

Fødselsomsorgen (HØRINGSUTKAST)

Nasjonal faglig retningslinje

Først publisert: 04. oktober 2022

Sist faglig oppdatert: 04. oktober 2022



Innhold

1. Differensiering og seleksjon av fødetilbud	3
2. Bemanningsnorm for jordmødre i fødeinstitusjoner	8
3. Følgetjeneste og døgnkontinuerlig beredskap	10
4. Hjemmefødsel	13
5. Fødestue	18
6. Fødeavdeling	24
7. Kvinneklinikk	29
8. Svangerskap passert termin	34
9. Informasjon og pasientmedvirkning når det haster	37
10. Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet	41
11. Metode og prosess	43

Ekstern høring:

Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

1

Differensiering og seleksjon av fødetilbud

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Anbefaling

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

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Et differensiert fødetilbud ivaretas av fødeinstitusjoner med ulik grad av spesialisert fødselshjelp og omfatter:

- kvinneklinikk – med samlokalisert nyfødtavdeling og relevante spesialiteter
- fødeavdeling – med nært samarbeid med kvinneklinikk og eventuell samlokalisert nyfødtavdeling
- fødestue – organiseres som en jordmorstyrt enhet i linje til kvinneklinikk i helseforetaket med avklart ledelse- og ansvarsfordeling mellom fødeinstitusjonene

RHF-ene har ansvar for at det foreligger seleksjonskriterier for hver enkelt fødeinstitusjon.

Praktisk

Helseforetakene har organisert et differensiert fødetilbud etter lokal geografi og populasjon. I offentlig regi tilbys fødetilbud på kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue.

Et differensiert fødetilbud vektlegges også innad i fødeinstitusjonene. Differensiering innad i fødeinstitusjonen sikrer et fødetilbud tilpasset den enkelte kvinnes behov for omsorg og oppfølging under fødselen uavhengig av om kvinnen føder på kvinneklinikk eller fødeavdeling. [Innst. S. nr. 300 \(2000–2001\) \(stortinget.no\)](#); Bernitz et al. (2011).

Kvinneklinikker

Kvinneklinikker er de største fødeinstitusjonene med spesialkompetanse innen fødselshjelp til stede på døgnbasis. De har kompetanse til å ivareta både kvinner med normale svangerskap/forventet normal fødsel og gravide med risiko for komplikasjoner, dvs. fødler der den fødende har kjente risikofaktorer. Kvinneklinikkene er lokalisert i sykehus som har samlokalisert enheter innen nyfødtmedisin og andre relevante spesialiteter som gir tilgang til kompetanse på døgnbasis.

Se også anbefalingene i kapittelet [Kvinneklinnikk](#).

Fødeavdelinger

Fødeavdelinger er fødeinstitusjoner av svært ulik størrelse. Fødeavdelinger tar hånd om kvinner med forventet normal fødsel og fødende med risiko for komplikasjoner under fødsel som er avhengig av avdelingens og sykehusets kompetanse og ressurser. Et nært samarbeid med kvinneklinnikk, herunder drøfting av tvilstilfeller i forhold til seleksjon, er en grunnleggende forutsetning for å ta imot risikofødende. Seleksjonen til fødeavdelinger avhenger blant annet av om det er nyfødtavdeling eller ikke ved sykehuset.

Se også anbefalingene i kapittelet [Fødeavdeling](#).

Fødestuer

Fødestuer kan være lokalisert i eller utenfor sykehus. Helseforetaket har det medisinskfaglige ansvaret for fødselshjelpen og ansvaret for internkontroll, rutiner, opplæring m.v., se [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). Helseforetaket har ansvaret også når fødestuen er lokalisert utenfor sykehus. Ved inngåelse av avtaler med kommunen om drift av fødestuen har Helseforetaket ansvar for å sikre tydeliggjøring av ansvarlinjer og oppgavefordeling i avtalen.

Fødestuer har jordmorkompetanse, men ikke beredskap med tilgang på fødsels- eller barnelege. Fødetilbud er til friske kvinner med et normalt svangerskap og forventet normal fødsel og som ønsker å føde der. Jordmødrene tilbyr svangerskapsomsorg og gjør en fortløpende vurdering og seleksjon i samarbeid med kvinnens fastlege/jordmor og spesialisthelsetjenesten ved behov. I distriktet representerer fødestuene en jordmordfaglig beredskap og kompetanse for alle gravide, fødende og barselkvinner, også for dem som ikke føder på fødestua.

Se også anbefalingene i kapittelet [Fødestue](#).

Begrunnelse

Denne anbefalingen er videreført fra tidligere veileder, «Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødeinstitusjoner» (2010) som ble utarbeidet på bakgrunn av rettslige rammer, politiske føringer, tradisjoner, samt innspill og råd fra bruker- og interesseorganisasjoner og fagpersoner. Til grunn for anbefalingen ligger en rekke kunnskapsbaserte prinsipper og føringer:

- «Målet er at gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg som en gledelig begivenhet» jf. [St.meld. nr. 12 \(2008-2009\) \(regjeringen.no\)](#).
- Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen har tradisjonelt lave terskler for at brukere av tjenesten kan ta kontakt i forbindelse med svangerskapet, fødselen og barseltiden, jf. [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen](#); [Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen](#).
- Differensiert fødselsomsorg innebærer et fødetilbud med kontinuitet, med jordmor hos den fødende, en individuell tilnærming og seleksjon. Unødvendige intervensjoner unngås jf. [Innst. S. nr. 300 \(2000-2001\) \(stortinget.no\)](#) og Backe et al., 2005.
- Gravide og fødende behandles med respekt og verdighet jf. juridiske/lovpålagte bestemmelser.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet prinsipper for perinatal omsorg (WHO, 1998; Chalmers et al., 2001):

- Omsorgen for normale svangerskap og fødsler bør være med minst mulig bruk av legemidler
- Omsorgen bør være:

- basert på hensiktsmessig og nødvendig teknologi
- desentralisert
- kunnskapsbasert
- tverrfaglig
- helhetlig
- familiesentrert
- kulturtilpasset
- Omsorgen bør:
 - involvere kvinnene i beslutningsprosesser
 - respektere privatliv, verdighet og konfidensialitet

Ansvar for fødselsomsorgen er lagt til spesialisthelsetjenesten. I følge [Lov om helseforetak m.m. %C2%A72a \(lovdata.no\)](#) har de regionale helseforetak et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionene. Fødeinstitusjonene skal organiseres slik at de har tilstrekkelig bemanning og personell med kompetanse til å yte forsvarlig helsehjelp, jf [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-2](#) (lovdata.no).

Anbefaling

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

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Seleksjonskriteriene for gravide til fødenivå gjenspeiler forventet kompetanse ved de tre fødenivåene og hjemmefødsel.

For å ivareta pasientsikkerhet og forsvarlighet bør gravide selekteres til det fødetilbudet som er best tilpasset kvinnen og fosterets behov.

Det kan bety at det er nødvendig å vektlegge forhold hos den gravide som ikke er omtalt i seleksjonskriteriene.

Praktisk

Seleksjon gjøres av jordmor eller lege i svangerskapsomsorgen og ved fødselens start. Vurderingene som er gjort dokumenteres i pasientjournalen. Seleksjonen baserer seg på en vurdering av mor og barn, basert på kjente risikofaktorer. Ved økt risiko for komplikasjoner, sykdom eller skade på mor og/eller barn, vil det for eksempel være nødvendig at høy helsefaglig kompetanse er tilgjengelig innen flere spesialistområder. Derfor blir risikofødsler selektert til fødeinstitusjoner med samlokalisert breddekompetanse.

Se også anbefalingen om [differensiering av fødetilbud](#).

Individuelle forhold i tillegg til seleksjonskriteriene

Seleksjonskriteriene ivaretar en seleksjon basert på definerte risikofaktorer. I en helhetsvurdering av hvor den enkelte gravide får best fødselshjelp, kan det inngå flere faktorer enn de som kommer frem under de definerte seleksjonskriteriene, som for eksempel dårlig språkforståelse som vanskeliggjør kommunikasjonen i forbindelse med helsehjelp. For nærmere omtale av gravide som bruker alkohol og andre rusmidler, se [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorg](#). For [oppfølging av kvinner og barn](#) der mor er i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), se [Nasjonal faglig retningslinjer for gravide i LAR](#).

Her omtales gravide/fødende med psykiske tilstander og gravide som er født utenfor Norge.

Gravide med psykiske helseplager

Når en psykisk lidelse avdekkes i svangerskap, tilstrebes et individuelt tilrettelagt fødetilbud. Et individuelt tilrettelagt fødetilbud kan innebære at fødselen foregår på et annet fødeinstitusjonsnivå enn hva de definerte seleksjonskriteriene tilsier, det vil si til et høyere eller lavere nivå, forutsatt at fødeinstitusjonsnivået har nødvendig kompetanse.

Mange gravide kan være urolige eller bekymret i forbindelse med svangerskapet. Uro og bekymring kan reduseres ved god støtte og informasjon. Det er viktig for helsepersonell å skille mellom alminnelige spørsmål gravide har og spørsmål og tegn på at kvinnen har behov for ytterligere hjelp og oppfølging. For avdekking og oppfølging av gravide med psykiske tilstander i svangerskapet, se «[Graviditet og psykisk helse](#)» i Nasjonal retningslinje for svangerskapsomsorgen og «[Mental helse i svangerskapet](#)» [veileder i fødselshjelp \(legeforeningen.no\)](#).

Noen gravide med psykiske helseplager kan ha behov for lengre opphold i fødeinstitusjonen etter fødsel, både for vurdering og observasjon av mors psykiske tilstand og for å fremme en trygg tilknytning til barnet. Videre kan det være individuelle behov relatert til romfasiliteter, kontakt- /støtteperson tilstede under fødsel/opphold på sykehus, en (eller få) jordmor/lege å forholde seg til eller/og psykologisk støtte/behandling.

Gravide født utenfor Norge

Andelen av gravide kvinner som er født utenfor Norge har økt de siste ti-årene. Fødende fra enkelte land har større risiko for inngrep og komplikasjoner under fødsel jf. [Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem](#), Helsedirektoratet 2020 og [Helse i innvandrerbefolkningen \(fhi.no\)](#). Gravide født utenfor Norge kan derfor ha behov for individuell oppfølging under svangerskap, fødsel og barsel.

Det er sentralt at helsepersonell avsetter tilstrekkelig tid med kvalifisert tolk for gravide/fødende med begrensede kunnskaper i norsk språk, se [Helsepersonells ansvar for god kommunikasjon via tolk](#). Videre er det av betydning at helsepersonell er oppmerksomt på variasjoner i innvandrerbefolkningens helsekompetanse; det vil si å finne, forstå, kritisk vurdere og benytte seg av helseinformasjon. Digitale ferdigheter kan også være varierende.

Begrunnelse

Seleksjonen av gravide til rett fødenivå bør gjøres i samråd med kvinnen, jf. kapittelet om [informasjon og pasientmedvirkning](#). Helsepersonell må vise faglig skjønn i vurderingen av hver enkelt pasient for å ta hensyn til individuelle behov jf. [§ 4 i Lov om helsepersonell \(lovdata.no\)](#). En slik helhetsvurdering kan innebære at det tas hensyn til behov som kommer i tillegg til seleksjonskriteriene og som kan medføre justering av fødenivå for den enkelte gravide.

Gravide med psykiske- eller psykososiale problemstillinger og/eller bruker rusmidler, samt kvinner født utenfor Norge tilhører grupper med økt risiko for komplikasjoner hos mor og/eller barn under fødsel og er særskilte sårbare grupper som løftes frem i retningslinjen:

Psykiske eller psykososiale problemstillinger i svangerskapet, under fødsel og etter fødsel, kan ha innvirkning på både mors og barnets helse inkludert svekke mor-barn relasjonen og ha negative effekter på barns utvikling ([NICE clinical guideline 192, 2014 \(nice.org\)](#)). Ifølge Folkehelseinstituttet opptrer fødselsdepresjon hos mellom 7 % og 13 % av fødende kvinner i Norge, og mellom 60-120 norske kvinner per år opplever en psykose i løpet av barnets spedbarnsperiode («[Mors psykiske helse i svangerskap og nyfødtp perioden](#)» ([fhi.no](#))). Haga et al. påpekte allerede i 2012 (a,b) at det foreligger depressive symptomer i svangerskapet hos de fleste som diagnostiseres med depresjon i barseltiden. Angst er like vanlig hos gravide som i befolkningen ellers. Angst kan føre til stresstilstand og kan ha negative effekter på svangerskapsutfall og barnets helse og utvikling ([Mental helse i svangerskapet. Veileder i fødselshjelp \(legeforeningen.no\)](#)).

Gravide født utenfor Norge. Mange av innvandrerkvinnene som føder er relativt nye i Norge og en del av dem har kommet som flyktninger fra krig- og konfliktområder. Gravide født utenfor Norge kan ha større risiko for inngrep og komplikasjoner under fødsel enn kvinner født i Norge. Eksempler er risikoen for lav fødselsvekt, for tidlig fødsel, perinatal dødelighet, akutt keisersnitt og blødningskomplikasjoner ifm fødsel ([Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem](#) Helsedirektoratet 2020; Bains et al., 2022; Vik, 2020). For å sikre hensiktsmessig omsorg ved påfølgende svangerskap og fødsler i Norge, er det derfor spesielt viktig med obstetrisk anamnese hos disse kvinnene ved bruk av tolk. Språkbarriere, mangel på god kommunikasjon og informasjon, ulike forståelser og kulturelle praksiser knyttet til svangerskap og fødsel, manglende helsekompetanse og kjennskap til norsk helsevesen, traumer og psykiske plager, dårlig egenomsorg eller lite nettverk og sosial støtte kan være faktorer som kan føre til økt risiko for komplikasjoner ([Helse i innvandrerbefolkningen \(fhi.no\)](#)).

Bemanningsnorm for jordmødre i fødeinstitusjoner

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Anbefaling

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

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Bemanningen av jordmødre planlegges ut fra institusjonens definerte ansvarsområder, pasientpopulasjon og antall pasienter.

Følgende bemanningsnorm anbefales:

- tilstrekkelig grunnbemanning for beredskap
- fødende i aktiv fødsel: 1 jordmor per pasient (jordmor-pasient-ratio 1:1)
- gravide/barselkvinner som krever et høyt overvåkings- og behandlingsnivå: 1 jordmor per pasient (jordmor-pasient-ratio 1:1)
- gravide som induseres: En jordmor per 2-4 pasient (jordmor-pasient-ratio 0,25–0,5:1)
- barselkvinner og nyfødte med kompliserte forløp: En jordmor per 2–4 pasient (jordmor-pasient-ratio 0,25:1)

Praktisk

Bemanningsnormen har til hensikt å sikre at fødeinstitusjoner er bemannet med nok jordmødre til å kunne ivareta forsvarlig overvåking og behandling av pasienter med behov for overvåking på sykehus.

Det er viktig at den anbefalte bemanningsnormen tilpasses ulike behov i fødeinstitusjonene og forskjeller med hensyn til befolkningssammensetning, geografiske avstander, andel innbyggere som skårer lavt på levekårsindeks og/eller som har innvandrerbakgrunn.

Hvordan kan bemanningsnormen brukes?

Gravide/barselkvinner som krever et høyt overvåkings- og behandlingsnivå: For eksempel antenatalt magnesiumsulfat for "neuroprojeksjon" ved prematur fødsel eller annen årsak (forebygge eller behandle preeklampsi).

Gravide som induseres: Gruppen er heterogen, da det er ulike grunner til at fødsel igangsettes og også ulike metoder. Jordmor-pasient-ratio tilpasses derfor risikoprofilen til den lokale pasientpopulasjonen (se anbefaling om [seleksjon av fødetilbud](#)).

Barselkvinner og nyfødte med kompliserte forløp: Det er i denne perioden barnet og familien blir klar for hjemreise, og innsatsen fra avdelingen innbefatter viktig arbeid i å veilede, undervise, trygge og støtte foreldre. Arbeidsinnsatsen vil være avhengig av i hvor stor grad partner har vært involvert gjennom hele oppholdet. Det er vist at oppholdet i avdelingen kan bli kortere om avdelingen er organisert slik at partner i stor grad er involvert (Stelwagen et al., 2021).

Ved bruk av bemanningsnormer gir følgende lenker relevant informasjon:

- om endring i fødepopulasjonen og konsekvenser for bemanning og finansiering [Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem](#) – Helsedirektoratet 2020
- om undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene [Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene \(riksrevisjonen.no\)](#) – Riksrevisjonen 2019
- om tilgang og behov for jordmødre [Tilgang og behov for jordmødre](#) – Helsedirektoratet, 2021

Begrunnelse

På bakgrunn av endringer i kompleksitet i fødepopulasjonen ([Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem, Helsedirektoratet 2020](#)) mottok Helsedirektoratet et oppdrag om å anbefale normtall for bemanning og krav til kompetanse i fødeinstitusjoner etter modell av anbefalingene i [Nasjonal faglig retningslinjer om nyfødteintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet](#). En tilstrekkelig bemanning av jordmødre er en forutsetning for å kunne gi forsvarlig fødselshjelp med lav forekomst av uønskede hendelser og samtidigetskonflikter. Helsedirektoratet har derfor utarbeidet en bemanningsnorm for jordmødre i fødeinstitusjoner.

Underbemanning av jordmødre i fødeinstitusjoner kan få alvorlige følger for pasientene. For de ansatte fører underbemanning til dårligere arbeidsmiljø, sykemeldinger og evt utstøting fra arbeidet, og det forsterker rekrutteringssvikten til jordmor-yrket. Helsetjenestetilbudet skal være faglig forsvarlig uavhengig av hvor i landet fødeinstitusjonen er lokalisert. Til dette trengs det et visst antall jordmødre, uansett om fødeinstitusjonen er en fødestue, fødeavdeling eller kvinneklinikk.

Fødselsomsorgen i offentlig sektor er en spesialisthelsetjeneste. [Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) om plikt til forsvarlighet: Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Foretaket kan ha inngått samarbeidsavtaler med kommunen om helsehjelpen som ytes av bemanningen i fødestuer. Plikt om forsvarlig helsehjelp gjelder også i helse- og omsorgstjenesteloven.

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 \(lovdata.no\)](#) om plikten til å planlegge: Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver: a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.

Følgetjeneste og døgnkontinuerlig beredskap

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Anbefaling

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

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Organisering av en døgnkontinuerlig vaktberedskap inkluderer at det foreligger samhandlingsavtaler om jordmortjenester og akuttmedisinske tjenester, herunder vaktberedskap og følgetjeneste mellom helseforetak og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Samhandlingsavtalen bør

- tilpasses lokale forhold:
 - demografi, geografiske og klimatiske forhold
 - infrastruktur og transportmuligheter
 - lokal og regional organisering av svangerskaps – og fødselsomsorgen
- sette krav til kompetanse til helsepersonell i tjenesten:
 - grunnleggende kompetanse/kunnskap i fødselshjelp (fortrinnsvis jordmor eller lege)
 - gjennomføring av regelmessig ferdighetstrening
 - generell akuttmedisinsk kompetanse
- adressere akutt helsehjelp. Ved behov for akutt helsehjelp benyttes nærmeste fødeinstitusjon/lokalsykehus etter medisinsk vurdering.

Tjenesten skal bidra til trygghet, forutsigbarhet og ivareta individuelle behov hos gravide og fødende.

Praktisk

Hensikten med samarbeidsavtaler er å bidra til at tjenesten gir trygghet, forutsigbarhet og ivaretar individuelle behov hos gravide og fødende.

Organisering

Helseforetaket kan samarbeide med en eller flere kommuner om døgnkontinuerlig følgetjeneste og vaktberedskap. Tjenesten kan i praksis koordineres og tilrettelegges på flere måter. Distrikter/områder med få gravide per år kan tilrettelegge døgnkontinuerlig vaktberedskap og behovsuttøst følgetjeneste. For eksempel kan ordningen avtales personlig med den gravide det gjelder. I tillegg kan helseforetak tilby gravide opphold på hotell eller lignende den siste tiden før termin.

Behov for ambulanse vurderes av følgetjenesten i samarbeid med AMK-sentralen. Ofte vil det være indikasjon for en akutt-tur (hastegrad rød), noe som medfører at ambulansen umiddelbart rykker ut ([Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, kap 18](#)).

Hva er følgetjeneste?

Følgetjenesten tilbyr både en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følge til fødeinstitusjon. Det utføres en kvalifisert faglig vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for følge.

For innhold i samhandlingsavtalene mellom helseforetak og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (under utarbeidelse).

Kunnskap og kompetanse i følgetjenesten

Organisert følgetjeneste består av jordmor eller lege med tilstrekkelig kompetanse innen fødselshjelp i kommunen. De gjør opp status basert for eksempel på om det foreligger vannavgang, blødning, premature rier, har dialog med fødeinstitusjon og vurderer responstid og egnet ambulansetransport. De vurderer også om det er behov for følge av jordmor eller lege til fødestedet.

Risikofødende kan ha planlagt fødsel på en fødeinstitusjon som har lengre avstand enn til nærmeste fødeinstitusjon/lokalsykehuset. Der det vurderes at helsehjelp er akutt, vurderer helsepersonell om den kan gis ved nærmeste fødeinstitusjon/lokalsykehus.

Lokal tilgjengelighet av tjenesten kommuniseres med gravide slik at kvinnen vet hvem og hvor kontakten til følgetjenesten er 24/7.

Samhandlingsavtale mellom helseforetak og den kommunale helse- og omsorgstjenesten -helsefelleskap

Forhold som vurderes lokalt i utarbeidelse av samhandlingsavtaler:

- Demografi, geografiske, klimatiske forhold og infrastruktur med mulighet for transport under ulike klimatiske forhold og hastegrad vil påvirke organiseringen av døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste. I områder med periodevise utfordringer på grunn av klimatiske og geografiske forhold er det behov for lokal kunnskap om forholdene. Det er viktig med kjennskap til alternativer for transporttjeneste og organisering av den akuttmedisinske kjeden i sin helseregion og/eller samarbeidende region(er) for helsepersonellet som inngår i beredskapen.
- Jordmødre som deltar i en følgetjeneste, kan også tilby barselomsorg de første dagene etter hjemkomst. Organiseringen bidrar til kontinuitet. Vaktberedskapen kan også være et tilbud til barselkvinner som opplever sykdom etter fødsel ([Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen](#)).
- Praksiskonsulentordningen ved gynekologisk/obstetrisk avdeling har som målsetting å forbedre pasientforløp og bidra til godt samarbeid mellom de ulike tjenestenivåene. Denne ordningen kan være en nyttig ressurs og bidra til god kommunikasjon der den finnes.
- System for tverrfaglig kompetanseheving, ferdighetstrening i akuttprosedyrer og individuell hospitering med aktiv tjeneste eller rotasjonsordninger. Ferdighetstreningen kan med fordel foregå sammen med helsepersonell som er samarbeidspartnere.

Begrunnelse

[St.meld. nr. 12 \(2008-2009\) \(regjeringen.no\)](#) legger til grunn en rett til følgetjeneste med veiledende grense på halvannen times reisevei til fødestedet. Grensen på 1,5 timers reisevei skal baseres på reel reisetid og er avhengig av reiseavstand, kommunikasjonsforhold, vær og føreforhold, hvor langt fødselen er kommet med mer.

Siden 2010 har det vært helseforetakenes ansvar å sikre jordmor-beredskap og tilby følgetjeneste ([St.meld. nr. 12 \(2008-2009\) \(regjeringen.no\)](#); [Prop. 1 S \(2009-2010\) kap. 732 og kap. 762 \(regjeringen.no\)](#); [St.meld. nr. 47 \(2008-2009\) \(regjeringen.no\)](#)). Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har plikt til å samarbeide med spesialisthelsetjenesten for å legge til rette for forsvarlige tjenester. Partene er etter [lov om helse- og omsorgstjenester § 6-1 \(lovdata.no\)](#) pålagt å inngå samarbeidsavtaler, blant annet om samarbeid om jordmortjenester, jf. § 6-2 nr. 8.

Avtalene mellom den kommunale helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten bør inneholde tiltak for å sikre at jordmødre kan opprettholde sin samlede kompetanse i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Kompetanse i fødselsomsorg er av særlig betydning i områder med lang reisevei til fødeinstitusjon, og avtalene bør inkludere beredskap for følgetjeneste [Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted – til rett tid \(regjeringen.no, kap. 6.8\)](#).

I 2019 behandlet Stortinget et forslag om å gi helseforetakene en lovfestet plikt til å tilby følgetjeneste for fødende med mer enn 60 minutters reisevei til fødestedet. Forslaget om å lovfeste et krav på 60 minutter ble ikke vedtatt, se [Sak \(stortinget.no\)](#).

På oppdrag fra Helsedirektoratet ferdigstilte Folkehelseinstituttet (FHI) i 2022 en systematisk kunnskapsoppsummering om betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende, [Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende revidert utgave \(fhi.no\)](#) (Ames et al., 2021). Resultatene viser at en avstand over 60 minutter fra fødeinstitusjon sannsynligvis gir en stor økning i oddsen for ikke-planlagt fødsel utenfor fødeinstitusjon, kanskje en liten økning i risikoen for eklampsi/HELLP og kanskje en stor økning i risikoen for igangsetting av fødsel av logistiske grunner. Kunnskaps-oppsummeringen kan ikke si noe sikkert om betydningen av avstand på andre utfall for gravide/fødende og fostre eller nyfødte på grunnlag av de inkluderte studiene. Det er behov for mer forskning og da med mer standardiserte målemetoder. Det mangler også forskning om effekter av følgetjenester for fødende med lang reisevei til fødeinstitusjon, for alle relevante utfall.

Helsedirektoratet vurderer at en reduksjon i reisevei fra 90 minutter til 60 minutter fra hjemmet til fødeinstitusjonen vil medføre behov for økte ressurser. Før det eventuelt innføres endringer i anbefalt reisetid for følgetjeneste, bør det foreligge et bedre kunnskapsgrunnlag og en kost-nytteanalyse, jf. også Prioriteringsregelverket.

Hjemmefødsel

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Anbefaling

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

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Seleksjonskriterier for gravide som ønsker å føde hjemme

- friske gravide med normalt svangerskap og med forventet normal fødsel i hodeleie
- ingen kjente sykdommer eller tilstander hos mor eller foster/barn som gir økt risiko for komplikasjoner
- flergangsfødende med tidligere normale svangerskap og fødsler
- fødselen starter spontant med foster i hodeleie mellom svangerskapsuke 37+0 og 41+6
- fødselen er definert som lavrisiko fra riene starter og frem til etter barnets fødsel

Indikasjoner for overflytting av den fødende

- fostervannsavgang > 18 timer uten etablerte rier
- avvikende leie/presentasjon av foster
- langsom fremgang
- misfarget fostervann tidlig i fødselsforløpet
- rikelig/unormal blødning
- akutt sykdom hos mor
- behov for fosterovervåkning med CTG
- behov for smertelindring med legemidler
- behov for å stimulere rier ved hjelp av legemidler

Indikasjoner for overflytting av den nyfødte

- mistenkt sykdom hos nyfødt
- respirasjonsproblemer
- misdannelser, skade eller fraktur
- gulsott og andre indikasjoner

Praktisk

Valget om å føde hjemme gjøres av kvinnen selv i løpet av svangerskapet. Seleksjon til hjemmefødsel gjøres av jordmor/fastlege og forutsetter fortløpende vurdering av mulig risiko i svangerskapet og ved fødselens start.

Jordmødre som tilbyr å bistå ved planlagt hjemmefødsel, er per i dag (september 2022) privatpraktiserende. Der det ut fra seleksjonskriteriene forventes en normal vaginal fødsel, utarbeider privatpraktiserende jordmor en plan eller avtale sammen med kvinnen. Avtalen omfatter en konkret beskrivelse av tjenesten, som for eksempel vaktberedskap for fødsel og barseloppfølging, og informasjon om lovfestede rettigheter og lovpålagte plikter.

Jordmor gjør en helhetsvurdering av kvinnen, og vurderer om hun kan føde hjemme. Jordmoren kan også anbefale en kvinne å føde i sykehus etter en helhetsvurdering, på bakgrunn av andre forhold enn de nevnte seleksjons- eller overflyttingskriteriene.

Ved vurdering av svangerskap passert termin henvises kvinnen til den fødeavdeling/poliklinikk hvor hun har føde plass.

Eksempel på hvor jordmor kan oppleve å stå i et dilemma i forbindelse med en hjemmefødsel

Helsetilsynet omtaler dilemmaer som kan oppstå ved hjemmefødsler i [Hjemmefødsel – kvinners medvirkning, krav til jordmors forsvarlighet og helseforetakenes ansvar for samarbeid \(helsetilsynet.no\)](#), 2021. Et dilemma kan for eksempel være at jordmødre vurderer å inngå avtale om hjemmefødsel i strid med nasjonale anbefalinger ut fra en tanke om at det er bedre å bistå den gravide enn at hun velger å føde hjemme uten bistand. Den gravide kan, av ulike grunner, være bestemt på å gjennomføre hjemmefødsel til tross for at det vil være uforsvarlig, og jordmor fraråder det. Selv om det oppleves vanskelig å si nei til å bistå, er det viktig at jordmor i slike situasjoner informerer og dokumenterer faglige vurderinger og hvorfor hun som jordmor ikke kan inngå avtale om hjemmefødsel.

Helsetilsynet har i flere enkeltsaker påpekt at det er uforsvarlig dersom jordmor inngår avtale med den gravide om å planlegge hjemmefødsel, i strid med nasjonale retningslinjer og uten en faglig begrunnelse for hvorfor det er forsvarlig. Dersom den gravide, mot jordmors anbefaling, likevel ønsker hjemmefødsel, er det jordmors plikt å:

- informere kvinnen om risiko som kan oppstå hos henne og/eller hos barnet
- informere den gravide om hvorfor avtale om hjemmefødsel ikke kan inngås og hvilke alternativer som finnes
- innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig
- samarbeide med sykehus om å overføre kvinnen til en fødeavdeling. Sykehusets ansvar er å gå i dialog med den gravide om hvordan de kan legge til rette for at hun kjenner seg ivaretatt ved å føde på sykehus.

Se også kapittelet [Informasjon og pasientmedvirkning](#).

Les seleksjonskriterier om hvem som bør føde på [fødeavdeling](#) eller [kvinneklinikk](#).

Begrunnelse

Hensikten med seleksjonskriteriene er å ivareta normale forløp og sikre forsvarlig oppfølging ved hjemmefødsel. Seleksjons- og overflyttingskriterier for hjemmefødsler er utarbeidet på bakgrunn av klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets Nasjonal faglige retningslinje om hjemmefødsel (2012). Kriteriene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap, endringer i lovverk og tilsynsrapporter (Johansen et al., 2017). Ved en hjemmefødsel kan jordmor bli stilt overfor

en situasjon som ligger utenfor hennes kompetanseområde å håndtere, kravet til forsvarlighet innebærer en plikt til å innhente råd og bistand fra – eller henvise pasienten til – noen som har de nødvendige kvalifikasjonene (Lov om helsepersonell).

Uventede hendelser og tilstander kan alltid oppstå under og etter fødsel hos mor og/eller barn, selv om den gravide i utgangspunktet var frisk med et normalt svangerskap og med en forventet normal fødsel i hodeleie. Overflyttingskriteriene gjenspeiler medisinskfaglige forhold hos mor og/eller nyfødt som erfaringsmessig krever helsehjelp fra sykehus/fødeavdeling eller kvinneklinikk, og er basert på forsvarlighetsprinsippet for helsepersonell/helsetjenesten.

Anbefaling

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

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Jordmor som tilbyr hjemmefødsel, bør ta initiativ til å inngå samarbeidsavtale med aktuell fødeinstitusjon. Fødeinstitusjonene bør legge til rette for et godt samarbeid med jordmødre som tilbyr bistand ved hjemmefødsel.

Praktisk

Det er viktig at både jordmødre som tilbyr hjemmefødsel og sykehus legger til rette for et godt samarbeid slik at mor og barn får et trygt og tilpasset tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltid.

Eksempler på områder som avklares i avtaler mellom partene:

- vedlikeholde kompetanse og ferdigheter innen svangerskapsomsorg og fødselshjelp
- rutiner for overflytting til og samarbeid med fødeavdeling/kvinneklinikk
- videre oppfølging av barnet og samarbeid med familien
- overføring av journalopplysninger om fødselen

Det er et generelt krav om elektronisk journal, som også gjelder for privatpraktiserende jordmødre som tilbyr bistand ved hjemmefødsel. Det er mulig å søke om unntak fra dette kravet og søknad sendes Direktoratet for e-helse, se [Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger \(ehelse.no\)](#).

Begrunnelse

I flere tilsynssaker har dårlig kommunikasjon mellom sykehusene, jordmødre som tilbyr bistand til hjemmefødsel og den gravide/paret, vært et tema (Johansen et al., 2017). Helsepersonell på sykehus har vist liten forståelse for kvinnens ønske om hjemmefødsel, noe som i sin tur har ført til at kvinnens motvilje mot å føde på sykehus har økt. Jordmor kan kvie seg for å ta kontakt med fødselslege på sykehus hvis hun opplever at de er kritiske til hjemmefødsler. Å etablere et godt samarbeid mellom helseforetakene og jordmødre som tilbyr hjemmefødsel er viktig for å sikre god helsehjelp til beste for

mor og barn, se [Hjemmefødsel – kvinners medvirkning, krav til jordmors ansvar og helseforetakenes ansvar for samarbeid \(helsetilsynet.no\)](#).

Krav til pasientjournalssystem og de generelle reglene for journalføring og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger gjelder for privatpraktiserende jordmødre som bistår med hjemmefødsel, jf. pasientjournalloven § 7. Innenfor rammen av taushetsplikten, skal den virksomheten som har pasientjournalen sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte helsehjelp til den enkelte, jf. pasientjournalloven § 19 og helsepersonelloven § 45. Opplysningene skal gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten, jf. pasientjournalloven § 19.

Det er en forventning fra helsemyndighetene om at de regionale helseforetakene, som har ansvaret for å legge til rette for en differensiert fødselsomsorg, tilrettelegger for et godt samarbeid med jordmødre som tilbyr bistand ved hjemmefødsel. Kvinner har i løpet av svangerskapet rett til å motta informasjon om de ulike mulighetene som finnes ved valg av fødested.

Se også kapittelet [Informasjon og pasientmedvirkning](#) og kapittelet [Differensiering og seleksjon av fødetilbud](#).

Anbefaling

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

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Helseforetakene kan bestemme om de vil gi tilbud om hjemmefødsel. Gravide kan ikke kreve et hjemmefødselstilbud fra helseforetakets fødeinstitusjoner.

Organisering av hjemmefødsel i offentlig regi bør innfri følgende krav:

- Jordmødre som inngår i en hjemmefødselsordning, bør være ansatt i helseforetaket. Jordmødrenes øvrige arbeidstid legges til ordinært arbeid på fødeinstitusjonen.
- Antall jordmødre i vaktberedskap tilpasses antall hjemmefødsler.

Praktisk

For å øke sikkerheten omkring planlagte hjemmefødsler, er det viktig at jordmor har god kjennskap til kvinnen hun skal bistå under en hjemmefødsel. Det ideelle er at kvinnen har gått til svangerskapskonsultasjoner hos den samme jordmoren som bistår ved fødselen.

Helseforetakene kan organisere jordmødre i team («caseload», «kendt jordmoder»-ordninger i Danmark, «min barnmorska» ved Huddinge sykehus i Sverige). Det innebærer at en gruppe jordmødre

sammen har en gruppe kvinner som de følger gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Fødsel og barseltid kan skje på sykehus eller hjemme. De som ønsker å føde hjemme, melder seg til denne ordningen. En slik ordning vil gi kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid – også for kvinner som ønsker å føde på sykehus.

En slik ordning kan organiseres ved at det opprettes kombinerte stillinger i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og helseforetakene. En annen måte å organisere tilbudet på, er at en gruppe jordmødre har bakvaktsordninger for å ivareta hjemmefødsler.

Begrunnelse

Ansvar for å legge til rette for differensiert fødselsomsorg er plassert hos de regionale helseforetakene. Planlagt hjemmefødsel med jordmor har ikke vært en del av det offentlige tilbudet. Tilbudet gis i dag av privatpraktiserende jordmødre uten avtale med helseforetakene eller kommunene. Dette gir utfordringer ved at planlagte hjemmefødsler delvis faller utenfor regelverk og ordninger som har betydning for pasientsikkerhet og forsvarlig helsehjelp (Johansen et al., 2017). Tilbudene er ikke likeverdige ettersom valgfriheten er begrenset og kvinnen selv må betale en egenandel. Utfordringene kan oppsummeres som følger:

- Tilsynsmulighetene begrenses av at fødslene foregår i hjemmet, jf. menneskerettighetsloven, Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, artikkel 8, og prinsippet om privatlivets fred. Tilsyn skjer kun som hendelsesbasert tilsyn i etterkant av svikt. Videre påligger meldeplikt ved skade og hendelser kun spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Privatpraktiserende uten avtale har ikke en tilsvarende plikt.
- Jordmødres manglende rekvireringsrett til reseptbelagte legemidler medfører at tilbudet ved planlagte hjemmefødsler kan bli dårligere i sammenligning med et offentlig tilbud. Legemidlene det dreier seg om er for å forebygge og behandle unormal blødning.
- Tilbudene om hjemmefødsel (i privat regi) er ikke likeverdige ettersom valgfriheten er begrenset og kvinnen selv må betale en egenandel. Økonomisk skiller en planlagt hjemmefødsel seg fra fødselsomsorg i den offentlige helsetjenesten; foreldrene må selv betale for deler av jordmorhjelpen. Kompensasjon til jordmor blir delvis dekket av myndighetene gjennom en refusjonsordning som administreres av HELFO. Resten av betalingen må ytes av familien, herunder ytelse til jordmoren for å være i beredskap ved fødselsterminen [Forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp](#) (lovdata.no). Forskriften gir anledning for jordmor til å heve takster for hjemmefødsel og svangerskapsomsorg. Intensjonen er at jordmorhjelp skal være gratis for alle gravide, men i realiteten er det flere forhold rundt hjemmefødsler som ikke omfattes av forskriften og som jordmor derfor krever betaling for, f.eks. reiseutgifter for å komme til og fra fødestedet. Kvinnen søker om en engangsstønad fra HELFO når hun har født hjemme.
- I henhold til [Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten § 3](#) (lovdata.no), gjeldende fra 1. september 2015, skal helseopplysninger lagres elektronisk. Det betyr at opplysninger som blir skrevet i en papirjournal, skal overføres til en elektronisk journal så snart det lar seg gjøre. Manglende elektronisk samhandling mellom nivåene og privatpraktiserende kan medføre mangelfull samhandling og utfordre pasientsikkerheten.

Fødestue

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Anbefaling

Fødestue bør følge fastsatte seleksjonskriterier for gravide

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Fastsatte seleksjonskriterier for fødestue som bør følges

- friske gravide med normalt svangerskap og med forventet normal fødsel i hodeleie
- ingen kjente sykdommer eller tilstander hos mor eller foster/barn som gir økt risiko for komplikasjoner
- flergangsfødende med tidligere normale svangerskap og fødsler
- fødselen starter spontant med foster i hodeleie mellom fullgåtte svangerskapsuker 37+0 og 41+6
- fødselen er definert som lavrisiko når riene starter og er fortsatt normal frem til etter barnets fødsel (se [overflyttingskriterier](#))

Fødestue er et tilbud til fødende som oppfyller seleksjonskriteriene og ønsker å føde der.

Praktisk

Seleksjonskriterier avtales med den medisinske faglig ansvarlige i helseforetakets kvinneklinikk, nedfelles skriftlig og revideres ved behov, som for eksempel ved endringer av lokale seleksjonskriterier.

Jordmor har anledning til å anbefale fødsel på en fødeavdeling eller kvinneklinikk ut fra en helhetsvurdering av den gravide, uavhengig av nevnte seleksjonskriterier, se også anbefalingen om [seleksjon til fødetilbud](#).

Dersom en fødestue mener at de innehar kompetanse til å håndtere enkelte tilstander hos gravide som er definert tilhørende fødeavdelingsnivå, avklares dette med faglig ansvarlig i helseforetaket og dokumenteres. Aktuelle tilstander er:

- uspesifikke forhold som rus, psykiske eller psykososiale problemstillinger
- tidligere utskjæringstang eller vakuumpump uten antatt gjentagelsesrisiko
- kvinner født utenfor Norge som tilhører grupper med økt risiko for komplikasjoner (se anbefaling om [seleksjon til fødetilbud](#))
- kvinner som er omskåret
- tenåringsgravide

Et nært samarbeid med fødeavdeling eller kvinneklinikk i helseforetaket om drøfting av tvilstilfeller er en viktig forutsetning for trygg fødselshjelp ved fødestuer, se også anbefaling om [differensiert fødetilbud](#).

Seleksjonskriterier om hvem som bør føde på fødeavdeling eller kvinneklinikk, se kapitlene:

- [fødeavdeling](#)
- [kvinneklinikk](#)

Begrunnelse

Fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk representerer ulike nivåer av fødeinstitusjoner, jf. anbefaling om [differensiert fødetilbud](#). Helseforetaket har det overordnede medisinskfaglige ansvaret for fødselshjelpen. [Seleksjon til fødeinstitusjonsnivå er beskrevet i en egen anbefaling](#).

Seleksjonskriterier for fødestuer ble utarbeidet på bakgrunn av klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud (2010). Kriteriene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap, endringer i lovverk, tilsynsrapporter (Johansen et al., 2018; Johansen et al., 2021) og Helsedirektoratets rapport om [endringer i fødepopulasjonen](#) (2020).

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven %C2%A7 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring %C2%A7 7 c \(lovdata.no\)](#) presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring %C2%A7 6 c og f \(lovdata.no\)](#).

Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Anbefaling

Fødestue bør følge fastsatte overflyttingskriterier for fødende og nyfødte

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Indikasjoner for overflytting av den fødende

Under eller i forbindelse med fødsel

- fostervannsavgang > 18 timer uten etablerte rier
- avvikende leie/presentasjon av foster
- langsom fremgang
- misfarget fostervann
- rikelig/unormal blødning
- akutt sykdom hos mor
- behov for fosterovervåking cardiotokografi (CTG)
- behov for stimulering av rier og/eller smertelindring med legemidler

Etter fødsel

- fastsittende placenta, med eller uten blødning
- sfinkterruptur grad III og IV, dype vaginal-/perinealrifter, cervixruptur
- unormal etterbyrdsblødning, atoni eller blødning fra rifter
- andre indikasjoner

Indikasjoner for overflytting av den nyfødte

- mistenkt sykdom hos nyfødt
- respirasjonsproblemer
- misdannelser, skade eller fraktur

Praktisk

Nærmere beskrivelse av overflyttingskriterier avtales med den medisinsk faglig ansvarlige i helseforetakets kvinneklinikk, nedfelles skriftlig og revideres ved behov, som for eksempel ved endringer av lokale overflyttingskriterier.

Den gravide har krav på informasjon før fødsel om at hun kan bli overflyttet til sykehus dersom komplikasjoner oppstår før/under eller etter fødsel, se kapittelet om [informasjon og pasientmedvirkning](#).

For definisjoner, se Veileder i fødselshjelp:

- [langsom fremgang \(legeforeningen.no\)](#) (figur 1)
- [rikelig/unormal blødning \(legeforeningen.no\)](#)

Begrunnelse

Fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk representerer ulike nivåer av fødeinstitusjoner, jf. anbefaling om [differensiert fødetilbud](#). Overflyttingskriterier for fødestuer ble utarbeidet på bakgrunn av klinisk erfaring og praksis, og første gang publisert i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud (2010). Kriteriene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap, endringer i lovverk, tilsynsrapporter (Johansen et al., 2018; Johansen et al., 2021) og Helsedirektoratets rapport om [endringer i fødepopulasjonen](#) (2020).

Uventede hendelser og tilstander kan oppstå under og etter fødsel hos mor og/eller barn. Overflyttingskriteriene gjenspeiler forhold hos mor og/eller nyfødt som erfaringsmessig krever helsehjelp fra sykehus/fødeavdeling eller kvinneklinikk, og er basert på forsvarlighetsprinsippet for helsetjenesten.

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til

å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven %C2%A7 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring %C2%A7 7 c\) \(lovdata.no\)](#) presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring %C2%A7 6 c og f\) \(lovdata.no\)](#). Se mer i veileder til forskrift om [ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Anbefaling

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

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Fødestuen bør innfri følgende:

Kompetanse, vaktordning og beredskap

- fast ansatte jordmødre bør utgjøre hoveddelen av bemanningen
- utarbeide planer for vedlikehold av kompetanse for fødestuens jordmødre
- regelmessig undervisning inkludert simulering og ferdighetstrening i fødselsteknikk
- ferdighetstrening i akutte prosedyrer
- hospitering med aktiv tjenestegjøring ved fødeavdeling eller kvinneklinikk
- systematisk gjennomgang av avvik og forbedringstiltak (se anbefaling om [kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet](#))
- mulighet for tilkalling av jordmor i bakvakt der jordmor er alene
- mulighet for tilkalling av legevakslege på døgnbasis
- legemidler i henhold til liste/prosedyre

Praktisk

Tiltak for å vedlikeholde og øke kompetansen hos jordmødre i fødestuer nedfelles skriftlig og gjennomføres i samarbeid med helseforetaket. Tiltakene kan også involvere f.eks. legevakslege og akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK).

Regelmessig, og minst årlig, gjennomgang av rutiner og prosedyrer i samarbeid med helseforetakets medisinskfaglige gynekolog og barnelege. Resultater evalueres og uklarhet vedrørende kompetanse, seleksjonskriterier, rutiner, og drift avklares

Eksempler på innhold i skriftlige prosedyrer og rutiner

- samarbeid, ansvarsforhold og kommunikasjonslinjer mellom fødestuen og helseforetakets kvinneklinikk
- samarbeid med lokal lege i vakt, for eksempel kommunal legevakt
- nyfødtundersøkelse – dette kan organiseres på flere måter, for eksempel på fødestua, helsestasjon eller sykehus
- faglige prosedyrer for
 - behandling av alvorlige akutte komplikasjoner under fødsel som for eksempel vanskelig skulderforløsning, blødning, fosterstress, operative forløsninger, preeklampsi, eklampsi
 - gjenopplivning (resuscitering) av mor og nyfødt barn
 - lysbehandling av nyfødte
 - håndtering av tilstander hos gravide som er definert tilhørende et høyere fødenivå
 - legemiddelhåndtering
- kontroll av medisinsk-teknisk utstyr

Nærmere informasjon om:

- [Pasientmedvirkning og informasjon](#)
- [Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet](#)
- [Differensiering og seleksjon](#)

Begrunnelse

Helseforetaket har det overordnede ansvaret for å sørge for forsvarlig bemanning, vaktordning og beredskap med nødvendig kompetanse. Ansvar og kompetanse for det forløsningsmessige ligger hos jordmoren som gir helsehjelpen.

Krav til bemanning og kompetanse for fødestuer ble utarbeidet på bakgrunn av klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud (2010). Kravene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap, endringer i lovverk, tilsynsrapporter (Johansen et al., 2018; Johansen et al., 2021) og Helsedirektoratets rapport om [endringer i fødepopulasjonen](#) (2020).

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven %C2%A7 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring %C2%A7 7 b\) \(lovdata.no\)](#) presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring %C2%A7 6 f\)](#)

lovdata.no). Organiseringen av virksomheten, herunder planlegging av oppgavefordeling og ressurser, må legges til rette for at medarbeiderne kan levere forsvarlige og gode tjenester. Se mer i veileder til forskrift om [ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Fødeavdeling

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Anbefaling

Fødeavdelinger bør følge fastsatte seleksjonskriterier for gravide

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Seleksjonskriterier for gravide som bør føde på fødeavdeling eller et høyere nivå

- hypertensiv sykdom, ukomplisert preeklampsi
- kroppsmasseindeks (KMI) beregnet fra svangerskapets start:
 - fedme grad I (KMI 30-34,9) og fedme grad II (KMI 35-39,9)
 - undervekt (KMI < 18,5)
- estimert fostervekt \geq 4500 g eller < 2500 g
- trombofilier med moderat risiko
- tidligere alvorlig komplikasjon under svangerskap eller fødsel f.eks. tidligere dødfødsel eller uheldige svangerskapsutfall
- induksjoner
- langvarig vannavgang (vannavgang > 18 timer)
- gjentatte episoder der den gravide har kjønt lite liv
- kostregulert diabetes
- legemiddelbehandlet diabetes kan etter vurdering/i samråd med kvinneklinikk føde på fødeavdeling med nyfødtavdeling
- preterm fødsel ned til uke (35+0) dager ved fødeavdeling uten nyfødtavdeling, ved fødeavdeling med nyfødtavdeling er grensen lavere, avhengig av nyfødtavdelingens kompetanse.
- elektive keisersnitt av foster i seteleie

Følgende fødsler bør foregå i sykehus med nyfødtavdeling, men gravide kan etter individuell vurdering føde på en fødeavdeling uten samlokalisert nyfødtavdeling under forutsetning av nødvendig kompetanse i avdelingen:

- oligohydramnion med normal fylling av ventrikkel og urinblære
- polyhydramnion
- planlagt vaginal fødsel etter tidligere operasjon på livmoren

Ved bruk av seleksjonskriterier på gravide til den enkelte fødeavdeling bør det tas hensyn til at fødeavdelingene er av ulik størrelse med varierende bemanning og kompetanse.

Praktisk

Pasientene som selekteres til kvinneklinikk er angitt i anbefaling om [seleksjonskriterier for kvinneklinikk](#). Dersom enkelte fødeavdelinger mener at de innehar kompetanse til å håndtere tilstander som er definert tilhørende kvinneklinikk, avklares dette med helseregionens faglige ansvarlige og samarbeidende kvinneklinikk. Dette dokumenteres og prosedyrenedfelles.

Forhold som kan påvirke seleksjon av den fødende til et fødeinstitusjonsnivå, er blant annet:

- Uspesifikke forhold som rus, psykiske eller psykososiale problemstillinger, se [Praktisk i anbefaling om seleksjonskriterier for fødestue](#)
- Tidligere utskjæringstang eller vakuumpump uten antatt gjentakelsesrisiko, se [Praktisk i anbefaling om seleksjonskriterier for fødestue](#)
- Kvinner som er omskåret,
- Tenåringsgravide, se [Praktisk i anbefaling om seleksjonskriterier for fødestue](#)
- Kvinner født utenfor Norge som tilhører grupper med økt risiko for komplikasjoner, se anbefaling om [seleksjon til fødetilbud](#).

For nærmere beskrivelse av hypertensiv sykdom, ukomplisert preeklampsi, se Norsk gynekologisk forenings [veileder i fødselshjelp \(legeforeningen.no\)](#).

Begrunnelse

Fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk representerer ulike nivåer av fødeinstitusjoner, jf. anbefaling om [differensiert fødetilbud](#). Seleksjon til fødeinstitusjonsnivå er beskrevet i anbefaling om [seleksjon til fødetilbud](#).

Seleksjonskriterier for fødeavdelinger ble utarbeidet på bakgrunn av klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud (2010). Kriteriene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap, endringer i lovverk, tilsynsrapporter (Johansen et al., 2018; Johansen et al., 2021) og Helsedirektoratets rapport om [endringer i fødepopulasjonen](#) (2020). Seleksjonskriteriene er basert på forsvarlighetsprinsippet for helsetjenesten.

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven %C2%A7 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring %C2%A7 7 c\) \(lovdata.no\)](#) presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring %C2%A7 6 c og f\) \(lovdata.no\)](#). Se mer i veileder til forskrift om [ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Anbefaling

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

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Fødeavdelingen bør innfri følgende:

Bemanning og kompetanse

- Fast ansatte gynekologer og jordmødre bør utgjøre hoveddelen av bemanningen ved fødeavdelinger.
- Gjennomføre regelmessig undervisning for jordmødre og leger inkludert tolkning og bruk av ulike metoder for fosterovervåking.
- Sikre ansatte tilstrekkelig opplæring og opplæringsprogram for nytilsatte, inkludert vikarer.
- Systematisk gjennomgang av avvik og forbedringstiltak (se anbefaling om [kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet](#)).
- Fødeavdelingens tilgang på tverrfaglig helsehjelp bør være sikret (se også Praktisk):
 - anesthesiavdeling og samlokalisert nyfødtavdeling bør ha vaktordninger for leger og sykepleiere som sikrer tjenester i samsvar med fødeavdelingens behov
 - ansvarsfordeling og assistanse for gjenopplivning av nyfødte
 - tilbud om regional smertelindring under fødsel
 - døgnkontinuerlig tilgang til tjenester fra klinisk kjemisk avdeling og blodbank

Vaktordning og beredskap (se også Praktisk)

- Vaktordningen for gynekologspesialister bør minimum være firedelt.
 - Ved hvilende vakt i hjemmet bør utrykningstid baseres på inntil 30 minutter.
 - Vakthavende gynekologspesialist bør være til stede i avdelingen når det foreligger kjente risikofaktorer før og under fødsel.
- Akutt keisersnitt bør kunne utføres innen 15 minutter.

Praktisk

Bemanning og kompetanse planlegges i forhold til fødeavdelingens definerte ansvarsområde, pasientpopulasjon og antall pasienter.

Regelmessig, og minst årlig, gjennomgang av rutiner og prosedyrer i samarbeid med helseforetakets medisinskfaglige gynekolog og barnelege. Resultater evalueres og uklarhet vedrørende kompetanse, seleksjonskriterier, rutiner, og drift avklares.

Eksempler på innhold i skriftlige prosedyrer og rutine

- ansvarsforhold mellom koordinerende jordmor og vakthavende lege i fødeenheten, samt kommunikasjonslinjene mellom disse.

- behandling av alvorlige akutte komplikasjoner under fødsel som for eksempel vanskelig skulderforløsning, blødning, fosterstress, operative forløsninger, preeklampsi/eklampsi.
- tilkalling av, og informasjon til, vakthavende lege ved kompliserte fødsler
- gjenopplivning av mor og nyfødt barn
- hvordan vikarer, både leger og jordmødre, blir satt grundig inn i enhetens rutiner og prosedyrer.

Utdyping av vaktordning og beredskap

Ha tilstedeværende vakthavende gynekologspesialist ved kjente risikofaktorer før og under fødsel, for eksempel i situasjoner som krever elektronisk overvåking av fosteret og der mors tilstand krever skjerpet overvåking. Slike situasjoner forutsetter at operasjons- og anestesiteam er til stede slik at akutt keisersnitt kan utføres innen 15 minutter.

Hovedregel for gynekologspesialister er minimum 4-delt vaktordningen. Unntak fra dette aksepteres i kortere perioder, jf. Arbeidsmiljøloven og krav til forsvarlig helsehjelp. Dette betyr at en planlagt vaktordning inkluderer å ta hensyn til behovet for regulert fravær i form av ferier, avspasering og tid til faglig oppdatering/fordypning, herunder avtalefestede permisjoner og kurs.

Utdyping av fødeavdelingens tilgang på tverrfaglig helsehjelp

Ansvar ved behov for gjenopplivning av den nyfødte:

- Dersom sykehuset har tilknyttet egen nyfødtavdeling, er det vakthavende barnelege som har ansvaret. Inntil barnelege er til stede hos den nyfødte, er ansvaret hos tilstedeværende jordmor og eventuell gynekologspesialist.
- Dersom sykehuset ikke har egen nyfødtavdeling: inntil anestesilege er til stede hos den nyfødte, er ansvaret hos tilstedeværende jordmor og eventuell gynekologspesialist.

Fosterovervåking og diagnostikk ved fødeavdelinger

- kunne bruke trestetoskop
- ha CTG med mulighet for elektronisk lagring av kurvene
- ha mulighet for avansert fosterovervåking i form av enten ST-analyse, skalp-pH eller laktat
- kunne utføre syre-base-undersøkelse på navlestrengsblod etter fødsel
- foreta regelmessig undervisning og stille kompetansekrav til jordmødre og leger innen tolkning og bruk av ulike metoder for fosterovervåking
- kunne identifisere utviklingsavvik og viderehenvise disse til fostermedisinsk enhet, bare godkjente enheter kan utføre fosterdiagnostikk.
- kunne utføre og tolke basale dopplerundersøkelser
- ha tilgang til bruk av ultralyd under fødsel

Det er nødvendig med et system for kommunikasjon og informasjon innad og mellom tjenestenivåene. Nærmere informasjon om:

- [Pasientmedvirkning og informasjon](#)
- [Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet](#)
- [Differensiering og seleksjon](#)

Begrunnelse

Helseforetaket har det overordnede ansvaret for å sørge for forsvarlig bemanning, vaktordning og beredskap med nødvendig kompetanse.

Krav til bemanning og kompetanse for fødeavdelinger ble utarbeidet på bakgrunn av klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud (2010). Kravene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap, endringer i lovverk, tilsynsrapporter (Johansen et al., 2018; Johansen et al., 2021) og Helsedirektoratets rapport om [endringer i fødepopulasjonen](#) (2020).

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven %C2%A7 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring %C2%A7 7 b\) \(lovdata.no\)](#) presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring %C2%A7 6 f\) \(lovdata.no\)](#). Organiseringen av virksomheten, herunder planlegging av oppgavefordeling og ressurser, må legges til rette for at medarbeiderne kan levere forsvarlige og gode tjenester. Se mer i veileder til forskrift om [ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Kvinneklinnikk

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Anbefaling

Kvinneklinnikker bør motta risikofødende etter fastsatte seleksjonskriterier

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Kvinneklinnikkene har spesialkompetanse innen fødselshjelp og bred samlokalisert tverrfaglig kompetanse inkludert nyfødtavdeling. Kvinneklinnikkene ivaretar både normalt fødende og fødende med kjente risikofaktorer.

Følgende gravide med kjent risiko bør selekteres til kvinneklinnikk:

- fedme grad III kroppsmasseindeks (KMI) ≥ 40 ved svangerskapets start
- diabetes mellitus eller svangerskapsdiabetes (insulinkrevende)
- alvorlig preeklampsi ([Veileder i fødselshjelp \(legeforeningen.no\)](#))
- foster med påvist utviklingsavvik med sannsynlig behov for intervensjon kort tid etter fødsel
- intrauterin veksthemming (IUGR) – avtagende vekst ved seriemålinger
- flerlinger/vaginale tvillingfødsler
- vaginale setefødsler
- immunisering med betydning for barnet
- alvorlig hjerte/kar/lunge/nyre/revmatiske sykdommer eller kollagenoser hos mor som ikke er selektert til kvinneklinnikk samlokalisert med nasjonal behandlingstjeneste for tilstanden
- tidligere født barn med alvorlig GBS infeksjon
- rusmiddelbruk under svangerskap
- gravide under LAR-behandling
- gravide med hiv-infeksjon
- gravide med alvorlig trombofili

Følgende tilstander bør som hovedregel føde på kvinneklinnikk, men kan etter individuell vurdering føde på fødeavdeling med nyfødtavdeling forutsatt nødvendig kompetanse:

- pasienter med IUGR kan føde på fødeavdeling med nyfødtavdeling under forutsetning av nødvendig kompetanse i avdelingen
- tidligere født barn med alvorlig GBS infeksjon og som har adekvat profylakse
- gravide med hiv og lavt virustall, og normalt svangerskapsforløp forutsatt at det er lagt en plan for videre forløp av infeksjonsmedisiner og obstetiker ved kvinneklinnikk

Følgende tilstand bør vurderes til å føde på kvinneklinikk med døgntilgang til intervensjons-radiolog og karkirurg:

- trombofili med stor risiko for tromboser
- tilstander med økt risiko for alvorlige blødninger som blødersykdommer (hemofili), placenta accreta og total placenta previa
- placenta previa med antenatale blødningsepisoder
- tidligere massiv postpartumblødning.

Praktisk

For nærmere beskrivelse av fødeinstitusjonsnivåer, se anbefaling om [differensiert fødetilbud](#).

Pasientene som selekteres til fødeavdeling er angitt i anbefaling om [seleksjon av fødetilbud](#). Dersom enkelte fødeavdelinger mener at de innehar kompetanse til å håndtere tilstander som er definert tilhørende kvinneklinikk, avklares dette med helseregionens faglige ansvarlige og samarbeidende kvinneklinikk. Dette dokumenteres og prosedyrenedfelles.

Begrunnelse

Fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk representerer ulike nivåer av fødeinstitusjoner, jf. anbefaling om [differensiert fødetilbud](#). Seleksjon til fødeinstitusjonsnivå er beskrevet i anbefaling om [seleksjon av fødetilbud](#).

Kvinneklinikker er organisert og bemannet til å tilby/håndtere fødselshjelp til fødende både med normale og kompliserte tilstander og forløp.

Seleksjonskriterier for kvinneklinikker ble utarbeidet på bakgrunn av klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud (2010). Kriteriene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap, endringer i lovverk, tilsynsrapporter (Johansen et al., 2018; Johansen et al., 2021) og Helsedirektoratets rapport om [endringer i fødepopulasjonen](#) (2020). Seleksjonskriteriene er basert på forsvarlighetsprinsippet for helsetjenesten.

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven %C2%A7 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring %C2%A7 7 c\) \(lovdata.no\)](#) presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring %C2%A7 6 c og f\) \(lovdata.no\)](#). Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Anbefaling

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

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Kvinneklinikker har ansvar for fødende med og uten risiko for komplikasjoner og bør ha:

- spesialkompetanse innen fødselshjelp, avansert fosterovervåkning og diagnostikk
- tilgang til kompetanse i nyfødtsmedisin og andre relevante spesialiteter i sykehuset
- tilgang til psykososial kompetanse som kan veilede foreldre som trenger oppfølging

I tillegg bør kvinneklinikkene ha forskningskompetanse, drive aktiv forskning og ha stipendiatstillinger for både jordmor og leger som ledd i kontinuerlig oppdatering av kunnskap innen fødselshjelp.

Bemanning og kompetanse

- gjennomføre regelmessig undervisning for jordmødre og leger innen tolkning og bruk av ulike metoder for fosterovervåking og -diagnostikk (intermitterende auskultasjon og kontinuerlig overvåking)
- regelmessig internundervisning for leger og jordmødre
- sikre ansatte tilstrekkelig opplæring og opplæringsprogram for nytilsatte, inkludert vikarer
- systematisk gjennomgang av avvik og forbedringstiltak (se anbefaling om [kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet](#))

Vaktordning og beredskap

- tilstedevakt for
 - lege(r) i forvakt og spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer i bakvakt. Antall leger i vakt tilpasses klinikkens størrelse
 - anestesilege og anestesisykepleier
 - barnelege
- mulighet for å utføre keisersnitt innen 15 minutter
- tilgjengelig anestesipersonell ved gjenopplivning av nyfødte
- vaktberedskap på sykehuset innen urologi, gastrokirurgi, endokrinologi og nefrologi

Praktisk

Bemanning og kompetanse planlegges i forhold til fødeavdelingens definerte ansvarsområde, pasientpopulasjon og antall pasienter.

Regelmessig, og minst årlig, gjennomgang av rutiner og prosedyrer i samarbeid med helseforetakets medisinskfaglige gynekolog og barnelege. Resultater evalueres og uklarhet vedrørende kompetanse, seleksjonskriterier, rutiner, og drift avklares.

Eksempler på innhold i skriftlige prosedyrer og rutiner

- ansvarsforhold mellom koordinerende jordmor og vakthavende lege i fødeenheten, samt kommunikasjonslinjene mellom disse.
- behandling av alvorlige akutte komplikasjoner under fødsel som for eksempel vanskelig skulderforløsning, blødning, fosterstress, operative forløsninger, preeklampsi/eklampsi.
- tilkalling av, og informasjon til, vakthavende lege ved kompliserte fødsler
- gjenopplivning av mor og nyfødt barn
- hvordan vikarer, både leger og jordmødre, blir satt grundig inn i enhetens rutiner og prosedyrer.

Eksempler på kompetansekrav

Fosterovervåking og diagnostikk ved kvinneklinikker

- kunne bruke trestetoskop
- ha CTG med mulighet for elektronisk lagring av kurvene
- ha mulighet for avansert fosterovervåking i form av enten ST - analyse, skalp-pH eller laktat
- kunne utføre syre-base-undersøkelse på navlestrengsblod etter fødsel
- kunne utføre avanserte dopplerundersøkelser
- ha tilgang til CTG med analyse av kortidsvariabilitet (System 8000 analyse)
- foreta regelmessig undervisning og stille kompetansekrav til jordmødre og leger innen tolkning og bruk av ulike metoder for fosterovervåking.

Undervisning og praktisk trening

Følgende gjelder for både fødeavdelinger og kvinneklinikker:

- Obligatorisk regelmessig internundervisning for leger og jordmødre, det vil si formelle møteplasser
- Obligatorisk praktisk trening og teoretisk gjennomgang av akutte situasjoner på fødeavdelingen (blødninger, vanskelig skulderforløsning, operative forløsninger, gjenopplivning osv.) minimum to ganger per år. Oppmøte loggføres

Det er nødvendig med et system for kommunikasjon og informasjon innad og mellom tjenestenivåene. Nærmere informasjon om:

- [Pasientmedvirkning og informasjon](#)
- [Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet](#)
- [Differensiering og seleksjon](#)

Begrunnelse

Helseforetaket har det overordnede ansvaret for å sørge for forsvarlig bemanning, vaktordning og beredskap med nødvendig kompetanse.

Krav til bemanning og kompetanse for kvinneklinikker ble utarbeidet på bakgrunn av klinisk erfaring og praksis, og ble første gang publisert i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud (2010). Kravene er oppdatert etter dagens medisinske kunnskap, endringer i lovverk, tilsynsrapporter (Johansen et al., 2018; Johansen et al., 2021) og Helsedirektoratets rapport om [endringer i fødepopulasjonen](#) (2020).

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Som en del av forsvarlighetskravet, skal

spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger også av [helsepersonelloven %C2%A7 16 \(lovdata.no\)](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring %C2%A7 7 b\) \(lovdata.no\)](#) presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring %C2%A7 6 f\) \(lovdata.no\)](#). Organiseringen av virksomheten, herunder planlegging av oppgavefordeling og ressurser, må legge til rette for at medarbeiderne kan levere forsvarlige og gode tjenester. Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Svangerskap passert termin

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Anbefaling

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

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Spesialisthelsetjenesten bør overta oppfølging av gravide som passerer termin ved å

- gjennomføre konsultasjon i uke 41+ [0–3]
- igangsette fødsel senest uke 42+0

Det bør være skriftlige prosedyrer på undersøkelser og gjennomføring av konsultasjonene.

Praktisk

Grunnlaget for termin ultralyd er en svangerskapslengde på 283 dager. Verdens helseorganisasjon definerer et svangerskap som overtidig fra og med dag 294 (≥ 42 uker + 0 dager) (FIGO, 1986; [WHO 1977](#)).

Generelt er risikoen for uheldige utfall for mor og barn i Norge lav for ukompliserte svangerskap som har passert termin. Dette kan henge sammen med en god oppfølging av gravide etter at de har passert termin. Denne informasjon er viktig å gi til den fødende som grunnlag for et informert valg mellom planlagt fødselsinduksjon eller avventende behandling.

Vedrørende innhold i konsultasjonene og vurdering av tiltak for den gravide, se [veileder i fødselshjelp \(legeforeningen.no\)](#).

Begrunnelse

Fagmiljøenes vurdering er at norsk praksis for oppfølgingen av svangerskap som passerer termin, har bidratt til at risikoen for uheldige utfall for disse svangerskap er lav på tross av at praksisen har variert mellom fødeinstitusjonene. Svangerskap som passerer uke 41+0 er forbundet med økt risiko for uheldige svangerskapsutfall for mor og barn ([FHI-rapport Håndtering av svangerskap som har passert termin. Systematisk oversikt](#), Kornør et al., 2020) og bør derfor følges opp i spesialisthelsetjenesten.

Ulik praksis for oppfølging og igangsettelse av fødsel når gravide har passert termin gir ulikt helsetjenestetilbud og kan skape utrygghet hos fødepopulasjonen. Et trygt fødetilbud innebærer å legge til rette for en fødsel med lavest mulig risiko og at god praksis forankret i det nasjonale faglige miljøet etterleveres.

Grunnlaget for normerende anbefalinger er kunnskapsbasert praksis som er en samlet vurdering av forskningsbasert-, erfaringsbasert- og brukerkunnskap (se [Metode og prosess](#)). En normerende endring av en praksis forutsetter at den nye anbefalte praksis kan dokumentere klinisk effekt/hytte og en ressursbruk som kan forsvares ift nytten, jf. [prioriteringsforskriften \(lovdata.no\)](#).

Forsknings- og erfaringsbasert kunnskap

WHO anbefaler at gravide som passerer termin igangsettes for fødsel senest uke 41 + 0 (WHO, 2018). Norge har i internasjonal sammenheng lav forekomst av fosterdød fra og med uke 41 (1 pr. 1000, jf. [fødselsnytt nr 2 2020 \(fhi.no\)](#)). FHI gjennomførte på oppdrag av Helsedirektoratet en kunnskapsoppsummering i 2020 (Kornør et al., 2020). Konklusjonen var følgende: «Igangsetting av fødsel ved 41 uker ser ut til å redusere risikoen for nyfødtkomplikasjoner, men ser ikke ut til å ha betydning for utfall hos kvinnene.»

En praksis hvor alle tilbys induksjon ved fullgåtte 41 uker er estimert på landsbasis av MFR til å bety at ca. 8000 flere kvinner årlig blir indusert, jf. [fødselsnytt nr 2 2020 \(fhi.no\)](#).

I Danmark endret gynekologiforeningen praksis i 2011 ved å anbefale rutinemessig induksjon av fødsel mellom uke 41+3 og 41+5. Formålet var å forebygge den økte risikoen for dødfødsel og andre føtale og maternale komplikasjoner (dystoci, keisersnitt og blødninger post-partum) som var sett fra uke 42+0. Rydahl et al., (2019a) evaluerte hvilke konsekvenser denne endringen i praksis medførte ved å bruke nasjonale registerdata. Forfatterne sammenlignet maternale og neonatale parametere i perioden før og etter endringen i praksis, henholdsvis år 2000 til 2010 vs. 2012 til 2016. Studien viste ingen endringer i forekomst av lavt Apgar skår, dødfødsler eller perinatal død etter innføring av ny praksis, men en økning fra 41 % til 65 % i induserte fødsler hos kvinner med normale svangerskap. I tillegg økte antall uterusrupturer fra 2,6 til 4,2 per tusen fødende. Bruk av epidural analgesi, riefremmende legemidler, operative vaginale fødsler og keisersnitt viste derimot ingen endring mellom de to tidsperiodene. Artikkelen påpeker metodiske mangler ved to tidligere evalueringstudier, Hedegaard et al., (2014) og Zizzo et al., (2017), ettersom de ikke hadde justert for endringer av praksis under studieperioden.

Rydahl et al., (2019b) sammenligner induksjon uke 41+0-6 med 42 + 0-6 for lavrisikofødende i en systematisk oversikt og konkluderer bl.a. med økt risiko for uterusruptur ved uke 41 +0-6.

Data fra [Medisinsk fødselsregister \(MFR\) \(fhi.no\)](#) viser at Norge internasjonalt sett har et lavt antall komplikasjoner og uheldige utfall ifm fødsel. MFR-data viser at det ble utført flere keisersnitt og operative vaginale fødsler i induksjonsgruppen i uke 41+0 sammenlignet med de som gikk i spontan fødsel i løpet av 2019, se [fødselsnytt nr 2 2020 \(fhi.no\)](#). Antall fødende med store blødninger var også høyere i induksjonsgruppen. Dette understøtter at nytten ved å indusere fødsel i uke 41 versus risiko for en komplisert fødsel er en viktig vurdering.

Oppsummering

Helsepersonell er kjent med at gravide kan bli engstelige og utålmodige når svangerskapet varer utover terminatoen. Rutiner for oppfølging av gravide som har passert termin, har vært varierende fra sykehus til sykehus i Norge og skapt usikkerhet om hvilken praksis som er tryggest for de fødende. Ved god oppfølging og kommunikasjon om fordeler og ulemper ved igangsetting av fødsel, er tilbakemeldingen fra helsepersonell at relativt få kvinner ber om induksjon før det er anbefalt iht. institusjonens rutiner.

I FHIs systematiske oversikt (Kornør et al., 2020) var det fire studier som oppfylte inklusjonskriteriene, inkludert en norsk studie fra 2007. Etter Helsedirektoratets kjennskap representerer ingen av studiene den samme oppfølging av gravide som har passert termin som den som de fleste institusjonene praktiserer i Norge i dag, og resultatene vurderes derfor til å ha begrenset overføringsverdi for dagens norske forhold. På bakgrunn av dette kan det vurderes å være aktuelt å basere en anbefaling i større grad på nasjonale resultater og erfaringer.

Ut fra dagens kunnskap har Helsedirektoratet konkludert med at det ikke foreligger tilstrekkelig grunnlag for å endre dag for senest induksjon i forhold til tidligere normerende anbefaling, men anbefaler at første konsultasjon etter passert termin flyttes frem til tidsrommet uke 41+ 0-3 dager.

Helsedirektoratet har utført en kartlegging av dagens praksis i håndtering av svangerskap passert termin ved 36 av 39 fødeinstitusjoner som ivaretar svangerskap passert termin. Ved 31 av de 36 fødeinstitusjonene er det innført en praksis hvor første konsultasjon etter termin er i tidsrommet 41 + (0 -3 dager); de resterende 5 har overlappende tidsrom (6-9 dager over termin som svarer til uke 41 + (2-5)). Helsedirektoratet vurderer at på nasjonal basis vil den normerende anbefalingen ikke medføre vesentlig økt ressursbehov sammenlignet med dagens praksis.

Informasjon og pasientmedvirkning når det haster

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Anbefaling

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

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Rutinene bør vektlegge beskrivelser av følgende:

- hvordan den fødende involveres når det haster med forløsning (krav til informasjon og medvirkning)
- beslutningsprosess om fødselshjelp hvis det ikke foreligger samtykke
- hvordan ivareta og informere partner eller andre pårørende under og etter forløsninger som haster

Rutiner for håndtering av akutte situasjoner kommer i tillegg til fødeinstitusjonenes generell tiltak og rutiner som sikrer at pasientens rett til informasjon, medvirkning og selvbestemmelse blir ivarettatt.

Praktisk

Gjennom svangerskapet har kvinnen fått informasjon om sine valgmuligheter og fått mulighet til å påvirke valg av fødested og til å fremme andre ønsker om fødselen, se anbefaling om informasjon i [Nasjonalt faglig retningslinje om svangerskapsomsorgen](#). Kvinnen har også fått informasjon om at uforutsette situasjoner kan oppstå som gjør at fødselsforløpet blir annerledes enn opprinnelig forutsatt. Når det oppstår situasjoner der fødselshjelpen haster, er det spesielt viktig å ivareta og respektere pasientens opplevelse både underveis og etter fødselen. I nødrettslignende situasjoner kan det være nødvendig å utføre inngrep uten samtykke.

Helsedirektoratets rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven gir utdypende omtale av [retten til medvirkning og informasjon](#) og [kravet om informert samtykke](#).

Fødeinstitusjoner skal ha rutiner for hvem som informerer de fødende, hvilken informasjon som gis og at det journalføres i henhold til [pasientjournalforskriften § 7 a \(lovdata.no\)](#).

Nødvendig informasjon og medvirkning når det haster

Loven stiller krav om *nødvendig informasjon* om helsetilstanden og innholdet i helsehjelpen når valg av behandlingsmåte treffes, herunder valg av smertelindring, igangsettelse av fødsel og forløsningsmetode. I tilfeller hvor det blir aktuelt med inngrep, for eksempel keisersnitt, er hovedregelen at kvinnen, og eventuelt partner, får informasjon om hvorfor inngrepet er besluttet, hva inngrepet innebærer, risiko og andre forhold som kan ha betydning for mor og barn.

Når det haster med fødselshjelp, begrenser situasjonen hvilken informasjon det er mulig og hensiktsmessig å gi den fødende. I slike situasjoner er det derfor ofte ikke praktisk mulig å innhente et fullt ut informert samtykke og informasjonen kan bli begrenset.

I utgangspunktet har pasienter rett til å medvirke i beslutninger om helsehjelp. Den endelige beslutningen om hvilken helsehjelp som gis tas av den som har ansvar for den aktuelle helsehjelpen. Ved vurderingen tillegges pasientens ønsker vekt, men likevel slik at hensynet til faglig forsvarlighet er avgjørende. Dersom det er snakk om keisersnitt tar ansvarlig gynekolog den endelige beslutningen.

Særlig om situasjoner hvor kvinnen motsetter seg inngrepet

Mot slutten av en graviditet eller under forløsningen kan det være at hensynet til barnets liv og helse tilsier at det må foretas inngrep, men at kvinnen motsetter seg denne helsehjelpen. Fosteret og kvinnen har da motstridende interesser. I utgangspunktet forutsetter loven at kvinnen samtykker til inngrepet, jf. pasientrettighetsloven § 4-1. Helsepersonellet kan likevel ha rett og plikt til å utføre inngrepet uten kvinnens samtykke, dersom dette fremstår som tilstrekkelig nødvendig av hensyn til det ufødte barnets liv og helse.

Det er en forutsetning at det foreligger en betydelig interesseovervekt til fordel for det ufødte barnet i forhold til konsekvensene av inngrepet for kvinnens helse og integritet. Momenter som kan være aktuelle i vurderingen er hvor klar den medisinske indikasjonen for fosterets tilstand er. Det er ikke tilstrekkelig at det foreligger en viss risiko for det ufødte barnets liv eller helse ved vaginal forløsning. Det kreves en overveiende sannsynlighet for at det ufødte barnet dør eller får varige skader. Dette avveies mot den belastning kvinnen utsettes for ved inngrepet. Risikoen for den fødendes helse ses opp mot risikoen for det ufødte barnet. Videre kan det legges vekt på kvinnens allmentilstand og faren for komplikasjoner ved inngrepet. Det er avgjørende at helsepersonellet foretar en forsvarlig undersøkelse og vurdering av alle aspekter ved saken, både de medisinske og juridiske, sett hen til den tiden som står til rådighet og spørsmålets alvorlige karakter. Det er viktig at helsepersonell journalfører hvilke vurderinger som er lagt til grunn.

Involvering av pårørende

Involvering av, informasjon til og medvirkning fra en partner eller andre pårørende styres i utgangspunktet av kvinnens ønsker og samtykke. Hvis kvinnen samtykker til det eller forholdene tilsier det, har nærmeste pårørende rett til informasjon og medvirkning i henhold til [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 \(lovdata.no\)](#). Når barnet er født har begge foreldrene, dvs. også juridisk far eller medmor, rett til informasjon om barnet og til å samtykke til helsehjelp til barnet.

Begrunnelse

Pasienters rett til medvirkning og informasjon følger av pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2. Hvilken informasjon som kan eller skal gis til pasientens nærmeste pårørende reguleres av § 3-3. Krav om at informasjon skal være tilpasset pasienten følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5. Bestemmelsene i lovens kapittel om rett til medvirkning og informasjon er nærmere utdypet og forklart i [Helsedirektoratets rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven](#).

Helsetjenestens og helsepersonells plikt til å gi informasjon følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 \(lovdata.no\)](#) og av helsepersonelloven § 10. Hva informasjonsplikten innebærer er nærmere utdypet og forklart i [Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven](#).

Informasjon er en nødvendig forutsetning for både å kunne utøve medvirkningsretten og for å kunne gi gyldig samtykke til helsehjelp. Hovedregelen om samtykke til helsehjelp følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Bestemmelsen er nærmere utdypet og forklart i [Helsedirektoratets rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven](#).

Helsepersonell har etter helsepersonelloven § 7 plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Denne plikten kan komme i motstrid med kravet om informert samtykke etter pasient- og brukerrettighetsloven. Innholdet i plikten er nærmere utdypet og forklart i [Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven](#).

I [Stortingsmelding nr. 12 \(2008-2009\) \(regjeringen.no\)](#) En gledelig begivenhet er forholdet mellom kravet om samtykke og plikten til å yte øyeblikkelig hjelp for å redde det ufødte barnet utdypet slik [side 20]:

«I forbindelse med svangerskap ivaretas det ufødte barnets interesser normalt av kvinnen. Det er derfor sjeldent behov for å ta stilling til hvilken selvstendig rett til helsehjelp det ufødte barnet har. I en fødselssituasjon har fosteret kommet så langt i sin utvikling og evne til å overleve utenfor mors liv, at departementet legger til grunn at det ufødte barnet i denne sammenheng kan tolkes slik at det også regnes som pasient. Helsepersonell har derfor en selvstendig rett og plikt til å hjelpe det ufødte barnet, jf. helsepersonelloven § 7.

Et keisersnitt er et inngrep som må regnes som helsehjelp til det ufødte barnet og den fødende på samme tid. Keisersnittet kan fremstå som påtrengende nødvendig for at barnet skal overleve eller unngå alvorlige skader, selv om det ikke er påtrengende nødvendig av hensyn til mors helse. Dersom kvinnen ikke samtykker til inngrepet, oppstår det en konflikt mellom helsepersonellens plikt til å utføre inngrepet av hensyn til det ufødte barnet, og helsepersonellens manglende rett til å foreta keisersnitt uten kvinnens samtykke.

I tråd med lov om svangerskapsavbrudd § 10 er det i norsk rett allment akseptert at hvis kvinnens liv er i fare har hun forrang foran fosterets liv. Tilsvarende må også gjelde ved fødsel.

Dersom vilkårene for nødrett er oppfylt, vil helsepersonellet imidlertid ha rett til å foreta keisersnittet. Nødretten gjør kravet om samtykke etter pasientrettighetsloven § 4-1 overflødig. I en nødrettssituasjon vil ikke samtykkekravet være til hinder for helsepersonellens plikt til å redde barnet etter helsepersonelloven § 7 første ledd. I slike tilfeller vil derfor helsepersonellet også ha en tilsvarende plikt til å foreta keisersnitt.»

[Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) om plikt til forsvarlighet: Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Plikten helsetjenesten har til forsvarlig virksomhet må sees i sammenheng med den plikt helsepersonell har til faglig forsvarlig yrkesutøvelse.

Jordmødre og leger har i henhold til helsepersonelloven et selvstendig ansvar for faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Arbeidet skal utføres i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig, jf. helsepersonelloven § 4.

Bestemmelsen er nærmere forklart og utdypet i [Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven](#).

Forholdet mellom retten til medvirkning og kravet til faglig forsvarlighet er omtalt i [rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven %C2%A7 3-1](#).

Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Anbefaling

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

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Med fokus på læring skal fødeinstitusjonene systematisk gjennomgå og følge opp det som har gått bra, interne avvik og uønskede hendelser i tilknytning til fødselshjelpen. Gjennomgangen skal bidra til å:

- opprettholde god praksis
- avdekke årsakene til uønskede hendelser
- forebygge at avvik og uønskede hendelser skjer igjen
- innføre ny kunnskap

Praktisk

Det er flere kilder som kan benyttes for å lære av det som har gått bra eller avvik og å avdekke uheldige hendelser med formål om å endre praksis i fødselsomsorgen:

- det medisinske fødselsregisteret
- det interne avvikssystemet
- resultater fra klassifiseringssystemet «Robson ten»
- læring av de gode eksemplene (#Råbra)
- resultater fra [nasjonale kvalitetsindikatorer](#)
- pasienterfaringer (PasOpp)

Helsedirektoratets [Håndbok for risiko- og hendelsesanalyser for helsetjenesten](#) angir hvordan helsetjenesten kan utføre analyser av risiko og hendelser.

Landsomfattende tilsyn, kartlegging og klagesaker har vist at en bedre praksis i fødselsomsorgen på følgende områder kan redusere risikoen for uønskede hendelser:

- benytte elektronisk fosterovervåkning av fødende med risiko og ha kompetanse slik at feiltolking kan unngås
- unngå forsinkelser som fører til forsinket fødsel/forløsning
- tilstrebe riktig bruk av legemidler i forbindelse med fødsel:
 - ri-stimulerende midler
 - uteruskontraherende midler

- interne prosedyrer som sikrer at lege tilkalles i tide når det oppstår komplikasjoner under fødselen
- regelmessig ferdighetstrening

Korrigerende tiltak kan være å endre eller utvikle og iverksette prosedyrer eller rutiner for fødselshjelpen. Det er viktig fortløpende å vurdere behovet for kompetansehevende tiltak som behov for kurs eller simulering/trening i det obstetriske håndverket.

Tiltak som gjennomføres, gjennomgås og evalueres med tanke på om de gir ønsket effekt.

Ledere på hvert nivå har ansvar for at avdelingen arbeider systematisk med å evaluere og korrigere egen praksis, jf. [Nasjonale veileder om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene](#). Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer.

Mer informasjon om, og verktøy for, kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er samlet på nettsiden "[I trygge hender 24-7 \(itryggehender24-7.no\)](#)."

Implementering av nasjonale faglige råd og anbefalinger bør gjennomføres systematisk for å oppnå varig forbedring i praksis. Kontinuerlig forbedring er også relevant i denne forbindelse.

Begrunnelse

[Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser \(riksrevisjonen.no\)](#) fra 2016–2017 har avdekket at helseforetakene i liten grad utnytter informasjon fra avviksmeldinger for å identifisere risikoområder og forbedringsmuligheter.

Ved en prioritering av arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet (f.eks. endring av praksis og rutiner) kan fødeinstitusjonene forebygge uønskede hendelser (Johansen et al., 2022).

Det er påvist manglende registrering og analyse av uønskede hendelser internt i fødeinstitusjonene. Kun 9% av de alvorlige hendelsene ble meldt og halvparten av disse fikk en relevant vurdering (Johansen et al., 2021). For hendelser med et svært alvorlig utfall, var 19% meldt i det interne avvikssystemet.

Omkring halvparten av slike alvorlig uønskede hendelser kunne vært unngått hvis fødselen hadde blitt håndtert annerledes (Johansen et al., 2020; Johansen et al., 2018; Nyfløt et al., 2021.)

Plikten til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er forankret i [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) § 3-4 a](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) angir at helseforetakene skal ha styringssystemer slik at tjenestene er forsvarlige. Forskriften tydeliggjør ledelsens ansvar for å ha oversikt over, rutiner for å avdekke, gjennomgå og korrigere avvik og uønskede hendelser. Forskriftens krav er utdypet i [Veileder til forskrift Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Metode og prosess

Ekstern høring: Skjema for høringsinnspill og informasjon om høringen.

Dette utkastet til nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen erstatter tidligere veileder «Et trygt fødetilbud, kvalitetskrav til fødselsomsorgen», IS-1877 (2010) og «Retningslinje for hjemmefødsel», IS-2012 (2012). I tillegg har utkastet inkludert og oppdatert anbefalingen om svangerskap passert termin fra «[Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen](#)» (2019).

Revisjonen av veilederen «Et trygt fødetilbud, kvalitetskrav til fødselsomsorgen», IS-1877 (2010) er forankret i et oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet på bakgrunn av Helsedirektoratets [rapport \(2020\)](#). Oppdraget innebar å vurdere endringsbehov i seleksjonskriteriene for fødsler og bemanningsnorm for fødeinstitusjoner.

Hva er nytt og hva er videreført

Innholdet fra de tre tidligere publiserte produktene er betraktelig forkortet, oppdatert faglig og endret i tråd med gjeldende lovverk. Retningslinjen er revidert strukturelt for å bli tilpasset Helsedirektoratets digitale publiseringsløsning.

Norge er internasjonalt sett blant de land som har best resultater innen fødselsomsorg, som sykelighet og dødelighet hos mor og barn. Anbefalinger som understøtter en fødselsomsorg av god kvalitet, som differensiering av fødetilbudene og seleksjon av gravide til rett fødenivå, er videreført og justert iht. oppdatert kunnskap. Krav til bemanning og kompetanse for de enkelte fødeinstitusjonsnivåene er spesifisert.

Når det gjelder hjemmefødsel er anbefalingene om seleksjons- og overføringskriterier for den fødende og den nyfødte, videreført. I tillegg er det utarbeidet en anbefaling om at helseforetak kan gi tilbud om hjemmefødsel der forholdene ligger til rette for det, men det er ingen pasientrettighet å få tilbud om hjemmefødsel.

Hensikt

Målet med retningslinjen er at anbefalingene bidrar til:

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

De reviderte produktene har vært aktivt brukt i klinikken og av tilsynsmyndighetene. I løpet av de 10 til 12 årene etter at retningslinjen om hjemmefødsel (2012) og veilederen om «Trygt fødetilbud» (2010) ble publisert, har det bl.a. kommet kritikk mot enkelte seleksjonskriterier som legger føringer for hvor den gravide anbefales å føde og kriterier for følgetjenesten. Tilsynsmyndigheter har avdekket svikt i melding og håndtering av avvik og uønskede hendelser i fødeinstitusjoner og mellom fødeinstitusjoner og det private tilbudet om hjemmefødsler. Håndtering av svangerskap passert termin har variert i helsetjenesten og vært diskutert i faglige fora og media gjennom mange år. I løpet av 2021–2022 har det kommet ny kunnskap som bidrar til enhetlig praksis ved fødeinstitusjonene i Norge.

Målgrupper

Retningslinjen er særlig rettet mot helseforetak og helsepersonell (leger og jordmødre) som yter helsetjenester i fødselsomsorgen.

Retningslinjen er ikke spesielt rettet mot gravide eller fødende kvinner, men kan være nyttig for disse og deres pårørende.

Hva betyr sterke og svake anbefalinger?

Retningslinjen består av anbefalinger som er merket sterke eller svake.

- **Sterk anbefaling:** Pasienter og helse- og omsorgspersonell vil i de fleste situasjoner mene at det er riktig å etterleve anbefalingen. Ved sterke anbefalinger for et tiltak brukes begrepene «bør» og «det anbefales».

Dersom begrepene «må» eller «skal» brukes, er anbefalingen forankret i lov eller forskrift eller hvis det i de fleste situasjoner vil være faglig uforvarlig å gjøre noe annet enn anbefalt.

- **Svak anbefaling:** Ulike valg kan være riktig for ulike pasienter, og helse- og omsorgspersonell må hjelpe til med å vurdere hva som er riktig i den enkelte situasjon. Ved svake anbefalinger for en intervensjon brukes begrepene «kan» og «det foreslås».

Anbefalingenes rettslige betydning

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Helsetjenestens ledelse har ansvaret for å tilrettelegge virksomheten slik at de nasjonale retningslinjene etterleves og at kravene om faglig forsvarlighet overholdes jf. [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Nasjonale faglige retningslinjer setter en norm for hva som er faglig forsvarlig. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke i seg selv rettslig bindende, men er faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet.

Helsepersonell må alltid vise faglig skjønn i vurderingen av hver enkeltpasient for å ta hensyn til individuelle behov. Helsepersonelloven er overordnet retningslinjen hvis det oppstår konflikt i en konkret situasjon. I situasjoner der helsepersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger, skal dette dokumenteres (jf. [journalforskriften %C2%A76, bokstav g](#) ([lovdata.no](#))). Helsepersonell bør være forberedt på å begrunne sine valg i eventuelle klagesaker eller ved tilsyn. Helsetilsynet bruker retningslinjene for å vurdere om tjenesteyterens beslutninger og handlinger er forsvarlig.

Tilstøtende normerende publikasjoner

Følgende publiserte produkter fra Helsedirektoratet er referert til i retningslinjen:

- [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje om barselomsorgen](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\)](#)
- [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

Rundskriv:

- [Helsedirektoratets rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven](#)
- [Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven](#)

Kunnskapsbasert tilnærming

En nasjonal faglig retningslinje har en kunnskapsbasert tilnærming. Det innebærer at forskning, klinisk erfaring og brukererfaring vurderes samlet opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av foreslåtte tiltak. På områder der det er funnet mindre forskningsbasert kunnskap og/eller overføringsverdien fra internasjonal forskning til norsk helsetjeneste er lav, blir klinisk kunnskap og brukerkunnskap tillagt større vekt.

Revisjonen bygger på kunnskapsgrunnlaget og anbefalingene fra de to tidligere nevnte publikasjonene fra 2010 og 2012, kunnskapsoppsummeringer bestilt fra Folkehelseinstituttet (Kornør et al., 2020; Ames et al., 2022), oppdatert erfaringsbasert kunnskap, data fra medisinsk fødselsregister (MFR) og tilsynsrapporter. Flere av anbefalingene videreføres, mens andre er justert i henhold til oppdatert kunnskap. Lov/forskriftskrav og anbefalinger for helsepersonell som er/bør være godt implementert i praksis er ikke synliggjort som egne anbefalinger.

Arbeidsform og prosess

Arbeidet med revisjonene startet våren 2020 og har vært prosjektorganisert med en intern styringsgruppe og en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet. Mandatet til den interne arbeidsgruppen var å digitalisere retningslinjen, utarbeide kortfattede tekster, redusere antall anbefalinger og inkludere relevante anbefalinger fra andre publiserte produkter fra direktoratet og samle det en retningslinje for fødselsomsorg. Arbeidet ble forsinket grunnet pandemien.

En bred sammensatt referansegruppe ble oppnevnt fra mars 2020 (se under). Det har vært avholdt 10 digitale og fysiske møter, samt at skriftlige innspill er gitt i etterkant av møtene/underveis i prosessen.

Deltakere fra Helsedirektoratet

- Toril Kolås, seniorrådgiver, avdeling spesialisthelsetjenester. Prosjektleder
- Aase Pay, seniorrådgiver, avdeling spesialisthelsetjenester. Prosjektmedarbeider
- Brit Roland, seniorrådgiver, avdeling barne- og ungdomshelse. Prosjektmedarbeider
- Edel Holene, seniorrådgiver, avdeling retningslinjer og fagutvikling. Metodestøtte.

Referansegruppe

Referansegruppens sammensetning

Navn	Arbeidssted	Helseforetak/Interesse-organisasjon/Institusjon
Åse Kari Kringlåk, jordmor	Fødeavdelingen, Sykehuset Telemark	Helse Sør-Øst RHF
Lill Trine Nyfløt, seksjonsoverlege	Fødeseksjonen, Vestre Viken HF	Helse Sør-Øst RHF
Harmohan Kaur, seksjonsoverlege	Lågrisiko fødeinngang og forbarsel, Stavanger universitetssjukehus	Helse Vest RHF
Selma Vabø Tofting, jordmor	Helse Bergen	Helse Vest RHF
Nina Jamissen, jordmor	Nordlandssykehuset	Helse Nord RHF
Martin Grønberg, seksjonsoverlege	Fødeavdelingen, UNN	Helse Nord RHF

Tone Selmer-Olsen, fagutviklingsjordmor	St. Olavs hospital HF	Helse Midt-Norge RHF
Idunn Myklebust, gynekolog	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Midt-Norge RHF
Ståle Onsgård Sagabråten, fastlege	Ål i Hallingdal	Norsk forening for allmenmedisin (NFA)
Ragnar Sande, gynekolog	Stavanger Universitetsjukehus	Norsk gynekologisk forening
Marit Camilla Haavaldsen, gynekolog	Akershus Universitetssykehus	Norsk gynekologisk forening
Jannicke Andresen, overlege	Nyfødt intensiv, OUS	Leder av Barnelegeforeningen sin interessegruppe for nyfødttmedisin
Liv Merete Reinar, jordmor	Seniorrådgiver, Område for helsetjenester	Folkehelseinstituttet
Ferenc Macsali	Medisinsk fødselsregister	Folkehelseinstituttet
Lars T Johansen, spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer	Seniorrådgiver	Statens helsetilsyn
Kari Aarø, jordmor		Leder av Den norske jordmorforening
Kristin Holanger		Jordmorforbundet, Norsk sykepleierforening
Anne Sigstad		Ammehjelpen
Trine Giving Kalstad, fagsjef		Landsforeningen for uventet barnedød (LUB)
Lena Engelsen, Generalsekretær		Landsforeningen 1001 dager
Annett Michelsen		Fagforbundet

Referanser

Ames, H.M.R., Forsetlund, L., Larun, L., Hval, G., Muller, AE. (2022). [Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende: systematisk oversikt](#). SBN elektronisk: 978-82-8406-290-7

Helsedirektoratet (2020). [Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem](#) (IS-2895) Rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020

Helsedirektoratet. (2012). [Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer \(IS-1870\)](#). ISBN-nr. 978-82-8081-225-4. Hentet fra helsedirektoratet.no.

Kornør H, Reinar LMB, Rosness TA (2020). [Håndtering av svangerskap som har passert termin. Systematisk oversikt](#). [Management of post-term pregnancies. Systematic review] Rapport 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet.

