapport til uttalelse har sendt inn høringsuttalelse.

Høringsuttalelsene har gitt nyttige og gode innspill i prosessen med ferdigstilling av utredningen. Uttalelsene er grundige og viser stort engasjement i de problemstillingene rapporten tar opp.

Utredningsgruppen har revidert sin rapport på basis av høringen. Spesielt har beskrivelsen av ansvarsforhold, organisering og drift av fødestuene blitt utvidet og delvis omarbeidet.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

2 Sammen drag

Sosial- og helsedepartementet har anmodet Statens helsetilsyn om en utredning av faglige krav til helseinstitusjoner, herunder en angivelse av hvilke fødsler som kan/bør skje på på dagens fødestuer og minimumsforutsetninger for fødeavdelinger hva angår beredskap og antall fødsler.

I 1995 fant 98,1% av alle fødsler sted ved sykehus, 1,1% ved fødestuer og 0,7% hjemme eller under transport. Ved de 14 største avdelingene, alle med over 1.500 fødsler, fant 64 % av fødsle ne sted, mens vel 3.000 eller 6 % av fødsle ne fant sted ved de 14 minste avdelingene, alle med mindre enn 400 fødsler pr. år.

Denne utredning definerer faglige krav til tre nivåer fødeinstitusjoner, men tar ikke stilling til hvor institusjonene skal være plassert eller hvilke av dagens fødeinstitusjoner som oppfyller de formulerte kvalitetskrav. Imidlertid forutsetter utredningen, som St.meld nr 50 (1993-94), at flere av dagens små fødeavdelinger blir omdefinert til fødestuer.

Utvalgets anbefalinger til struktur, antall fødsler, beredskap kan oppsummeres slik:

Nivå 3 - Kvinneklinner

- Minst 1.500 fødsler pr år i nedslagsfeltet
- Tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege
- Nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannin g
- Barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte

Nivå 2 - Fødeavdelinger

- Minst 400 - 500 fødsler pr år
- Vaktberedskap av fødsels- og anestesilege.
- Kun unntaksvis og som en overgangsordning kan kirurger delta i vaktberedskap
- Nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannin g
- Barnelege tilknyttet fødeavdelingen.

Nivå 1 - Fødestuer

- Minst 40 fødsler pr år
- Vaktberedskap av jordmødre
- Avklarte medisinske ansvarsforhold.

For alle nivåene er det anbefalt krav til støttefunksjoner og utstyr.

Med denne struktur og beredskap anbefales at de fødende selekteres til de forskjellige fødeinstitusjoner slik:

Nivå 3 - Kvinneklinikkene vil kunne motta og behandle alle fødende.

Nivå 2 - Fødeavdelingene vil kunne motta de fleste fødende og gi operativ fødselshjelp, men må overføre til kvinneklinikk fødende med alvorlige komplikasjoner eller fødende der det er forventet behov for behandling av det nyfødte barn ved nyfødtavdeling.

Nivå 1 - Fødestuene vil kunne motta fødende uten spesielle komplikasjoner og hvor det ikke er forventet operativ forløsning eller spesielle behandlingsbehov hos de nyfødte.

Hvilke fødende som bør forløses ved fødestuer, vil avhenge av mulighetene til i nødsfall å utføre operative forløsninger. Til tross for at en ved svangerskapskontrollen ikke har avdekket forhold som tilsier operativ forløsning, vil en måtte foreta inngrep hos 5 - 10 % av førstegangsfødende og 1 - 2 % av flergangsfødende.

Ved fødestuer lokalisert nær sykehus bør en tillate førstegangsfødende. Ved fødestuer med lang reisetid til sykehus må seleksjonen være strengere og fødsel hos førstegangsfødende bør ikke planlegges.

Minimumskrav til å føde ved en fødestue bør være:

- Svangerskapskontrollen har ikke avdekket forhold som tilsier komplikasjoner i forbindelsen med fødselen.
- Det har ikke vært komplikasjoner ved evt. tidligere forløsninger.
- Terminen er fastslått og fødselen skjer etter 36. svangerskapsuke (37.0 uker).
- Det er ikke konstatert flere fostre eller unormalt leie.
- Fødselen starter spontant.

Det er fylkeskommunene som har ansvar for å planlegge og drive fødeinstitusjoner. Imidlertid kan fylkeskommunen inngå avtale med andre om drift, ansvarsforholdene må da defineres i avtaleform. Det må i en slik avtale avklares:

- Arbeidsgiveransvar
- Systemansvar
- Faglig ansvar

Jordmortjeneste er obligatorisk i kommunene. Det anbefales samarbeid om følgetjeneste for fødende som har mer enn en times reisetid til fødeinstitusjon. Videre redegjøres for krav som bør oppfylles ved overflytting av fødende og nyfødte til høyere kompetansenivå.

Planlagte hjemmefødsler bør bare finne sted på grunnlag av anmodning fra den fødende. Følgende krav må etter utvalgets mening være oppfylt:

- Det er ikke faglige forhold som tilsier at hjemmefødsel er uforsvarlig.
- Den fødende er informert om risikoforholdene ved hjemmefødsel.
- Den fødende selv har et sterkt ønske om hjemmefødsel.

Seleksjon av fødende til hjemmefødsler bør skje på samme måte som til fødestuer, men det må settes spesielle krav til informasjon til de fødende og dokumentasjon av at informasjon er gitt. Jordmødre som har ansvar for hjemmefødsler anbefales egen ansvarsforsikring.

Prinsippene for og organisering av gjenopplivning av nyfødte klargjøres i utredningen. Videre gis anbefalinger om undersøkelse av nyfødte og hvilke ordninger for oppfølging som bør gjelde dersom barnet forlater fødeinstitusjonen kort tid etter fødsel.

I utredningen presiseres viktigheten av etterutdanning for de som deltar i omsorgen for fødende og nyfødte. Det er arbeidsgivers ansvar å sikre at slik etterutdanning finner sted.

Enhver som yter helsetjenester plikter å sørge for at virksomheten drives i samsvar med allment aksepterte faglige normer. Kravene som er foreslått i denne utredning, kan sees på som et grunnlag for utvikling av allment aksepterte faglige normer og dermed sikre kvaliteten i fødeinstitusjonene.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

3 Oversikt over fødsler og fødeinstitusjoner

3.1 Utviklingen i 1970 og 1980-årene.

Fra 1930 til 1970 økte antall fødeinstitusjoner i Norge fra 11 til nærmere 200. I en nylig publisert undersøkelse har Bergsjø og Daltveit⁷ beskrevet utviklingen for fødeinstitusjoner fra 1972 - 93 basert på data fra Medisinsk Fødselsregister. Antall fødeinstitusjoner er mer enn halvert fra 158 i 1972 til 67 i 1993.

Nedleggelse av små fødestuer og fødeseksjoner ved små sykehus er angitt som de viktigste årsakene til denne reduksjonen. Antall sykehus som hadde fødeavdeling er redusert fra 72 til 53, mens antall fødestuer er redusert fra 59 til 14. En nærmere gjennomgang viser at de fødestedene som ble nedlagt på begynnelsen av 90-årene med ett unntak var fødestuer som hadde 1 - 12 fødsler hver.

Nedgangen i fødeinstitusjoner på 70- og 80-årene er betinget i synkende fødselstall i 70-årene og medisinske anbefalinger om tryggere fødsler i velutstyrte institusjoner. Nedgangen i fødeinstitusjoner var også sterkest i det tidsrommet da nedgangen i fødselstallet var størst. Det var fylkesvise forskjeller; i Hordaland, Nordland og Finnmark har nedleggelsen av små fødestuer vært mest markert.

Det er vel verd å merke seg at denne nedgangen ikke har funnet sted på grunn av statlige direktiver om nedleggelse av fødeinstitusjoner. Imidlertid skal en ikke se bort fra at de økonomiske rammer fylkeskommunene har fått tildelt, har ført til rasjonalisering og sentralisering og vært en medvirkende årsak til den reduksjon en har sett i antall fødeinstitusjoner.

3.2 Fødeinstitusjoner og antall fødsler

Utredningsgruppen har i sitt arbeid hatt tilgang til foreløpige tall fra Medisinsk fødselsregister over antall fødsler og hyppighet av operative forløsninger ved de enkelte fødeinstitusjonene i 1995.

Antall fødte etter fødested i 1995 var:

Fødested	Antall (%)
Sykehus	59 529 (98,1)
Fødestuer	685 (1,1)
Hjemme	260 (0,4)
Transport	197 (0,3)
Annet/ukjent	25 (0,0)
Totalt	60 696 (100)

Fødsler fant i 1995 sted ved i alt 51 sykehus og 11 fødestuer.

⁷ Bergsjø P, Daltveit AK. Fødeinstitusjoner og fødsler i norske fylker i begynnelsen av 1990-årene. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1591-4.

På de kommende sider er i tabell 1 gitt en oversikt over antall fødsler ved de enkelte institusjoner og hyppighet av operative forløsninger. I tabell 2 er disse institusjonene gruppert i forhold til størrelse. Tabell 3 gir en oversikt over hyppighet av operative forløsninger fra 1967-1994 med 5 års intervaller:

Tabell 1: Oversikt over antall fødsler og hyppighet av operative forløsninger i 1995. (Foreløpige tall fra Medisinsk fødselsregister.)

Fødeinstitusjon	Antall fødsler	Keiser snitt (%)	Vaginal op. (%)	Totalt op. (%)
Haukeland sykehus	4951	12,0	9,6	21,6
Sentralsjukehuset i Rogaland	4253	8,7	10,2	18,9
Aker sykehus	3922	14,7	13,4	28,1
Sentralsykehuset i Akershus	3173	11,2	8,7	19,9
Regionsykehuset i Trondheim	2961	14,3	12,0	26,3
Østfold sentralsykehus	2805	14,0	9,7	23,7
Ullevål sykehus	2762	17,1	13,5	30,5
Vestfold sentralsykehus	2294	9,4	10,1	19,5
Bærum sykehus	2080	9,6	13,1	22,6
Buskerud sentralsykehus	1918	13,1	8,3	21,4
Vest-Agder sentralsykehus	1908	13,9	6,2	20,2
Regionsykehuset i Tromsø	1649	12,1	7,9	20,0
Rikshospitalet	1648	21,4	12,1	33,5
Telemark sentralsykehus	1563	13,8	5,8	19,6
Fylkessykehuset i Haugesund	1429	12,5	10,7	23,2
Fylkessykehuset i Ålesund	1266	15,8	5,8	21,6
Aust-Agder sentralsykehus	1217	10,5	8,1	18,6
Nordland sentralsykehus	1200	15,4	9,9	25,3
Innherrred sykehus	1151	15,6	6,0	21,5
Lillehammer fylkessykehus	968	13,1	7,3	20,5
Gjøvik fylkessykehus	965	13,5	11,7	25,2
Hamar sykehus	789	13,7	7,5	21,2
Sentralsh. i Sogn og Fjordane	697	12,8	8,0	20,8
Fylkessykehuset i Molde	673	15,2	5,8	21,0
Hammerfest sykehus	656	10,4	9,3	19,7
Ringerike sykehus	652	13,0	13,3	26,4
Orkdal Sanf. sykehus	625	12,3	6,4	18,7
Hedmark sentralsykehus	617	20,7	8,3	29,0
Fylkessykehuset på Stord	617	13,0	5,3	18,3
Namdal sykehus	555	10,3	7,9	18,2
Harstad sykehus	526	13,1	4,8	17,9
Volda sykehus	501	11,2	6,6	17,8
Konsvinger sykehus	488	13,9	9,6	23,6
Rana sykehus	449	8,2	5,6	13,8

Tabell 1 - fortsettelse: Oversikt over antall fødsler og hyppighet av operative for-
løsninger i 1995. (Foreløpige tall fra Medisinsk fødselsregister).

Fødeinstitusjon	Antall fødsler	Keiser snitt (%)	Vaginal op. (%)	Totalt op. (%)
Fylkessykehuset i Kristiansund	448	13,6	5,6	19,2
Kirkenes sykehus	418	13,9	8,6	22,5
Storkmarknes sykehus	401	14,2	4,2	18,5
Kongsberg sykehus	380	17,4	4,5	21,8
Fylkessykehuset på Voss	372	7,8	8,1	15,9
Fylkessh. på Nordfjordeid	334	12,6	4,5	17,1
Narvik sykehus	318	19,8	6,3	26,1
Flekkefjord sykehus	306	11,1	4,9	16,0
Sandnessjøen sykehus	275	10,9	9,1	20,0
Lofoten sykehus	269	13,4	5,9	19,3
Fylkessykehuset i Lærdal	257	10,5	12,1	22,6
Notodden sykehus	206	13,6	2,9	16,5
Vefsn sykehus	168	14,9	1,2	16,1
Tynset sykehus	152	1,3	0	1,3
Lenvik helsesenter	149	0	2,7	2,7
Fylkessykehuset i Odda	148	14,9	2,0	16,9
Brønnøysund sykehjem	120	0	1,7	1,7
Alta helsesenter	117	0	0	0
Fylkessykehuset i Florø	87	3,4	5,7	9,2
Rjukan sykehus	85	7,1	2,4	9,4
Sonjatun helsesenter	60	0	0	0
Ørland helsesenter	60	0	0	0
Nord-Aurdal fødestue	44	0	0	0
Oppdal helsesenter	34	0	0	0
Røde Kors sykestue, Andenes	33	0	0	0
Hallingdal sjukestuga	24	0	0	0
Nordfold og Leikanger sykest.	13	0	0	0
Lom helseheim	11	0	0	0

Tabell 2: Antall fødeinstitusjoner med tilhørende antall fødsler og hyppighet av operative forløsninger i 1995 etter antall fødsler pr. år. (Foreløpige tall fra Medisinsk fødselsregister).

Antall fødsler pr. år	Antall institusjoner	Antall fødsler	% av fødsler i Norge	Keisersnitt (%)	Op. vag. forl. (%)
> 3000	4	16 299	27,5	11,6	10,5
2000-2999	5	12 902	21,8	13,2	11,6
1500-1999	5	8 686	14,7	14,8	8,0
1000-1499	5	6 263	10,6	13,9	8,2
500-999	13	8 841	14,6	13,3	8,1
250-499	13	4 715	8,0	12,9	6,8
50-249	11	1 352	2,3	6,4	1,8
10-49	6	159	0,3	0,0	0,0
Totalt	62	59 257	100	12,8	9,2

Tabell 3: Hyppighet av fødsler med operativ forløsning etter forløsningstype og fødselsår. (Medisinsk fødselsregister)

Forløsnings type	1969	1974	1979	1984	1989	1994
Keisersnitt %	1,5	3,3	7,6	9,4	12,8	12,5
Tang %	1,7	1,5	3,2	4,0	3,2	2,8
Vakuüm-ekstraksjon %	1,4	2,9	3,4	3,4	4,5	5,2
Vaginal seteforløsning %	1,9	2,5	1,7	1,3	1,1	1,5
Totalt operativ forløsning %	6,5	10,2	15,9	18,1	21,6	22,0

Tabell 1 & 2 viser at 37 887 eller 64% av alle fødsler finner sted ved de 14 største avdelingene som alle hadde flere enn 1 500 fødsler årlig. Ved institusjoner med mindre enn 500 fødsler fant i 1995 11% av alle fødsler sted, mens 7% av fødslene fant sted ved institusjoner med mindre enn 400 fødsler.

Det var i alt 14 fødeavdelinger ved små sykehus som hadde mindre enn 400 fødsler i 1995. Ved disse avdelingene ble det i alt forløst 3 357 fødende eller 5,7% av alle fødende i Norge.

Det var 11 fødestuer som hadde fra 11 - 148 fødsler (små fødestuer med fra 1- 6 fødsler er utelatt fra oversikten). Ved disse 11 fødestuene fant i alt 665 eller 1,1 % av alle fødsler sted.

De siste 10 årene har det vært en økning i antall fødsler (51.134 fødte i 1985, mot 60.696 fødte i 1995). I de kommende årene er det ventet en mindre nedgang. Dersom fruktbarheten holder seg på dagens nivå (1,88 barn pr. kvinne) vil en i følge Statistisk sentralbyrå's fremskrivninger⁸ forvente følgende fødselstall:

Årstall	Forventet fødselstall
2000	59 098
2005	55 402
2010	54 096
2015	56 078
2020	58 485

3.3 Operative forløsninger

De siste 25 årene har det skjedd en utvikling med økning i frekvens av operative forløsninger. Mens en ved slutten av 60-årene vesentlig utførte operative inngrep når det var fare for den fødende, var det i 70- og 80-årene en utvikling hvor hensyn til barnet og skader på barnet ble tillagt større vekt og dannet grunnlag for operative forløsninger.

Tabell 3 viser at i 1966 ble 6,5% av alle fødende forløst operativt, en hyppighet som i 1994 var steget til 22,0% hvorav 12,5% var keisersnitt. De foreløpige tall for 1995 viser en hyppighet totalt av operative forløsninger også på 22,0% hvorav 12,8% var keisersnitt.

Det er grunn til å merke seg denne utviklingen. Flere av dagens små fødeavdelinger ble etablert mens frekvensen av operative forløsninger var lav og ofte var det kirurger som utførte inngrepene.

I utredningen fra 1991 om fødselshjelp ved lokalsykehus er det vist spesielt høye frekvenser av keisersnitt ved små lokalsykehus. Ved enkelte sykehus ble 20% av de fødende forløst med keisersnitt uten at de fødende representerte spesielle risikofødsler.

Ved de 14 fødeavdelingene som hadde mindre enn 400 fødsler ble det i 1995 forløst 413 eller 12,3% av de fødende med keisersnitt. Flere avdelinger hadde fremdeles rundt 20% keisersnitt. Operative vaginale forløsninger (tang, vakum og sete) var totalt 187 eller 5,6% av fødslene slik at totalt ble 17,9% forløst operativt.

Ved de 11 fødestuene ble det i 1995 utført 5 vakuump- og 1 seteforløsning. Dette representerer 0,9% av fødslene ved fødestuene.

⁸ Norges offisielle statistikk. Framskrivning av folkemengden 1993-2050. Statistisk sentralbyrå, Oslo-Kongsvinger 1994.

I tillegg til operative forløsninger vil også lav fødselsvekt medføre behov for spesiell assistanse ved forløsning og i nyfødtp perioden (se kapittel 10). I Norge hadde 994 eller 1,6% av de som ble født i 1994 fødselsvekt under 1.500 gram, mens 3.342 eller 5,5% hadde fødselsvekt under 2.500 gram.

Medisinsk fødselsregister har de senere årene registrert en økende hyppighet av tvillinger, noe som fører til økt behov for kvalifisert hjelp under fødselen og i nyfødtp perioden.

3.4 Fødsler utenfor institusjon

I 1995 var det 197 transportfødsler hvilket utgjør 0,3% av alle fødsler. Det var variasjoner mellom fylkene med flest (32) i Hordaland og ingen i Aust-Agder. Høyest frekvens av transportfødsler var det i Oppland, med 0,7% av alle fødsler.

Det har vært hevdet at en økt sentralisering av fødslene vil medføre økt risiko for fødsel under transport. En undersøkelse fra Medisinsk fødselsregister viser imidlertid at selv om andelen fødte under transport økte fra 0,17% i 1970 til 0,25% i 1988, ble risikoen forbundet med transportfødsler kraftig redusert. På slutten av 80-årene var den perinatale dødeligheten den samme som for fødsler i institusjon. Det ser derfor ut til at bedret omsorg under transporten har kompensert for ulemper forbundet med økt reiseavstand.⁹

Det var 250 hjemmefødsler i 1995, hvilket utgjør 0,4% av alle fødsler. Hjemmefødsler var registrert i alle fylker. Imidlertid fant de fleste fødslene sted i større byområder. Det har kun vært en beskjeden økning i hjemmefødsler - i 1980 fant 77 eller 0,1% av fødslene sted i hjemmet.

3.5 Perinatal dødelighet

Den perinatale dødelighet (dødfødte og døde første leveuke) har vist en kontinuerlig nedgang i en årrekke. Som tidligere nevnt var en ugunstig utvikling i forhold til andre nordiske land en av årsakene til utredningsarbeidet som førte fram til NOU 1984:17.

Utviklingen i perinatal dødelighet de siste 20 årene er gitt i følgende tabell:

Periode	Perinatal dødelighet
1976-80	12,1 pr 1000
1981-85	9,5 pr 1000
1986-90	7,8 pr 1000
1991-94	7,2 pr 1000

Reduksjonen i 70-årene kan være forårsaket av sentralisering av fødsler, bedre perinatal overvåkning (SF-måling, CTG-registrering) og utbygging av

⁹ Daltveit AK, Irgens LM, Vollset SE. Risikoforhold ved transportfødsler i Norge 1967-88. Tidsskri Nor Lægeforen 1991; 111: 1217-21.

nyfødtavdelinger. Til tross for økt satsning i 80-årene (ultralyd, operative forløsninger, perinatalkomiteer) har den perinatale dødelighet blitt redusert lite, men relativt sett mere. I dag er røyking den risikofaktor som ved å elimineres kan gi størst helsegevinst i form av redusert dødelighet både i perinatalperioden og første leveår.

Den perinatale risiko er avhengig av forhold hos den fødende (svangerskapskomplikasjoner, sykdommer hos mor, antall tidligere fødsler og mors alder). Jo tidligere barnet er født i svangerskapet, desto høyere er den perinatale mortaliteten. Det er også i de laveste vektgruppene en har hatt den største reduksjon de siste 20 årene. Antall barn i de enkelte vektgrupper blir lite når en skal studere dødelighet.

I tabellen nedenfor er gjennomsnittet av dødeligheten i begynnelsen av 70-årene sammenlignet med begynnelsen av 90-årene for de laveste vektgruppene:

Perinatal dødelighet		
Vektgruppe	1970	1990
500-999 g	90%	55%
1000-1499 g	60%	15%
1500-1999 g	30%	10%

Blant de barn som veier mindre enn 500 gram ved fødsel er det kun noen få% som overlever.

Sammenligning av dødelighet mellom fødeinstitusjoner er vanskelig. Dødeligheten avhenger av risikofaktorer hos de fødende og barna hvor barnets vekt er en av de viktigste. En liten fødeavdeling uten nyfødt avdeling vil overflytte fødende hvor en forventer et for tidlig født barn. Den perinatale dødeligheten ved slik avdeling vil derfor bli lavere enn ved en fødeavdeling ved et sentralsykehus som får overflyttet risikofødsler fra lokalsykehus og fødestuer.

En liten fødeavdeling med f.eks. 500 fødsler vil måtte sende fra seg riskofødende og en vil derfor kun forvente 1 - 2 perinatale dødsfall i året ved en slik avdeling. Disse dødsfall vil for det vesentligste være dødfødsler hvor barnet er død før innkomst i avdelingen.

Statistisk sett er det alt for lave fødselstall i de enkelte fødeavdelingene til at en med rimelig grad av sikkerhet skal kunne uttale seg om forskjeller enten fra år til år eller mellom avdelinger. Perinatal dødelighet er derfor lite egnet som kvalitetsindikator ved små fødeavdelinger, og kan heller ikke brukes som indikator for trygghet og sikkerhet ved små fødeinstitusjoner.

4 Struktur for fødeinstitusjoner

4.1 Dagens struktur

NOU 1984:17 «Perinatal omsorg i Norge» nivå-delte fødeinstitusjoner på følgende måte:

- Regionsykehus / universitetssykehus
- Fylkessykehus type I (sentralsykehus)
- Fylkessykehus type II (lokalsykehus)
- Sykestue/fødehem

Spesielt for lokalsykehusene varierte strukturen på fødselshjelpen. Ofte var dette mindre fødeavdelinger som var en del av kirurgisk avdeling, med eller uten spesiallege i fødselshjelp. Det var ikke formulert faglige krav til bemanning ved fødeavdelingene og det var opp til den enkelte avdeling å definere bemanning og beredskapsnivå.

På fødestuer drives fødselshjelpen av jordmødre med tilsyn av allmennpraktiserende leger. Som redegjort for i kapittel 3.1 har det vært en markant nedgang i denne typen fødeinstitusjoner - i dag er det kun 14 som tar imot fødende. Flere fødeavdelinger ved små lokalsykehus fungerer i dag på mange måter som en fødestue (f.eks. er fødeavdelingen ved Odda sykehus omtalt som fødestue i forslag til helseplan for Hordaland fylkeskommune). De har ikke ansatt spesiallege i fødselshjelp og mangler mange av støttefunksjonene som en fødeavdeling må ha.

Statens helsetilsyn fastsetter etter forslag fra Den norske lægeforening strukturen i spesialistutdannelsen av leger. De 28 avdelingene som er godkjente undervisningsinstitusjoner for spesialistutdanningen av leger er gruppert i 11 Gruppe-I og 17 Gruppe-II avdelinger. Gruppe-I avdelinger er enten region-sykehus eller store sentralsykehus. Alle som godkjennes som spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer må ha minimum 18 måneders tjeneste fra en slik avdeling.

Begrepet Kvinneklipp var tidligere kun brukt av store avdelinger ved universitetssykehusene. Etter som flere større sentralsykehus har fått utbygd tilbudet til kvinner og nyfødte barn slik at de selv er i stand til å behandle de aller fleste pasientene, benytter flere og flere større avdelinger betegnelsen Kvinneklipp. Denne utviklingen har skjedd uten at det er formulert noe krav som må oppfylles for å bruke betegnelsen Kvinneklipp.

4.2 Struktur med definerte kvalitetsstandarder.

Ved valg av fødeinstitusjon er det viktig at en har klarlagt de faglige minimumstandarder institusjonen har. Dette gjelder både for den enkelte fødende og den jordmor/lege som i mange tilfeller har avgjørende innflytelse på valget.

En undersøkelse blant fødende i Bergen¹⁰ viste at 72% ønsker at fødselslege, barnelege og/eller anestesipersonell er tilgjengelig umiddelbart. I samme undersøkelse oppgir også 74% av de fødende at de ønsker mulighet for epiduralbedøvelse som smertelindring under fødselen.

¹⁰ Trovik J, Salvesen H, Marøy M, Dalaker K. Hvis de fødende kunne velge selv... Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 838-41

Utvalget er kommet til at det bør defineres tre kompetansenivåer for fødeinstitusjoner. Dermed vil de fødende og deres jordmødre / leger kunne foreta vurderinger og valg av fødested, både ut fra faglige vurderinger og ut fra den fødendes egne ønsker.

De 3 kompetansenivåene bør etter utvalgets mening ha følgende karakteristika:

- Nivå 3: Må ha beredskap og være bemannet til uten opphold å kunne gi fødende og nyfødte overvåkning og behandling på høyt nasjonalt nivå.
- Nivå 2: Må ha beredskap til å gi fødende nødvendig overvåkning og operativ fødselshjelp dersom det er indisert. Videre må en kunne gi nødvendig behandling til nyfødte slik at de kan overføres til nyfødtavdelinger.
- Nivå 1: Må ha kontinuerlig vakt av jordmødre for å kunne gi fødselshjelp til utvalgte fødende hvor komplikasjoner og operative forløsninger ikke er forventet.

Det er velkjent at det er et forhold mellom pasientvolum og behandlingskvalitet.¹¹ Selv om Helsedirektoratets utredning ikke spesifikt omhandler fødselshjelp, er det ingen grunn til ikke å sette krav til minimum behandlingsvolum for de forskjellige nivåer av fødeinstitusjoner. Dette kan med fordel relateres til antall fødsler.

Det vil være forskjell på en fødeinstitusjon som ikke mottar fødende med komplikasjoner og selv videresender fødende til større institusjoner, og en institusjon som mottar kompliserte fødsler fra andre institusjoner.

Etter utvalgets vurdering bør en fødeinstitusjon på Nivå 3 ha over 1500 fødsler i året som et nødvendig pasientvolum til å ha nødvendig behandlingsskvalitet for det brede spekter av kompliserte fødsler og problemer hos nyfødte disse institusjonene forutsettes å betjene (blant annet barn med lav fødselsvekt). Viktig i denne forbindelse vil det også være om kapasiteten er stor nok til å gi nødvendig kontinuitet i tjenestetilbudet.

Kravet til 1500 fødsler/år kan reduseres noe dersom institusjonen mottar pasienter fra andre institusjoner slik at den populasjon fødende institusjonen betjener, tilsvarer 1500 - 2000 fødende.

Skal en fødeavdeling yte døgnkontinuerlig operativ fødselshjelp må en i henhold til dagens krav til arbeidsmiljø og tariffavtaler minst ha 4 kompetente fødselshjelpere som deler på vaktbelastningen. En avdeling med 500 fødsler og frekvens av operative forløsninger lik landsgjennomsnittet ville få følgende antall forløsninger pr år for hver av 4 leger:

¹¹ Helsedirektoratets utredningsserie 4-93. Forholdet mellom pasientvolum og behandlingsskvalitet, Oslo 1993.

- 15 keisersnitt
- 10 tang/vakuumforløsninger
- 2 vaginale seteforløsninger

Avdelingen vil måtte overføre enkelte risikofødsler til større avdelinger med den følge at denne hyppighet av operative forløsninger reduseres.

Etter utvalgets mening vil 10 - 15 keisersnitt og 10 - 15 operative vaginale forløsninger pr. lege utgjøre et minimum behandlingsvolum for å opprettholde nødvendig operativ kompetanse for hver lege, og hos personalet forøvrig. Av dette følger at avdelinger på Nivå 2 som skal yte operativ fødsels-hjelp, minimum må ha 400 - 500 fødsler årlig.

Et klart flertall av høringsuttalelsene har gitt sin tilslutning til prinsippet om 3 kompetansenivå. Det er imidlertid mange kommentarer vedrørende de formulerte anbefalingene om krav til fødselsantall, spesielt anbefalingen om minst 400 - 500 fødsler ved fødeavdelingene. Enkelte høringsinstanser anbefaler at en minst har 500 fødsler, mens andre anbefaler at kravet kan settes lavere enn 400 fødsler.

Utredningsgruppen vil som flere av høringsinstansene, understreke at det ikke bare er antall fødsler som avgjør hvilket kompetansenivå en fødeinstitusjon skal tilhøre. Denne utredningen har formulert en rekke andre anbefalinger som bør oppfylles. En kan derfor ikke klassifisere fødeinstitusjoner ut fra fødselstall alene.

Videre må det gjentas at for kvinneklinikkene vil nedslagsfeltet for de fødende som overføres til kvinneklinikken være av avgjørende betydning for om institusjonen har nok pasienter til å oppfylle de antatte krav til pasientvolum.

Lokale geografiske forhold i et land som Norge gjør at det ikke alltid er lett å organisere fødselsomsorgen på en måte som er faglig optimal. I denne forbindelse vises til høringsuttalelse fra fylkeslegen i Sogn og Fjordane hvor det heter:

I sum vil gjennomføring av rapporten sine tilrådingar truleg føre til ein betydeleg sentralisering av fødslane. Dette kan vere ein føremon ved nokre fødslar, men kan og ha moglege uheldige følgjer:

- *Lengre reisetid skapar vanskar for kontakten mellom den fødande og hennar familie.*
- *Større institusjonar og lengre avstander kan gjere samhandling mellom kommunehelsejenesten og fødeinstitusjon vanskelegare.*
- *Bortfall av fødeavdelingar ved småsjukehusa kan gjere det vanskelegare å rekruttere gynekolog og oppretthalde eit gynekologisk tilbod ved sjukehuset.*

Utredningsgruppen har nøye vurdert denne og andre innvendinger i høringsuttalelsene og er klar over de ulemper som en sentralisering vil medføre. Dette til tross er en kommet til at en vil opprettholde sin anbefaling om minst 400 - 500 fødsler. Der vises spesielt i denne forbindelse til prin-

sipper for funksjonsfordeling som er omtalt senere i rapporten (jfr 7.1 hvor også kvalitetskrav i St. meld. nr. 50 (1993-94) er gjengitt).

På nivå 1 forutsettes kontinuerlig vakt med jordmødre. For å oppnå dette innenfor dagens krav til arbeidsmiljø og tariffavtaler bør en ha 4-5 jordmødre. Dersom en setter et forsvarlig pasientvolum til 10 fødsler per jordmor per år vil kravet til pasientvolum for nivå 1 bli 40 - 50 fødsler per år.

Det har fra flere høringsinstanser vært påpekt at jordmødre som er ansatt ved en fødestue bør hospitere ved en kvinneklinikk/fødeavdeling og på den måten øke antall fødsler hun har ansvar for per år. Det regionale helseutvalget for Helseregion I har i sin faggruppe for kvinnebarn lagt til grunn at hver jordmor skal ha minst 20 fødsler inklusive de fødslene hun får ved hospitering.

Utredningsgruppen slutter seg til prinsippet om at jordmødre ved fødestuer skal hospitere og på den måten opprettholde forlønningserfaring. Krav til antall fødsler for hver jordmor bør totalt være 20 - 25 fødsler hvorav minimum 5-10 per år bør finne sted ved fødestue.

Man kunne tenke seg at en ved den beskrevne hospiteringsordning kan redusere anbefalingen om antall fødsler noe. Utredningsgruppen kan vanskelig se for seg mindre enn 40 fødsler ved en fødestue, spesielt dersom denne skal kunne gi et kontinuerlig tilbud. Det er i dag 6 fødestuer som har mindre enn 40 fødsler og hvor det i 1995 fant sted 115 fødsler. Det bør vurderes om ikke disse fødende kan bruke pasienthotell nær annen fødeinstitusjon. Dersom en velger å føde lokalt bør disse fødslene finne sted etter de retningslinjene som gjelder for hjemmefødsler (se kapittel 9).

Basert på dagens struktur og de utviklingstrekk som er beskrevet i 4.1, samt de kommentarer som er kommet i høringsrunden vil utvalget foreslå at institusjonene på de ulike nivå benevnes slik:

- Nivå 3: Kvinneklinikk
- Nivå 2: Fødeavdeling
- Nivå 1: Fødestuer

En slik benevning av de ulike kompetansenivåer for fødeinstitusjoner vil være mest i tråd med det som er dagens betegnelser.

I de kommende underkapitler vil vi kort beskrive hovedkravene til de enkelte institusjonstypene, for så i de kommende kapitler å komme nærmere inn på krav til beredskap, bemanning, støttefunksjoner og utstyr.

4.3 Kvinneklinikk

Kvinneklinikkene har kompetanse til å behandle alle typer fødende med unntak av definerte landsfunksjoner (ultral lyd tilknyttet avansert fosterdiagnostikk).

Kvinneklinikker må ha nødvendig kapasitet til å motta fødende fra eget distrikt og patologiske fødsler fra fødeavdelinger og fødestuer i klinikkens nedslagsfelt.

Pasientvolumet må tilsvare et nedslagsfelt på minst 1500 fødsler hvor kvinneklinikken ivaretar patologiske fødsler.

En kvinneklinikk forutsettes å ha høy beredskap med tilstedevakt av både fødselslege og anestesilog, og utstyr og fasiliteter som gjør det mulig å utføre operativ forløsning i løpet av 15 minutter.

Ved samme institusjon som kvinneklinikken må det være nyfødtavdeling med kontinuerlig vaktberedskap og nødvendig kompetanse til respiratorbehandling av nyfødte.

4.4 Fødeavdeling

En fødeavdeling har kompetanse til å utføre vanlige typer operativ fødsels- hjelp og kan behandle fødende med unntak av de som krever spesiell kompetanse eller en forventer at barnet umiddelbart etter fødsel vil trenge behandling ved nyfødtavdeling.

En fødeavdeling må ha nødvendig kapasitet til å motta vanlige fødende fra eget distrikt og pasientvolumet må være over 400 - 500 fødende pr år.

Vaktberedskapen ved en fødeavdeling skal som hovedregel ivaretas av spesialister i fødselshjelp. Avdelingen må også ha anestesiser-vice som muliggjør behandling av dårlige nyfødte og mulighet til å tilby fødende epiduralanestesi døgnet rundt. Operativ forløsning bør kunne skje innen 30 minutter etter at behovet er oppstått, inkludert den tid det vil ta for dem som har hjemnevakt å møte frem ved sykehuset.

En fødeavdeling må ha etablert tilsynsordning med barnelege slik at nyfødte kan bli undersøkt av barnelege før de forlater avdelingen.

4.5 Fødestue

En fødestue har kompetanse til å behandle utvalgte fødende der en ikke forventer komplikasjoner under fødselen eller forventer operative forløsninger.

En fødestue har kontinuerlig vaktberedskap av jordmor og har årlig minst 40 fødsler, for å ha nødvendig pasientvolum til å opprettholde behandlingskvaliteten.

Ansvar for den daglige drift av en fødestue har en jordmor (overjordmor/avdelingsjordmor). Fødestuen har også en tilknyttet lege, og dersom denne ikke er spesialist i fødselshjelp, må det medisinskfaglige systemansvar klarlegges (nærmere om ansvarsforhold i 7.2 og 7.3).

Fødestuen har godkjente retningslinjer for hvilke typer fødende som kan mottas og retningslinjer for overføring av fødende til institusjon med nødvendig kompetanse.

5 Krav til vaktberedskap og bemanning

5.1 Kvinneklinikker

Ved en kvinneklinikk må det være nødvendig bemanning for å kunne behandle pasienter fra eget distrikt og overførte pasienter fra nedslagsfeltet. Operative forløsninger må kunne gjennomføres i løpet av 15 minutter dersom det er påkrevet. For å oppnå denne grad av beredskap må en ved kvinneklinikken ha:

- Kontinuerlig tilstedevakt av fødselslege med nødvendig erfaring til selv å kunne gjøre vanlige operative forløsninger. Bakvaktordning med spesialist i fødselshjelp for å assistere ved vanskelige forløsninger og/eller stor arbeidsmengde.
- Kontinuerlig tilstedevakt av anestesilege med nødvendig erfaring til selv å kunne gi narkose eller epiduralbedøvelse ved forløsning samt gi nødvendig assistanse til nyfødte med problemer. Bakvaktordning med spesialist i anestesi for å assistere ved vanskelige pasienter og/eller stor arbeidsmengde.
- Vaktberedskap av barnelege med nødvendig erfaring til selv å kunne gi nødvendig assistanse til nyfødte med problemer. Bakvaktordning med spesialist med kompetanse i akuttbehandling og stabilisering av syke nyfødte.
- Nødvendig jordmorbemanning til å yte faglig forsvarlig jordmorhjelp til de fødende. Bemanningen vil avhenge av antall forløsninger og må dimensjoneres til å kunne ta hånd om naturlige variasjoner i fødselstallet. En minimum bemanning av jordmødre for å ta hånd om fødende, operasjonskvinner, barselkvinner og nyfødte bør være 1 jordmor på vakt pr. 400 - 500 forløsninger pr. år.
- Nødvendig bemanning av operasjonsavdeling for til enhver tid å ha et vaktteam til akutte keisersnitt. Dersom en kvinneklinikk har felles operasjonsavdeling med andre opererende avdelinger, må det til enhver tid være beredskap til å utføre akutte keisersnitt innen 15 minutter.

Denne bemanning anses nødvendig for at en kvinneklinikk skal ha nødvendig beredskap og opprettholde nødvendig kvalitet i behandling av og omsorg for de fødende og de nyfødte barn.

5.2 Fødeavdelinger

Den medisinske virksomheten ved en fødeavdeling må ledes av en avdelingsoverlege som er spesialist i fødselshjelp. Det bør til enhver tid være slik ansvarlig lege ved en fødeavdeling, og som hovedregel bør det være vaktberedskap av spesialist i fødselshjelp. Kun unntaksvis vil en kunne akseptere at kirurger med spesiell kompetanse innen fødselshjelp deltar i vaktberedskapen (se 5.3).

Ved en fødeavdeling må en ha ansatt flere spesialister innen fagområdet fødselshjelp, fortrinnsvis minst 4, for å kunne dekke kontinuerlig vaktberedskap innenfor de krav arbeidsmiljø og tariffavtaler setter.

Anestesiavdelinger er blitt etablert ved de fleste sykehus i tråd med utviklingen av denne medisinske spesialiteten de siste 10-årene. Anestesileger

har en viktig funksjon i fødselshjelpen, dels ved å gi anestesi ved operative forløsninger, dels ved å gi smertelindring ved fødsler i form av epiduralanestesi, og dels ved å gi akuttbehandling til dårlige nyfødte.

Det medisinske ansvar for anestesiberedskapen ved en fødeavdeling har en avdelingsoverlege i anestesi ved samme sykehus. Hun/han må også tilse at beredskapen er slik at de ovennevnte funksjoner ivaretas.

Det bør være tilsatt barnelege ved sykehus som har fødeavdeling. Det vil ikke være et krav at det er barneavdelinger med vaktberedskap i tilslutning til fødeavdelinger. Den akutte behandling og evt. overflytting av dårlige nyfødte forutsettes tatt hånd om av anestesileger dersom barnelege ikke er tilgjengelig.

Dersom barnelege ikke er ansatt ved sykehus med fødeavdeling (eller ved midlertidige fravær av barnelege), må det etableres faglige tilsynsordninger (for eksempel med spesialister fra andre sykehus) slik at alle nyfødte blir undersøkt av barnelege før utreise fra fødeavdelingen.

På bakgrunn av ovenstående betraktninger kan kravene til beredskap og bemanning ved fødeavdelinger utformes slik:

- Kontinuerlig vaktberedskap av spesialist i fødselshjelp. Kun unntaksvis kan spesielt utdannede kirurger inngå i denne vaktberedskapen (se 5.3).
- Vaktberedskap av anestesipersonell med nødvendig erfaring til selv å kunne gi narkose eller epiduralbedøvelse ved forløsning samt gi nødvendig assistanse til nyfødte med problemer.
- Tilsynsordning av barnelege som sikrer barna undersøkelse ved barnelege før utreise fra avdelingen.
- Nødvendig jordmorbemanning til å yte faglig forsvarlig jordmorhjelp til de fødende, barselkvinner og nyfødte. Bemanningen vil avhenge av antall forløsninger og må dimensjoneres til å kunne ta hånd om naturlige variasjoner i fødselstallet. En minimumbemanning av jordmødre vil være 2 - 3 jordmødre på vakt, avhengig av avdelingens størrelse.
- Nødvendig bemanning av operasjonsavdeling slik at akutte keisersnitt kan utføres innen 30 minutter etter at det er klart at operasjon er nødvendig. Ved felles operasjonsavdeling med andre opererende bør bemanningen være slik at dette kravet til beredskap kan opprettholdes.

Dersom en ved dagens fødeavdelinger ikke kan opprettholde ovennevnte beredskap / bemanning, bør avdelingene omdefineres til fødestuer (se 5.4).

5.3 Kirurgers deltagelse i beredskap ved fødeavdelinger

Fødselshjelp og kvinnesykdommer har vært egen spesialitet i over 50 år. I denne perioden har gynekologiske avdelinger gradvis vært oppbygd ved norske sykehus og pasientgruppen overført fra kirurgiske avdelinger samtidig med at de nye avdelingene også fikk ansvaret for fødeavdelingene. Et trekk i denne utviklingen har vært at kirurger i mindre og mindre grad blir involvert i forløsninger.

I spesialistutdannelsen av kirurger i dag er det ikke krav om tjeneste ved fødeavdelinger, ei heller er det noe krav om kompetanse i operative forløs-

ninger. De aller fleste som godkjennes som spesialister i kirurgi i dag, mangler erfaring og kompetanse i fødselshjelp.

Parallelt har utviklingen i fødselshjelp skjedd med stadig flere operative forløsninger - i dag forløses nærmere 1/4 av alle fødende operativt (se 3.3). Overvåkingen av de fødende skjer elektronisk og ultralyddiagnostikk har fått en sentral plass i fødselshjelpen.

Dette er en utvikling som dagens kirurger i liten grad har tatt del i. Det er grunnen til utvalgets standpunkt at kirurger kun unntaksvis skal delta i beredskap på fødeavdelinger.

Ingen kirurger bør tilpliktes å delta i beredskap ved fødeavdelinger og det bør heller ikke stilles som betingelse for ansettelse ved en kirurgisk avdeling. De kirurger som unntaksvis skal delta i beredskap ved fødeavdelinger, må gjøre dette frivillig og bør kunne dokumentere nødvendig kompetanse for dette.

Anbefalingene om at kirurger kun unntaksvis skal delta i vaktberedskap ved fødeavdelinger i tråd med Helsedirektoratets utredning om «Småsykehus - fremtidige oppgaver og funksjoner»¹² hvor det heter:

Det er uakseptabelt å knytte fødeavdelingens fortsatte eksistens til at det i fremtiden kan ansettes kirurger som har kunnskaper og ferdigheter i fødselshjelp ettersom dette ikke lenger inngår som krav i den kirurgiske utdannelsen i Norge i dag. Det er heller ikke mulig å tenke seg oppbygging av tilstrekkelig faglig service ved alle små sykehus.

Haffnerutvalgets innstilling - del I om «Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi»¹³ fremhever også at fødeavdelinger bør ha spesialist i gynekologi og obstetikk i bakvakt.

Utvalget som i 1991 utredet Fødselshjelp ved lokalsykehus, drøfter inngående hvordan kirurger skal kunne inngå i beredskap på fødeavdelinger. Tiltak som foreslås berører spesialistutdannelsen, kursvirksomhet og hospiteringsordninger.

Disse tiltak bør iverksettes dersom kirurger unntaksvis skal delta i vaktberedskap ved fødeavdelinger. Det bør i denne forbindelse påpekes at like viktig som teknisk kunnskap til å utføre operative forløsninger vil kunnskap om overvåking av fødsler med moderne metoder være.

De kirurger som deltar i vaktberedskap ved fødeavdelinger må derfor kunne dokumentere en minimum grunnutdannelse, nødvendig kursdeltagelse og ha ordninger som sørger for faglig oppdatering og etterutdannelse. Utvalget

¹² Helsedirektoratets utredningsserie 3-91. Småsykehus - fremtidige oppgaver og funksjoner. Oslo 1991.

¹³ Statens helsetilsyn utredningsserie 9-94. Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi. Oslo 1994.

er kommet til at følgende krav bør settes til kirurger som deltar i vaktberedskap på fødeavdelinger.

- Minimum 3 måneders tjeneste ved gruppeført fødeavdeling.
- Minst 60 timers kurs innen fagområdet, hvor deltagelse i grunnkurs i obstetikk vil være obligatorisk.
- Årlig 2 ukers hospitering ved fødeavdeling eller kvinneklinikk.

Den klare majoritet av høringsuttalelsene tilkjenner at kirurger ikke bør delta i vaktberedskap ved dagens fødeavdelinger og slutter seg til utredningsgruppens anbefalinger.

Kirurgisk deltagelse i vaktberedskap bør derfor ses på som unntak som over tid bør avvikles, til fordel for beredskap ved spesialister i fødselshjelp når rekrutteringssituasjonen gjør dette mulig. Det bør ved den enkelte fødeavdeling foreligge planer for når kirurgers deltagelse i vaktberedskap skal opphøre.

Det bør allerede i dag være flere enn 1 spesialist i fødselshjelp som deltar i vaktberedskapen. En ordning hvor kirurger dekker vaktberedskapen, og hvor en spesialist i fødselshjelp har generell beredskap uten å ha formalisert bakvakt er ikke tilfredstillende.

5.4 Fødestuer

I dag finnes 11 fødestuer i Norge som alle er lokalisert på steder med lang avstand til et sykehus. Med de krav som ovenfor er stilt til fødeavdelinger, må en regne med at også enkelte mindre avdelinger ved sykehus blir omdefinert som fødestuer, selv om de har lokaliteter innenfor sykehus.

Den daglige virksomheten ved en fødestue ledes av en jordmor (overjordmor/avdelingsjordmor). Jordmorberedskapen ved fødestuen må organiseres slik at det kontinuerlig er jordmorberedskap, og ut fra belastningen må det organiseres eventuelle bakvaksordninger. Med fordel kan denne bemanning kombineres med kommunejordmortjeneste.

Ved hver fødestue må de medisinske ansvarsforhold være definerte. Fortrinnsvis bør den medisinske ansvarlige være spesialist i fødselshjelp. Alternativt kan det medisinske ansvar gjennom avtale deles mellom en spesialist i fødselshjelp som har systemansvaret ved fødestuen og en annen lege som har det medisinskfaglige ansvar (disse ansvarsforholdene er nærmere beskrevet i 7.3).

Som hovedregel bør spesialist i fødselshjelp ha det medisinskfaglige ansvaret ved en fødestue. Alternativt bør ansvaret innehas av kommunelege I (evt. annen kommunelege) for fødestuer som er lokalisert utenom sykehus. For fødestuer som er lokalisert i tilslutning til sykehus kan dette ansvaret innehas av avdelingsoverlegen (evt. annen overlege) ved kirurgisk avdeling.

De som innehar det medisinskfaglige ansvar må kunne dokumentere kompetanse for å ivareta funksjonen. Det må i det enkelte tilfelle vurderes innholdet i denne kompetanse avhengig av de lokale forholdene. En rettesnor

for kompetansekravene kan være de krav som er formulert for kirurger som deltar i vaktberedskap ved fødeavdelinger (se 5.3).

Det må ved fødestuen være klarlagt hvem som skal tilkalles i tilfelle av medisinske nødsituasjoner både for den fødende og for det nyfødte barn. Dersom fødestuen er lokalisert utenfor et sykehus, vil dette naturlig være en kommunelege, mens det i de tilfeller fødestuen er lokalisert i nær relasjon til et sykehus, naturlig vil være vakthavende ved kirurgisk avdeling eller spesiallege i fødselshjelp dersom slik er tilsatt.

De som deltar i slik beredskap bør i sin videre- og etterutdanning hospitere ved kvinneklinikker/fødeavdelinger og delta i relevante etterutdanningskurs.

Ved fødestuen må det videre være nødvendig beredskap for overføring av fødende og nyfødte til høyere kompetansenivå i de tilfeller dette anses nødvendig.

Kravene til beredskap/bemanning ved en fødestue kan derfor oppsummeres slik:

- Kontinuerlig jordmorberedskap med evt. bakvaktordning ved stor belastning.
- Klargjøring av medisinsk ansvar og beredskap.
- Nødvendig beredskap for overflytting av fødende og nyfødte som trenger behandling på høyere kompetansenivå.

Det settes ingen krav til anestesi eller barnelege beredskap/service ved fødestuene. De som har hovedansvaret for nyfødte bør hospitere regelmessig i barneavdeling og delta i undersøkelse av nyfødte.

I tilslutning til enkelte fødeavdelinger er det de senere årene etablert jordmordrevne enheter (ABC-enheter). Ved disse enhetene legger en vekt på miljøet rundt fødselen og søker å unngå inngrep. Utvalget vil anbefale at det settes samme krav til beredskap og klargjøring av ansvarsforhold ved disse enhetene som ved fødestuene, spesielt viktig er det at medisinske ansvarsforhold er klarlagte.

6 Krav til støttefunksjoner og utstyr

6.1 Kvinneklinner

I tilslutning til en kvinneklinikk skal det være en nyfødtavdeling med nødvendig kompetanse til behandling av nyfødte, også de som trenger intensiv behandling. Avdelingen må ha erfaring med respirator-behandling av nyfødte og minst kunne ivareta denne behandling noen dager til den nyfødte evt. overflyttes nyfødtavdeling som har kapasitet til langvarig respirator-behandling.

Kvinneklinnerne forutsettes å samarbeide med intensivavdelinger som kan behandle og kontinuerlig overvåke kvinner med alvorlige svangerskapskomplikasjoner og komplikasjoner etter forløsning.

Nødvendig blodbankservice må også finnes i tilslutning til kvinneklinikkene slik at en kan gi nødvendige transfusjoner og ha kompetanse til å behandle nyfødte med uforlikelighetsreaksjoner.

Ved enhver kvinneklinikk må det finnes et nødvendig antall ultralydsapparater av tilfredstillende kvalitet. På forløsningsavdelingen må det likeledes være ultralydapparat til diagnostikk av akutte komplikasjoner. Dopplerapparat til vurdering av føtal blodstrøm bør finnes ved kvinneklinikker.

Et utvalg nedsatt av Norsk gynekologisk forening har vurdert behovet for fødselsovervåkning¹⁴. Utvalget anbefaler at det gjøres CTG-registrering av alle fødende ved innleggelse, uavhengig av risiko i det aktuelle svangerskapet (innkomst-CTG).

I de tilfeller hvor det er indikasjon for det, må fødselen kontinuerlig overvåkes elektronisk. Fødsler uten tegn på fare for barnet bør overvåkes med CTG-registrering i ca 20 minutter hver 3. - 4. time.

Det har i forbindelse med høringen vært hevdet at verdien av slik overvåkning ikke er dokumentert, og en må være varsom med «å sykelliggjøre» fødslene. De som har uttalt seg, ser imidlertid verdien av innkomst-CTG

Denne rapport vil anbefale at det etableres rutiner med innkomst-CTG ved alle kvinneklinikker og fødeavdelinger. Videre anbefales at det ved de enkelte avdelingene etableres rutiner for hvordan normale fødsler skal overvåkes.

Ved enhver kvinneklinikk må det finnes CTG-apparater slik at alle de fødende kan overvåkes i tråd med etablerte retningslinjer.

Videre anbefaler utvalget nedsatt av Norsk gynekologisk forening utstyr for pH-måling av barnet under fødsel. Dette bør finnes ved institusjonene på høyeste kompetansenivå - kvinneklinikkene.

¹⁴ Norsk gynekologisk forening. Kvalitetsstandarder inne fødselsovervåkning. Bergen 1996.

6.2 Fødeavdelinger

Fødeavdelinger må ha tilsyn fra barnelege på en slik måte at alle nyfødte kan undersøkes av barnelege før de utskrives. Denne tilsynsfunksjon kan dekkes av barneavdeling ved samme sykehus eller ansatt spesiallege. I de tilfeller dette ikke er mulig, må fødeavdelingen ha avtale med barnelege som besøker avdelingen minst 2 ganger i uken.

En fødeavdeling må i samarbeide med den lokale anesthesiavdelingen ha nødvendig beredskap for overflytting av fødende og/eller nyfødte til kvinneklinikk/ nyfødtavdeling.

Det må videre etableres beredskap med hensyn til transfusjoner slik at blodoverføring, også til nyfødte, kan foretas når det er nødvendig.

Ved enhver fødeavdeling må det finnes et nødvendig antall ultralydsapparater av tilfredstillende kvalitet. På forløsningsavdelingen må det likeledes være ultralydapparat til diagnostikk av akutte komplikasjoner.

Det bør gjøres CTG-registrering av alle fødende ved innleggelse uavhengig av graden av risiko i det aktuelle svangerskapet (innkomst-CTG). Videre anbefales at det ved de enkelte avdelingene etableres rutiner for hvordan normale fødsler skal overvåkes.

Ved fødeavdelingen må det finnes et nødvendig antall CTG-apparater slik at de fødende kan overvåkes i tråd med disse retningslinjene.

6.3 Fødestuer

En fødestue vil i utgangspunktet ikke ha egne støttefunksjoner. Imidlertid må det være etablert beredskap i samarbeid med ambulansetjeneste (evt. luftambulans) for overflytting av fødende og nyfødte til høyere kompetansenivå. Videre må det etableres en ordning som sikrer at alle nyfødte blir undersøkt av lege (se 10.2)

Det må finnes utstyr for operative vaginale forløsninger (tang og/eller vakuume ekstraktor) og det bør være mulighet til CTG-registrering uten at dette vil være obligatorisk ved alle fødsler.

Fødestuer må sammen med systemansvarlig spesialist i fødselshjelp vurdere hvilke telemedisinske løsninger som er aktuelle, telefaks må finnes ved hver fødestue. Disse bør utformes slik at det er mulighet døgnet rundt å oppnå kontakt med spesialist i fødselshjelp og barnesykdommer.

Ultralydapparat vil ikke være obligatorisk ved fødestuer men utvalget forutsetter at de fødende har fått tilbud om ultralydscreening i tråd med konsensuskonferansens anbefalinger.¹⁵

Ved alle fødeinstitusjoner (også ved fødestuer) må det finnes utstyr for gjenopplivning av nyfødte (se 10.1) og transportkuvøse med nødvendig utstyr for overflytting av nyfødte (se 8.3).

¹⁵ Norsk forskningsråd: Rapport nr 9. fra Komiteen for medisinsk teknologivurdering. Bruk av ultralyd i svangerskapet. Oslo 1995.

7 Funksjonsfordeling og seleksjon av fødende

7.1 Prinsipper for Funksjonsfordeling

Funksjonene i den norske helsetjenesten er fordelt i forhold til nødvendig kompetanse slik:

- Landsfunksjoner
- Flerregionale funksjoner
- Regionfunksjoner
- Spesialisthelsetjeneste (sentral-, lokalsykehus og praktiserende spesialister)
- Kommunehelsetjeneste

Innen svangerskapsomsorg og fødselshjelp er kun ultralyd tilknyttet avansert fosterdiagnostikk definert som landsfunksjon (jfr Sosial- og helsedepartementets brev om landsfunksjoner) og lagt til Nasjonalt senter for fostermedisin ved Regionsykehuset i Trondheim.

Det er få eller ingen tilstander innen fødselshjelp som er regionalisert. Imidlertid kan forventede komplikasjoner hos den nyfødte nødvendiggjøre overflytting av moren til regionsykehus for forløsning. Ved forventet behov for akutt barne- eller hjertekirurgisk service hos den nyfødte vil også kvinnen bli overflyttet fødeavdeling ved sykehus som har slik service. Disse tilstander er imidlertid få.

I denne utredning er det definert tre kompetansenivåer innen fødselshjelp:

Nivå 3 - **Kvinneklinikk** som med de få unntak som er redegjort for ovenfor, skal kunne motta og behandle alle fødende.

Nivå 2 - **Fødeavdeling** som vil kunne motta de fleste fødende og kunne gi operativ fødselshjelp, men vil måtte overføre til kvinneklinikk fødende med alvorlig komplikasjoner eller de fødende der det er forventet behandling av det nyfødte barn ved nyfødtavdeling.

Nivå 1 - **Fødestuer** som vil kunne motta fødende uten spesielle komplikasjoner og hvor det ikke er forventet operativ forløsning eller spesielle behandlingsbehov hos de nyfødte.

Ved å definere 3 kompetansenivåer og sette krav til bemanning og beredskap som alle institusjoner innen et nivå må oppfylle, vil den enkelte gravide og deres jordmor/lege ha et langt bedre grunnlag for å velge fødested. Med en slik fordeling av funksjoner mellom fødeinstitusjoner vil også den enkelte fødeinstitusjon ha definert den kvalitetsstandard den skal opprettholde når det gjelder beredskap og bemanning.

De faglige krav denne utredning kommer med, kan føre til at fødeavdelinger ved sykehus med lavt antall fødende eller med problemer med å oppfylle krav til vaktberedskap, blir omdefinert til fødestuer og drives som dette.

De to første nivåene (kvinneklinikkene og fødeavdelingene) er i dag en naturlig del av den fylkeskommunale spesialisthelsetjeneste, mens nivå 1 (fødestuene) i mange tilfeller drives av kommuner eller frivillige organisasjoner (med fylkeskommunal økonomisk støtte).

De prinsipper om funksjonsfordeling denne utredning legger opp til er også i tråd med de kvalitetskrav som er fremmet i St.meld nr 50 (1993-94)¹⁶ side 91 hvor det heter:

Krav til medisinsk faglig kvalitet er særlig knyttet til utviklingen innen medisinen, bemanningskrav og rekrutteringsproblematikk, samt til et visst volum på tjenestene.

Departementet vil understreke at det ikke er aktuelt å gå på akkord med kravene til kvalitet og sikkerhet for pasientene i utforming av behandlingstilbudene. Departementet vil i særlig grad vektlegge hensynet til god nok medisinsk kvalitet i arbeidet med sykehusstrukturen.

Det heter videre i samme Stortingsmelding side 93 om beredskap:

Akuttmedisinsk beredskap må tilfredstille minstestandarder for medisinsk kompetanse og kvalitet. Departementet har uttalt at sykehus som påtar seg døgnkontinuerlig akuttmedisinsk beredskap må ha døgnberedskap av spesialister innen generell kirurgi og indremedisin, og at en bør ha minst en anestesi- og røntgenlege samt gynekolog/obstetrikker dersom sykehuset har fødeavdeling. Uten spesialist i anestesi må den kirurgiske aktivitet begrenses. Uten spesialist i obstetrikk må fødeavdelingen defineres som fødestue.

I forbindelse med Handlingsplan for redusert spedbarnsdødelighet har Statens helsetilsyn på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet gitt midler til en rekke prosjekter som tar for seg samarbeide mellom fødeinstitusjon og kommunehelsetjenesten.¹⁷

Perinataalkomiteen i Rogaland gjennomførte det største prosjektet i dette handlingsprogrammet og viste fordelene for brukerne i nye samarbeidsmodeller mellom fødeinstitusjonene og kommunehelsetjenesten.¹⁸

Spesielt ved fødestuene og mindre fødeavdelinger skjer det i dag et samarbeid om svangerskapskontrollen slik at de fødende er kjent med den institusjonen de skal føde ved.

¹⁶ St.meld. nr 50 (1993-94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste

¹⁷ Statens helsetilsyn. Svangerskapsomsorg i kommunehelsetjenesten. Prosjekter fra Handlingsplan for redusert spedbarnsdødelighet 1995. Idebank for helsetjenesten, Oslo 1995.

¹⁸ Perinataalkomiteen i Rogaland. Svangerskap, fødsel og barseltid - en brukerfokusert forebyggingsmodell - «Tysværsprosjektet» Stavanger 1995.

7.2 Dagens ansvarforhold

Det bør arbeides videre med erfaringene fra de ovennevnte prosjektene med tanke på implementering i svangerskapsomsorgen. Forholdene skulle ligge til rette for dette etter at jordmortjeneste er blitt obligatorisk i kommunene.

Lov om sykehus m.v.¹⁹ omfatter i følge § 1 første ledd blant annet *sykehus, sykestuer og fødehjem*. I § 15 pkt c er fødehjem definert som *medisinsk institusjon som gir opphold og hjelp i forbindelse med fødsel*. Det fremgår videre av samme lovs § 2 at *enhver fylkeskommune skal sørge for planlegging, utbygging og drift av de institusjoner og tjenester som er nevnt i §1 første ledd...*

I denne utredningen har en brukt fødestue der loven bruker fødehjem da dette er i tråd med senere utredninger og St. meld..

Sykehusloven har også i § 18 et krav om faglig forsvarlig drift: *Hvis en helseinstitusjon eller fylkeskommunale tjenester som nevnt i § 1 første ledd, drives på en måte som må antas å ha skadelige følger for pasientene eller deres omgivelser - eller på annen uforsvarlig måte - kan helsedirektøren eller den han gir myndighet gi påbud om å rette på manglene. Helsedirektøren kan om nødvendig stenge institusjonen.*

Fylkeskommunen har således en plikt til «å sørge for» at fødeinstitusjoner drives på en faglig forsvarlig måte Loven må forstås slik at det må være opp til fylkeskommunen å finne løsninger og ordninger som er hensiktsmessige og forsvarlige i de enkelte tilfeller. Rettslig sett vil fylkeskommunen ha et overordnet ansvar som ikke kan overføres til andre ved avtaler eller ansettelse av ansvarlige leger / jordmødre.

Sykehuslovens § 2 er imidlertid ikke til hinder for at en kommune etter avtale med fylkeskommunen forestår driften av en fødestue. I disse tilfellene hvor fylkeskommunen etter avtale overlater driften til andre institusjoner, vil det således være av avgjørende betydning at det legges opp til rutiner som sikrer at driften kan skje i samsvar med hva som er å anse som en forsvarlig spesialisthelsetjeneste. Hvor den daglige driften av en fødestue forstås av en kommune, vil denne ha arbeidsgiveransvaret for de ansatte.

Fylkeskommunen vil derimot ikke ha et behandlingsansvar for den enkelte pasient, dette ansvar har helsepersonellet. Det heter i legelovens²⁰ § 25: *En lege plikter å utføre sin virksomhet forsvarlig. Han skal gjøre sitt beste for å gi sine pasienter kyndig og omsorgsfull hjelp*. Videre heter det i jordmorlovens²¹ § 3: *En jordmor plikter å utøve sin virksomhet forsvarlig og å følge de bestemmelser som er gitt for denne i lov eller med hjemmel i lov. En jordmor skal gjøre sitt beste for å gi sine klienter kyndig og omsorgsfull hjelp og støtte og stimulere til aktiv egeninnsats.*

¹⁹ Lov av 19 juni 1969 nr 57. Lov om sykehus m.v.

²⁰ Lov av 13 juni 1980 nr 42. Lov om leger.

²¹ Lov av 26 april 1985 nr 23. Lov om jordmødre.

Som det fremgår av ovenstående bestemmelser har helsepersonell som gir fødende behandling, pleie og omsorg en selvstendig plikt til å påse at de utfører sin virksomhet på en forsvarlig måte.

7.3 Anbefalinger vedrørende ansvarsforhold ved fødestuer

Kvinneklinner og fødeavdelinger er i dag (med unntak av det statlige Riskhospitalet) en del av fylkeskommunalt drevne sykehus hvor ansvarsforhold derfor er klarlagte. Dog er det i dag fødeavdelinger ved mindre sykehus som ikke har ansatt spesialist i fødselshjelp, noe som etter denne utredning anbefales for forsvarlig drift.

For fødestuene derimot varierer eier-, drifts- og ansvarsforholdene i dag. Noen er fylkeskommunalt drevet, mens andre drives av kommuner eller organisasjoner med fylkeskommunal driftstøtte. For flere av fødestuene som eies av andre enn fylkeskommunene, er ikke ansvarsforholdene vedrørende driften klarlagt.

Fylkeskommunen kan inngå avtale med kommuner eller organisasjoner om drift av fødeinstitusjoner. Ved siden av å avklare omfang, driftsform og økonomiske forhold, må en slik avtale også avklare ansvarsforhold. Ved aktuelle fødeinstitusjoner som i dag ikke har slik avtale, må ansvarsforholdene avtalereguleres snarest.

Det er tre typer ansvar som må klarlegges i en slik avtale om drift av fødestuer:

- Arbeidsgivers ansvar - hvem er de ansattes arbeidsgiver, og hvem har det erstatningsrettslige ansvar.
- Systemansvar - hvem som på fylkeskommunens vegne har ansvaret for at driften er i samsvar med sykehuslovens bestemmelser.
- Faglig ansvar - hvem som har det faglige ansvar eller hvordan dette ansvaret er fordelt.

Arbeidsgiveransvaret ved en fødestue vil fylkeskommunen selv ha når den driver fødestue. Dersom fylkeskommunen inngår avtale med en kommune eller organisasjon vil disse ha arbeidsgiveransvaret. Den som har arbeidsgiveransvaret kan bli erstatnings-rettslig ansvarlig for feil/forsømmelser som ansatte gjør.

Den systemansvarlige ved en fødestue bør være en lege som er spesialist i fødselshjelp. Hun/han har ansvaret for at det utarbeides adekvate og forsvarlige rutiner ved fødestuen. Videre må hun/han tilse at bemanningsplaner er slik at forsvarlig beredskap kan opprettholdes og at utstyr og lokaliteter er i samsvar med faglige krav. Den systemansvarliges ansvar vil være avgrenset til disse oppgavene og omfatter ikke den daglige drift ved institusjonen og således heller ikke ansvar for de enkelte forløsningsene, eller de enkelte fødende.

Dersom fødestuen ikke har ansatt spesialist i fødselshjelp, bør den systemansvarlige være avdelingsoverlegen ved den kvinneklinikk / fødeavdeling som fødestuen samarbeider med. Dersom ikke avdelingsoverlegen ønsker denne funksjon kan en annen overlege ved avdelingen inneha denne, evt. kan den ivaretas av en annen spesialist.

Den systemansvarlige legen bør besøke fødestuen 2 - 3 ganger i året. Ved besøkene bør en gjennomgå utvalgte fødsler som har funnet sted, samt gi råd vedrørende utvelgelse av gravide som kan føde ved fødestuen. Det vil videre være naturlig at den systemansvarlige legen deltar i internundervisningen ved fødestuen og ellers på forespørsel gi råd vedrørende faglige spørsmål.

Det er et fylkeskommunalt ansvar å tilsette systemansvarlig lege. Dersom en ikke har avtalt slikt ansvar ved ansettelse, kan ikke dette ansvar pålegges de som i dag er ansatt, men det må avtales særskilt med den enkelte lege.

De som har det faglige ansvaret, skal påse at driften foregår i samsvar med fastsatte rutiner og innenfor det som er faglig forsvarlig. Vanligvis vil det faglige ansvar bli delt mellom en lege som har det medisinskfaglige ansvar og en overjordmor som har det jordmorfaglige ansvar sammen med det daglige driftansvaret.

Som hovedregel bør kommunelege I (evt. annen kommunelege) ha det medisinskfaglige ansvaret for en fødestue. Hun/han bør også delta i den legevaktordning som jordmødrene ved fødestuen vil henvende seg til i tilfeller som krever medisinsk hjelp.

Dersom fødestuen er lokalisert ved et sykehus og det ikke er ansatt spesiallege i fødselshjelp, bør det medisinskfaglige ansvar ivaretas av avdelingsoverlegen ved kirurgisk avdeling eller annen overlege. På samme måte som for kommunelegene bør den ansvarlige delta i den vaktordning som blir kontaktet i tilfeller som krever medisinsk hjelp.

Den som innehar arbeidsgiveransvaret for fødestuen, har ansvar å tilsette faglig ansvarlig lege/jordmor. Dersom en ikke har avtalt det ved ansettelse, kan ikke dette ansvar pålegges de som i dag er ansatt, men det må avtales særskilt.

Jordmødre ved fødestuer må i påtrengene situasjoner kunne kontakte og søke råd/hjelp hos vakthavende lege i kommunen eller relevant spesialitet ved lokalsykehuset.

Det daglige driftsansvaret ved en fødestue har en jordmor (avdelingsjordmor/overjordmor) som også har ansvar for at driften skjer innenfor det som er jordmorfaglig forsvarlig.

7.4 Retningslinjer for seleksjon/overflytting

Den medisinskfaglig ansvarlige lege ved en fødeinstitusjon (ved fødestuer den som har det faglige systemansvar) har ansvar for at det utarbeides detaljerte retningslinjer for hvilke pasienter som kan mottas ved institusjonen og hvilke pasienter som må overflyttes til institusjon med bedre kompetanse. Videre er hun/han også ansvarlig for at det utarbeides retningslinjer for ved hvilke tilstander og på hvilke måter overflytting av fødende til høyere kompetansenivå skal finne sted.

Retningslinjene er bindende for virksomheten ved institusjonen og skal vanligvis ikke fravikes. I de tilfeller en finner grunn til dette skal grunnvingen dokumenteres i den fødendes journal.

Retningslinjene må utformes med grunnlag i kompetansenivå (beredskap og bemanning) for den enkelte institusjon. I tillegg må en ved utformingen av retningslinjene ta hensyn til lokale forhold både når det gjelder støttefunksjoner og utstyr, og det må legges vekt på geografiske forhold og transportmåte/tid til annen institusjon.

Det er ikke mulig å utforme generelle retningslinjer for alle institusjoner innen et funksjonsnivå. Utvalget kan komme med noen generelle føringer og overlate til ansvarlig lege å utarbeide konkrete retningslinjer for den konkrete institusjon.

Nivå 3: Kvinneklippene forutsettes å motta alle fødende bortsett fra landsfunksjoner og de tilfeller hvor det er akutte behov for barne- og/eller hjertekirurgi hos den nyfødte. Det må utarbeides retningslinjer hvor disse pasientgruppene defineres.

Nivå 2: Fødeavdelingene forutsettes å kunne motta pasienter som trenger operativ fødselshjelp, men bør overføre til kvinneklippene gravide med alvorlige svangerskapskomplikasjoner. For eksempel vil det være naturlig at de selv behandler preeklampi («svangerskapsforgiftning») av lettere eller middels alvorlighetsgrad, mens de mest alvorlige tilfellene som kompliseres med forstyrrelser i blodets koagulasjon, overflyttes kvinneklippene.

Den vanligste årsak til at fødende må overflyttes fra fødeavdelinger på nivå 2 vil være at en forventer fødsel av et barn som trenger behandling ved nyfødtavdeling. I disse tilfellene vil det beste være å overflytte den fødende før fødsel, da dette er en bedre løsning enn en lengre transport av et nyfødt barn som trenger intensiv behandling av spesialpersonell i nyfødtmedisin.

I praksis bør gravide hvor en kan forvente fødsel før 34 - 36. svangerskapsuke overflyttes kvinneklipp som har nyfødtavdeling med kontinuerlig vaktberedskap. Hvorvidt overflytting skal finne sted før 22. - 24. uke må vurderes i det enkelte tilfelle da behandlingsmulighetene er begrensede.

Avdelingsoverlegen ved fødeavdelingene på nivå 2 er ansvarlig for at det utarbeides retningslinjer for hvilke pasientgrupper som bør overflyttes og på hvilken måte slik overflytting skal finne sted.

De største utfordringene når det gjelder seleksjon av fødende står en ovenfor på Nivå 1 - Fødestuer, som skal motta fødende hvor en ikke forventer operative forløsninger. Dette vil kreve vurdering av av risikofaktorer som diskutert i 7.4. Retningslinjer for seleksjon av fødende til fødestuer vil bli omtalt i 7.5.

7.5 Risiko-faktorer

I NOU 1984:17 - Perinatal omsorg i Norge er følgende forhold i svangerskapet nevnt som krever spesielle tiltak:

- Risiko for fostersykdom/skade/-misdannelser
- Diabetes mellitus
- Rhesus og annen isoimmunisering

- Blodtrykksykdom under svangerskap
- Mistanke om redusert fostervekt
- Flerlingsvangerskap
- Unormalt fosterleie
- Anemi

I tillegg diskuteres også i samme utredning overtidige svangerskap og kunstig igangsetting av fødsel.

Kvinneklippene vil ha kapasitet og nødvendig kompetanse/beredskap til å motta fødende med disse risikofaktorer. Fødeavdelinger på nivå 2 vil kunne behandle utvalgte fødende, men vil ut fra egne retningslinjer kunne henvise de mer alvorlige av disse risikofaktorene til kvinneklippene. Fødestuene forutsettes ikke og har heller ikke kapasitet / kompetanse til å behandle pasienter med disse risikofaktorer.

Norsk gynekologisk forening har i sitt kvalitetssikringsarbeid utarbeidet en Veileder i fødselshjelp²², som systematisk gjennomgår graviditet, fødsel og barselseng og gir veiledning om risikofaktorer og krav til behandling av disse. De anbefalinger som gis bør oppfylles ved en fødeinstitusjon for at en fødende skal mottas, i motsatt fall bør den fødende overflyttes til et funksjonsnivå som kan gi den fødende nødvendig behandling.

NOU 1984:17 «Perinatal omsorg i Norge» har formulert følgende forutsetninger for å føde ved lokal fødestue eller sykehus med manglende obstetrisk beredskap:

- kvinnen er flergangsfødende
- den obstetriske/gynekologiske anamnesen indikerer normale forhold
- tidspunktet for forventet fødsel er sikkert
- det er ikke behov for kunstig igangsetting av fødsel

Det har vært en faglig debatt om beredskapsbehovet for førstegangsfødende. Utredningen om Fødselshjelp ved lokalsykehus fra 1991 påpekte at det å skille ut førstegangsfødende som en egen risikogruppe vill bety en markert sentralisering av fødsler. Spesielt ble det vist til at fødeavdelinger ved små lokalsykehus med 200-600 fødsler ville få sitt fødselstall nesten halvert.

I lys av de føringer som ligger i St.meld. nr 50 (1993-94) om kvalitet og beredskap har en nå lagt spesielt vekt på beredskap og behandlingskvalitet og definert 3 forskjellige funksjonsnivåer.

I dag skjer operativ forløsning hos førstegangsfødende ca. dobbelt så hyppig som hos flergangsfødende. Selv om en selekterer bort risikotilfeller vil fortsatt behovet for operative forløsninger være 5 - 10% hos førstegangsfødende og 1 - 2% hos flergangsfødende.

²² Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp. Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetssikring. Lysaker 1995.

Hvorvidt førstegangsfødende skal anbefales å føde på fødestuer vil avhenge av beredskapen på fødestuen - nærmere om dette i neste underkapittel.

7.6 Seleksjon av fødende til fødestuer

En undersøkelse fra Sonjatun helsesenter i Troms²³ viser gode resultater ved adekvat seleksjon av fødende. Av 1303 fødende fra området ble 1/3-del selektert til fødsel ved det lokale fødehjem. Kun 5 eller 1,6% av disse trengte operativ forløsning. Kun et barn hadde problemer med pustefunksjonen etter fødsel og bare 2 mødre mistet mer enn 1 liter blod i forbindelse med fødselen.

Undersøkelsen viser gode resultater forutsatt strenge kriterier for seleksjonen til fødestuen - kun 1/3-del av de fødende fra nedslagsfeltet fødte ved fødestuen. Dersom det utarbeides gode kriterier for seleksjon av fødende og disse følges, vil det være faglig forsvarlig å la fødsler finne sted på fødestuene.

Denne utredning legger opp til at endel av dagens fødeavdelinger omdefineres til fødestuer. Disse vil være lokalisert til sykehus som har kirurgisk avdeling og operasjonsfasiliteter.

Det vil nødvendigvis være forskjell på en fødestue ved et sykehus og en fødestue som har lang transporttid til sykehus. Beredskapen og mulighetene for operative forløsninger ved uforutsette hendelser vil derfor også være forskjellige.

Den systemansvarlige (se 7.3) for driften ved en fødestue må utarbeide retningslinjer for seleksjon av fødende til fødestue. Hovedprinsippet for disse retningslinjene må være at det ikke er påvist svangerskapskomplikasjoner og at det ikke er forventet komplikasjoner i forbindelse med fødsel og at spesielle tiltak ikke er nødvendig for det nyfødte barn.

Retningslinjene må utarbeides i forhold til mulighetene for uforutsette operative forløsninger i nødsfall og transportmuligheter til kvinneklinikk/fødeavdeling.

Dersom fødestuen ligger ved et lokalsykehus og dette i nødsfall kan utføre operative forløsninger, vil behovet for seleksjon av de fødende være mindre og førstegangsfødende uten forventede komplikasjoner («lavrisiko førstegangsfødende») bør kunne føde ved en slik fødestue.

Ved fødestuer som ikke ligger ved et lokalsykehus og med lang transporttid til kvinneklinikk/fødeavdeling, bør seleksjonen være strengere og førstegangsfødende anbefales å planlegge fødselen ved en fødeavdeling. En slik seleksjon som den refererte undersøkelsen fra Sonjatun helsesenter i Troms hvor ca 1/3 av de fødende ble forløst ved lokal fødestue, kan danne et godt utgangspunkt for utarbeidelse av retningslinjer.

²³ Øian P, Ag E, Hansen-Krone A, Rasmussen S. Selection of a lowrisk population for birth complication is possible. Acta Obstet Gynecol 1996; Supplement 162; 75: 97-8.

Rjukan sykehus har i 10-årsperioden 1985-94 hatt 892 fødsler. Det har i denne perioden vært gjort seleksjon av fødende ved at de med risikofaktorer og forventet operativ forløsning har vært henvist til sentralsykehus. Førstegangsfødende uten risikofaktorer har imidlertid født ved sykehuset. I løpet av den refererte 10-årsperioden har det vært nødvendig å utføre keisersnitt hos 46 eller 5,2% av de fødende, og 10 eller 1,2% har vært forløst operativt vaginalt. Seleksjon av førstegangsfødende til fødestuer vil derfor være avhengig av den tid som vil medgå før en kan utføre operative forløsninger i uforutsette nødsituasjoner.

Det bør etter utvalgets vurdering finne sted flere kontrollerte undersøkelser over komplikasjonshyppighet og uforutsette hendelser for førstegangsfødende som hovedregel skal føde ved fødestuer.

Minimumskrav til å føde ved en fødestue bør være:

- Svangerskapskontrollen har ikke avdekket forhold som tilsier komplikasjoner i forbindelse med fødselen.
- Det har ikke vært komplikasjoner ved evt. tidligere forløsninger.
- Terminen er fastslått og fødselen skjer etter 36. svangerskapsuke (37.0 uker).
- Det er ikke konstatert flere fostre eller unormalt leie.
- Fødselen starter spontant

Dersom en ved enkelttilfeller finner grunn for å fravike de oppsatte retningslinjene, bør en søke telefonisk råd hos den kvinneklinikk/fødeavdeling som en samarbeider med - slik kontakt bør kunne etableres døgnet rundt. Grunnet for å fravike retningslinjene skal journalføres.

Seleksjon av fødende til jordmordrevne ABC-enheter (jfr. 5.4) bør skje etter samme retningslinjer som for fødestuer.

8 Transport av fødende og nyfødte

8.1 Følgetjeneste til fødeinstitusjon

Transport av fødende til fødeinstitusjon kan inndeles i følgende transportsituasjoner:

- Reise til nærliggende fødeinstitusjon (reisetid mindre enn 1 time).
- Reise til fødeinstitusjon hvor reisetiden er mere enn 1 time.
- Reise eller overflytting til kvinneklinikk av fødende som trenger innleggelse med dette kompetansenivå.

Reise til nærliggende fødeavdeling / kvinneklinikk vil være normalsituasjonen og finner sted ved ca 85% av alle fødsler i Norge. Normalt vil den fødende ikke trenge assistanse ved transport til fødeinstitusjonen og hun blir transportert av den som skal være med henne på fødselen.

Varigheten av fødselen avhenger av om kvinnen har født før. Hos førstegangsfødende vil en fødsel i gjennomsnitt vare ca. 8 timer etter at riene er etablert med 10. minutters mellomrom, mens varigheten hos flergangsfødende er ca 5 timer. Det er derfor i de aller fleste tilfellene god tid til å planlagt fødeinstitusjon selv for de ca 2% av de fødende som har mere enn 2 timers reisetid.

Dersom det oppstår komplikasjoner i forbindelse med en slik transport enten i form av uforutsette komplikasjoner hos den fødende, eller en bedømmer situasjonen dithen at fødsel kan skje før en når frem til fødeinstitusjonen, må den fødende kontakte institusjonen direkte. Disse situasjonene håndteres av fødeinstitusjonen i samarbeid med AMK-sentralen, i tråd med de retningslinjer som er trukket opp i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.²⁴

NOU 1984:17 «Perinatal omsorg i Norge» anbefalte at fødende med transporttid lengre enn 1 time skulle ledsages av jordmor eller lege. Etter denne anbefaling er jordmortjeneste i kommunen blitt obligatorisk slik at forholdene bør ligge bedre til rette for å gjøre slik følgetjeneste obligatorisk.

Det er i høringsrunden påpekt at dersom slik følgetjeneste gjøres obligatorisk vil det vanskelig kunne gjennomføres i små kommuner med en jordmor. Det vil heller ikke være forsvarlig at vakthavende kommunelege i alle tilfeller er fraværende fra kommunen for å følge fødende til sykehus.

Så langt det er praktisk mulig bør en derfor søke å samarbeide kommuner i mellom med sikte på å etablere følgetjeneste slik at de fødende som har over 1 times reise gis kvalifisert følge til fødeinstitusjon, dersom det etter undersøkelse ansees nødvendig.

Skulle komplikasjoner oppstå må også disse håndteres i tråd med retningslinjene i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Det må i det enkelte tilfelle vurderes om bruk av luftambulanse er hensiktsmessig.

²⁴ Den norske lægeforening. Indeks for medisinsk nødhjelp. Åsmund S Lærdal, Stavanger 1994.

Ved tilstander som nødvendiggjør reise til kvinneklinikk i forbindelse med fødsel må det i det enkelte tilfelle i løpet av svangerskapet planlegges hvordan slik transport skal finne sted. Dersom den fødende har en kvinneklinikk innen 1 times transporttid vil det i de fleste tilfellene ikke være nødvendig med spesielle forholdsregler.

I de tilfeller hvor den fødende naturlig først oppsøker en fødeavdeling eller fødestue, men må overflyttes høyere kompetansenivå vil transporten måtte organiseres i tråd med de retningslinjer som trekkes opp i neste underkapittel.

8.2 Overflytting av fødende

Overflytting av fødende (og barselkvinner) til annen institusjon er aktuelt både fra fødestuer og fødeavdelinger når kvinnen trenger behandling på et høyere kompetansenivå.

Den medisinske tilstand som nødvendiggjør overflytting til høyere kompetansenivå, vil sammen med transportmuligheter og transporttid avgjøre transportmåte og nødvendig følgetjeneste.

Ved fødestuer må det finnes retningslinjer for overføring av fødende. Dette vil både gjelde de som etter retningslinjer ikke kan føde ved fødestuen og der det oppstår komplikasjoner under fødsel som nødvendiggjør overflytting. Hvem som skal følge den fødende må fremgå av retningslinjene. Dersom dette er vakthavende jordmor/lege bør retningslinjene angi hvem som skal ivareta deres funksjoner ved reisefraværet.

Erfaringer viser at de fleste overflyttinger foregår uten komplikasjoner og dramatikk; det er viktig at beredskapen opprettholdes i størst mulig utstrekning under transport og at nødvendig utstyr er med på transporten. Dersom det kan forventes komplikasjoner i forbindelse med en overflytting eller det er fare for fødsel under transporten skal den fødende ledsages av helsepersonell som ut fra situasjonen er best egnet til å behandle eventuelle komplikasjoner.

Overflytting til høyeste kompetansenivå, Kvinneklinikkene, er nødvendig ved tilstander hos den fødende eller den nyfødte som krever spesiell kompetanse. Ved slike overflyttinger kan bruk av luftambulansse være aktuelt. Det transportmiddel som benyttes må ha nødvendig plass og utstyr slik at forholdene er best mulig tilrettelagt dersom fødsel blir nødvendig under transporten.

Ofte vil slike overflyttinger skje på grunn av forventet fødsel før 34.- 36. svangerskapsuke. I slike tilfeller bør en tilstrebe å overflytte den fødende i stedet for å overflytte en nyfødt med lav fødselsvekt og eventuelle respirasjonsproblemer.

Selv om en i størst mulig grad bør unngå fødsler i forbindelse med overflyttinger, må en ha nødvendig beredskap under transporten til å ivareta en eventuell fødsel og gi nødvendig behandling til den fødende og det nyfødte barn.

8.3 Overflytting av nyfødte

Det er vanlig å regne med at 8 - 10% av alle nyfødte trenger overflytting til barneavdeling like etter fødselen på grunn av sykdom eller for tidlig fødsel. Ved institusjoner som ikke har egen barneavdeling, må nødvendig stabilisering før transport skje ved fødeinstitusjonen.

Transportkuvøse med nødvendig utstyr (ekstra strømkilde, oksygen, sprøyteteppe og pulsoksimeter) bør finnes ved alle fødeinstitusjoner. Hvis barnet ledsages av personell spesialtrenet i intensiv nyfødtbehandling, bør kuvøsen også ha egen respirator.

Det bør være mulig å få analysert enklere blodprøver av barnet som f.eks. måling av hemoglobin, blodsukker. Ved sykehus vil en i sjeldnere tilfeller måtte kunne undersøke syre/base status og calcium. Røntgenundersøkelse av bryst og mageregion må også kunne utføres ved sykehus.

Det må finnes personale som kan starte og vedlikeholde stabiliseringstiltak i påvente av transport. Slike tiltak vil kunne være å sikre frie luftveier eller å gi væske intravenøs (se 10.1).

Viktig er også å unngå temperaturfall hos den nyfødte.

Syke nyfødte som er godt stabilisert - dvs. hvor nødvendig behandling er startet - kan trygt transporteres over lengre strekninger. Det er imidlertid nødvendig med kyndig overvåkning underveis. Slike transporter kan skje med forskjellige transportmidler (bil, fly, helikopter), og ledsagerpersonellet kan være fra institusjon hvor barnet ble født eller bestå av henteteam (fra mottagende nyfødtavdeling eller team fra luftambulansetjenesten). Hvordan slike transporter skal skje bør nedfelles i fødeinstitusjonens prosedyrer.

Hvis barnets mor av hensyn til sin egen helse kan være med på transporten, bør det gis anledning til dette så langt dette er praktisk mulig.

9 Hjemmefødsler

9.1 Krav til hjemmefødsler

Hjemmefødsler kan inndeles i to typer:

1. Fødsler hjemme fordi en ikke når frem til en fødeinstitusjon
2. Planlagte hjemmefødsler

Den første typen hjemmefødsel har mye til felles med transportfødsler og må håndteres i tråd med retningslinjene i Indeks for medisinsk nødhjelp.

Planlagte hjemmefødsler bør etter utvalgets mening kun skje når:

- Det ikke er faglige forhold som tilsier at hjemmefødsel er uforsvarlig
- Den fødende er informert om risikoforholdene ved hjemmefødsel
- Den fødende selv har et sterkt ønske om hjemmefødsel

Seleksjonen av kvinner til planlagt hjemmefødsel bør i stor utstrekning skje på samme måte som seleksjon til fødestuer. Det vises i denne forbindelse til 7.3 og 7.5 som omhandler seleksjon av fødende.

Utgangspunktet for at en hjemmefødsel skal være faglig forsvarlig vil være at det ikke er konstatert komplikasjoner i svangerskapet som nødvendiggjør innleggelse i fødeinstitusjon og at det ikke er forventet komplikasjoner i forbindelse med fødselen.

Førstegangsfødende har høyere hyppighet av operative forløsninger.

Forutsatt at det er mindre enn 0,5 - 1 times transporttid til kvinneklinikk/fødeavdeling bør en på samme måte som for fødestuene tillate at førstegangsfødende forløses planlagt i hjemmet.

Den jordmor/lege som står for planlagt hjemmefødsel er ansvarlig for at fødselen skjer faglig forsvarlig og at seleksjonen av fødende skjer i tråd med allment aksepterte normer. Hun/han må også ha kompetanse og nødvendig utstyr til å gi nyfødte nødhjelp dersom dette er nødvendig umiddelbart etter fødselen.

Legelovens § 5 krever at lege tegner forsikring for det ansvar hun/han kan pådra seg i sin yrkesutøvelse. Det finnes ikke tilsvarende bestemmelser i jordmorloven. Det anbefales at jordmor som har ansvar for hjemmefødsel tegner nødvendige forsikringer for det ansvar hun kan komme i ved sin yrkesutøvelse.

Det må i denne forbindelse påpekes at det også på sykehus bør arbeides for å forbedre miljøet i forbindelse med fødslene og ved organisatoriske tiltak sørge for størst mulig kontinuitet i behandlingen av de fødende. Denne ville bli enda bedre dersom det var samme jordmødre som driver både svangerskapsomsorg, forløsningsarbeide, kurs og hjemmebesøk.²⁵

²⁵ Leif Svenningsen. Bør hjemmefødsel ha en plass i fødselsomsorgen i Norge? Prøveforelesning, Oslo 1990.

Ved hjemmefødsel må de nyfødte sikres nødvendig oppfølging og det må sikres at nødvendige screeningprøver tas. Den jordmor som har ansvar for en planlagt hjemmefødsel, har også ansvaret for at pålagte prøver og undersøkelser blir gjort av de nyfødte.

9.2 Informasjon til fødende

Det er viktig for at den fødende selv kan velge om hun ønsker å føde hjemme eller ved institusjon at hun får tilstrekkelig informasjon til å foreta valget selv («informert valg»).

Erfaringene fra Sonjatun helsesenter viser at en ved nøyaktig seleksjon hos fødende som har født normalt tidligere, må forvente at operativ fødselshjelp er nødvendig hos ca. 1% av de fødende. Dersom en inkluderer førstegangs fødende, viser erfaringer at en må forvente minst 5% operative forløsninger til tross for at svangerskapet har forløpt normalt og det ved fødselens start ikke er tegn som tilsier operativ forløsning.

Den fødende må informeres om behovet for operativ forløsning og om hvordan en planlegger overflytting dersom slik forløsning blir nødvendig. Videre må de fødende få informasjon om mulighetene for at det nyfødte barn vil trenge behandling umiddelbart etter fødsel.

Det må på forhånd dokumenteres skriftlig hvilken informasjon den fødende har fått. Videre må det dokumenteres hvilke prøver/undersøkelser som er gjort av de nyfødte.

10 Oppfølging av nyfødte

10.1 Gjenoppliving

Ved kvinneklinikker antar en at det er nødvendig med noen form for gjenoppliving (resuscitering) i ca 5% av alle fødsler. På fødeavdelinger og fødestuer skjer dette langt sjeldnere fordi kvinner med risiko for å føde et sykt eller for tidlig født barn er utvalgt til å føde ved kvinneklinikk.

Også ved god risikoutvelgelse må en ved alle fødeinstitusjoner kunne resuscitere et dårlig barn. Ved mindre institusjoner vil slike situasjoner oppstå sjelden, få får trening, og det er her spesielt viktig med et opplæringsprogram som sikrer at helsepersonellet til enhver tid er «drillet» i gjenoppliving. Å gjenopplive et nyfødt barn krever teoretiske kunnskaper, tekniske ferdigheter og evne til å kunne arbeide i team sammen med andre.

For hver fødeinstitusjon må det foreligge en plan for hvordan resuscitering skal gjennomføres. Skriftlig materiell om prosedyrer må foreligge og oppslag med angivelse av de viktigste trinn i gjennomføringen (med medikamentdoser m.v.) må finnes på det sted hvor gjenoppliving foregår.

Leger, jordmødre, sykepleiere og barnepleiere ved fødeinstitusjon må regelmessig gjennomgå kurs i resuscitering av nyfødte. Ved siden av å fokusere på sykdomsprosesser som leder opp til behov for gjenoppliving, bør slike kurs gi anledning til individuell trening i bruk av nødvendig utstyr og erfaring i å arbeide sammen.

I tillegg til institusjonens personell bør også annet personell gis opplæring og ansvar for resuscitering: Barneleger, anestesileger, anestesisykepleiere.

Resusciteringsbord med egen varmekilde, oksygen og annet nødvendig utstyr må finnes ved alle fødeinstitusjoner.

Ved alle fødeinstitusjoner må det være en plan som sikrer at trent personell er tilstede ved behov for resuscitering. Det må alltid være minst en person tilstede som kan ta hånd om et uventet sykt barn. På fødeavdelinger må det dessuten i tillegg finnes minst 2 personer med erfaring i gjenoppliving og som på kort varsel kan tilkalles.

Ved forventet alvorlig sykt barn bør det ved kvinneklinikker være 3 personer tilstede som kan ta hånd om barnet straks. Disse personene bør kunne arbeide sammen i team:

- En person (pediater, anestesilege, anestesisykepleier) som kan sikre frie luftveier (om nødvendig intubere).
- En person som kan utføre hjertekompresjon.
- En person som kan føre notater, hente nødvendig utstyr og legge inn navlevenekateter.

Organisering og gjennomføring av gjenopplivning etter disse prinsipper er nærmere beskrevet i heftet «Team Rosa Nyfødt»²⁶ som gir en praktisk og systematisk gjennomgang av gjenopplivning og transport av nyfødte, samt prinsipper for opptrening av personell.

10.2 Undersøkelse av nyfødte

Alle nyfødte bør observeres av trent helsepersonell minst 2 og fortrinnsvis 4 - 6 timer etter fødselen for å fange opp avvik som kan medføre ekstra tiltak.

Alle nyfødte bør undersøkes av lege minst en gang innen 2 - 3 døgn etter fødselen. Dette for å bedømme utvikling, svangerskapslengde og diagnostisere eventuelle misdannelser eller sykdom hos barnet.

Ved fødestuer er det naturlig at den lege som har det faglige ansvaret (se 7.3) utfører disse undersøkelsene, ved fødeavdelinger bør undersøkelsene foretas av barnelege fra egen institusjon eller service av lege fra samarbeidende barneavdeling.

Ved kvinneklinikker er det naturlig at barnelege fra egen barneavdeling utfører undersøkelsene. Best mulig kontinuitet i nyfødtundersøkningen sikrer at barn med mulig medfødt feil (bl. a. i hjerte, hofter) får en sikrere behandling og oppfølging.

Hvis nyfødte viser tegn til avvik eller sykdom, må kvalifisert lege kunne tilkalles for å undersøke barnet. Viktige tegn kan være:

- Rask respirasjon (>60/min når barnet er rolig og mer enn 2 timer gammelt).
- Uvanlig hudfarge:
 - ◊ Cyanose rundt munnen eller på kroppen (perifer cyanose på hender og føtter sees ofte som et normalfunn hos nyfødte).
 - ◊ Icterus i første levedøgn.
 - ◊ Grålig farge med dårlig perifer sirkulasjon.
- Nedsatt tonus/reaksjon.
- Dårlig sugeevne.
- Apnoe eller krampeanfallet.
- Betydelig vekttap (>10% av fødselsvekten).
- Høy eller lav kroppstemperatur.
- Ytre misdannelser eller mistanke om misdannelser i indre organer.

Hvordan tilkalling skal skje må være planlagt og nedfelt i fødeinstitusjonenes prosedyrer.

10.3 Tidlig hjemreise

Dersom selvvalgt tidlig hjemreise før 48 timer planlegges, bør slikt tilbud bare gis til friske nyfødte med svangerskapslengde over 38 uker og fødselsvekt mer enn 2,7 - 3,0 kg.

²⁶ Jan Holt - Ingebjørg Fagerli. Team Rosa Baby. Resuscitering, stabilisering og transport av nyfødte. Bodø 1996.

Barnet bør være undersøkt av lege og må være observert nøye i minst 2 timer fortrinnsvis 4 - 6 timer slik at tidlige symptomer på avvik er utelukket.

Ved tegn til sykdom kan ikke et barn forlate en fødeinstitusjon før det er undersøkt av lege. Dersom et barn som ikke har vist sykdomstegn forlater fødeinstitusjonen uten å være undersøkt av lege, må det etableres en ordning som sikrer at dette skjer innen 2 - 3 døgn.

Det må være etablert rutinemessig hjemmetilsyn eller ordning hvor foreldrene kan kontakte helsepersonell også utenom vanlig kontortid hvis avvik som gulsott, spisevansker eller annet oppstår. Foreldrene bør før hjemreise være opplært i å observere nyfødte, og skriftlig informasjon om avvik og hvordan disse bør håndteres bør være gitt til foreldrene.

Ordningen må også sikre at blodprøve til screening på medfødte stoffskiftesykdommer og nødvendig undersøkelse av barnets hofter blir utført til avtalt tid.

Med fordel kan det utarbeides en sjekkliste som gjennomgås sammen med moren slik at hun er klar over symptomer og tegn som gjør at hun bør ta kontakt, med fødeinstitusjonen eller kommunehelsetjenesten.

Det bør også i denne sammenheng påpekes at tidlig tilbakeføring til fødestuer for barselpleie hos de fødende som dette er aktuelt for vil være et godt alternativ til tidlig hjemreise.

11 Utdannelse og rekruttering

11.1 Kompetansekrav og etterutdannelse

For at fødeinstitusjoner skal ha nødvendig faglig standard er det en nødvendig betingelse at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse og at denne kompetanse opprettholdes.

Utvalget har ikke sett det som sin oppgave i detalj å formulere kompetansekravene som de forskjellige stillingskategoriene forutsettes å inneha, men viser i denne forbindelse til utdanningsplaner og krav til autorisasjon / godkjenning.

Det er viktig å påpeke behovet for etterutdannelse og vedlikehold av kompetansen. Det heter i Haffnerutvalgets innstilling - del 2:²⁷

Utvalget tilrår at etterutdannelse gjøres obligatorisk:

- Alle leger som deltar i vaktarbeide må pålegges obligatorisk oppdatering med fornyet godkjenning av vaktkompetanse hvert 5 år. Dette må sikres avtalemessig.
- Spesialitetskomiteene må pålegges å gjennomgå kravene til spesialist-utdanningen spesielt med henblikk på vaktarbeide, og fremme forslag til etterutdanningsopplegg som kan sikre at vaktkompetansen opprettholdes.
- Arbeidsgiver må pålegges å sørge for at de spesialistene som deltar i vaktarbeid til enhver tid oppfyller kravene til vaktkompetanse, og gis budsjettmessig dekning for dette.

Dette er generelle retningslinjer som er utarbeidet for indremedisin og kirurgi. Innen fødselshjelpen er det viktig å påpeke at de ovenstående anbefalingene også bør gjelde alle som arbeider med fødende og nyfødte barn (fødselshjelpere, jordmødre, barnepleiere, barneleger, spesialsykepleiere og anestesileger).

Effektiviseringskrav i den daglige drift fører ofte til at utdanningstiltak blir en «saldningspost» og nødvendig tid og ressurser ikke finnes. Det skal være avsatt nødvendig tid til internundervisning og veiledning av dem som er under opplæring i avdelingen og nødvendige ressurser må være stilt til disposisjon. Opplæring og etterutdannelse er en kontinuerlig prosess, som om den ikke blir prioritert, vil føre til kvalitetsvikt og at de fødende blir skadelidende.

Kravene til etterutdannelse gjelder også for små institusjoner og for fødestuer. Forholdene bør legges slik tilrette at undervisningsopplegg som omfatter aktuelle spesialiteter, gjerne kombineres med andre oppdrag for spesialistene ved fødestuen.

Jordmødre som er ansatt ved fødestuer, må gis anledning til hospitering ved fødeavdeling/kvinneklinikk eller kursdeltagelse minst 2 uker pr. år. Det bør være arbeidsgivers ansvar å legge forholdene tilrette for dette.

²⁷ Statens helsetilsyn utredningsserie 1-96. Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi - Del 2. Oslo 1996.

En mulighet for å bedre samarbeidet mellom fødeinstitusjoner kan være at ansatte får erfaringer fra andre nivåer. Også ved at de ved kvinneklinikker/fødeavdelinger hospiterer ved fødestuer.

Fødselshjelp og nyfødttmedisin er spisskompetanse som krever at en er orientert om utviklingen innen fagområdet. Ved kvinneklinikkene, føde- og barneavdelingene må forholdene legges tilrette for at de ansatte kan opprettholde denne kompetansen med deltagelse i kurs og kongresser (også internasjonalt).

Perinataalkomiteenes kursvirksomhet i fylkene har i en årrekke bidratt til etterutdannelse. Denne aktivitet må videreføres og styrkes, slik at en kan oppnå et felles grunnlag for fagutviklingen innen et fylke eller en region.

De ansatte ved fødestuene vil spesielt ha behov for etterutdannelse. Det må derfor vurderes å arrangere kurs som spesielt tar opp disse behov.

Det bør være arbeidsgivers ansvar å legge forholdene tilrette og sørge for budsjettmessig dekning for etterutdannelsetiltak, mens den enkelte ansatte har et personlig ansvar for at nødvendig kompetanse opprettholdes.

11.2 Bemannings-situasjonen og rekrutterings-tiltak

Bemannings-situasjonen ved fødeavdelingene gir grunn til bekymring spesielt når det gjelder leger. En oversikt over ubesatte stillinger ved årsskiftet 1995/96 fra Utvalget for legestillinger og stillingsstruktur viser at det var i alt 25 ledige stillinger i fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer. Dette utgjør 7% av de 370 stillingene som er opprettet i faget.

De siste årene har en sett en utvikling hvor velkvalifiserte overleger slutter ved fødeavdelinger for å etablere seg i annen legepraksis. Det at de mest erfarne i stadig større grad finner annet arbeide er et alvorlig signal om at arbeidsbelastning og forholdene for de ansatte ikke er slik de bør være.

Årsakene til den dårlige bemanningen ved fødeavdelingen er flere - stikkordsmessig nevnes:

- Betydelig vakt- og arbeidsbelastning
- Dårlige kontor- og arbeidsforhold
- Dårlige muligheter til etterutdannelse og fagutvikling
- Klagesaker og mediafokusering
- Større inntektsmuligheter utenfor institusjon

Pasienttilstrømningen er stor i forhold til antall leger som får ansvar for behandlingen. I denne situasjon blir egen fagutvikling, kvalitetssikring, evaluering av eget arbeid og etterutdannelse skadelidende.

En slik utvikling kan en leve med en kort tid, men ikke dersom over tid flere og flere velger å finne seg annet legearbeide. Det må derfor være en sentral oppgave å utvikle et «lærende miljø» hvor de ovennevnte oppgaver blir prioritert.

Det ligger utenfor rammen for denne utredningen å komme med forslag til rekrutteringstiltak. Det må dog påpekes at dersom en ikke snarest starter arbeidet med rekruttering innen fødselshjelpen, kan en snart komme i en situasjon hvor det vil bli vanskelig å opprettholde nødvendig faglig kompetanse ved fødeinstitusjonene. Utdannelse av spesialister tar tid og effekt av igangsatte tiltak viser seg ofte først etter år.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

12 Avslutning

12.1 Konsekvenser av utredningen

Det har ikke vært målsetningen med denne utredning å komme med en generalplan for hvor fødeinstitusjoner skal etableres i Norge. Dette vil være et ansvar for sykehuseier - jfr. forøvrig NOU 1996:5 (Hellandsvikutvalget). Denne utredning har definert tre kompetansenivåer og fremsatt forslag om faglige krav til disse.

Dersom utredningens anbefalinger tas til følge og en gjør mindre endringer i dagens organisering av fødeinstitusjoner (jfr 3.2), skulle forholdene ligge tilrette for at det etableres en Kvinneklinikk i de fleste av landets fylker og at 70 - 80% av fødslene finner sted ved denne type institusjon.

Ved neste kompetansenivå, Fødeavdelingene, skulle forholdene ligge tilrette for at ytterligere 15 - 20% av fødslene finner sted, slik at nærmere 95% av alle fødsler kan finne sted ved institusjoner med vaktberedskap og kompetanse til å behandle de fleste komplikasjoner som oppstår i forbindelse med en fødsel.

I tråd med anbefalingene i St.meld. nr 50 (1993-94) vil utredningen også medføre at enkelte av dagens fødeavdelinger blir omdefinert til fødestuer. Den utvikling en har sett i en årrekke med nedleggelse av de minste fødestuer, vil fortsette. Resultatet av utviklingen på sikt vil sannsynligvis bli at ca 5% av fødslene finner sted på fødestuer.

Denne utredningen gir anbefalinger og kvalitetsstandarder for definerte typer fødeinstitusjoner. Videre legger utredningen til grunn at det utarbeides systemer for at disse standarder blir oppfylt.

Det vil være et eieransvar at de som har det administrative- og faglige ansvaret, kan etablere faglig forsvarlig virksomhet i tråd med de anbefalinger denne utredning kommer med.

12.2 Kvalitets- sikring

Tilsynslovens²⁸ § 3 pålegger enhver som yter helsetjenester å:

Etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.

Det vil være institusjonseier, de administrative- og faglig ansvarlige som har denne plikten i en fødeinstitusjon. Hvordan slike systemer etableres vil være opp til de ansvarlige å avgjøre i det enkelte tilfelle. Kravene som er foreslått i denne utredning, kan sees på som et grunnlag for utvikling av allment aksepterte normer.

Utvalget vil i denne sammenheng vise til perinatalkomiteene som ble etablert som følge av NOU 1984:17 og som etter dagens retningslinjer er et fylkeskommunalt ansvar. Disse kan med fordel trekkes inn i kvalitetssikrings-

²⁸ Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 184 nr 15.

arbeidet, for eksempel ved årlig å avgi en vurdering om den faglige standard ved fødeinstitusjonene og, som tidligere anført, delta i etterutdannelsen ved å arrangere kurs og andre utdanningstiltak.

I 1990-årene har kvalitetssikring vært fokusert innen norsk helsevesen.^{29, 30} Det er fastsatt en Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten³¹ hvor den overordnede målsetningen er at alle virksomheter innen norsk helsevesen skal ha etablert effektive og helhetlige kvalitetssystemer for sin virksomhet innen år 2000.

Denne utredning er med å legge grunnlaget ved å beskrive de standarder som bør gjelde i fødeinstitusjoner. Dersom disse anbefalingene blir fulgt opp i praksis og dersom det etableres effektive kvalitetssikringssystemer, skulle forholdene ligge til rette for en utvikling som gjør at de fødende kan føle seg trygge ved våre fødeinstitusjoner.

²⁹ Helsedirektoratets utredningsserie 4-91. Sikring av kvalitet i helsetjenesten. Helsedirektoratet, Oslo 1991.

³⁰ Den norske lægeförening. Veiledning i utarbeiding av Kvalitetshåndbok for medisinsk virksomhet. Lysaker 1992.

³¹ Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i Helsetjenesten. Oslo 1995.