

Tilbakemeldingsskjema

Ekstern høring - Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødtintensivavdelinger

Høringsinnspill:

- Vennligst benytt skjema under (både til generelle kommentarer og kommentarer knyttet til bestemte områder)
- **Frist:** 13. mars 2017 (Hdir har innvilget utsettelse til 15. mars 2017)

Navn høringsinstans: *Den norske legeforening.*

Høringsuttalelse vedtatt av foreningens sentralstyre 15.3. 2017 (vår ref.: 17/578)

Generelle kommentarer

Legeforeningen ønsker velkommen en retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødtomsorgen. Vi mener imidlertid at dagens ordning med avdelinger på nivå 3a, b og c bør beholdes, og at regionale helseforetak i samråd med fagråd og fagmiljø kan bestemme hvordan tjenesten skal organiseres.

Helsetilstanden og overlevelsen blant norske nyfødte er blant de beste i verden. Dødeligheten blant levende fødte barn i Norge er på 1.5/1000, på linje med situasjonen i Sverige og Finland, og lavere enn i Danmark og andre vest-europeiske land (2-2.5/1000, UNICEF 2015¹). Blant premature født i uke 24-27 var dødeligheten i 1995-2005 lavest i Norge og Sverige, og noe lavere enn i de andre nordiske land og Nord-Amerika².

Norge har 20 barneavdelinger med egne nyfødtavdelinger, og 10 av disse behandler premature født før svangerskapsuke 28. De siste åra har de fire helseregionene ut ifra geografiske og bosetningsmessige forhold innført en funksjonsfordeling i behandling av syke nyfødte. Seks avdelinger behandler nå ned til de aller minste premature, mens fire avdelinger har nedre gestasjonsalder for planlagte forløsninger på 26 uker. Regionale løsninger har vært en krevende prosess, men innsatsen ser ut til å ha gitt gode løsninger som fagmiljøene kan stå inne for.

Den grunnleggende forutsetningen i retningslinjen er at det foreligger en klar sammenheng mellom behandlingsvolum og kvalitet. Dette premisset er

diskutabelt av flere grunner: Parallellen til elektiv kreftomsorg og kirurgi er lite relevant og urimelig; intensiv nyfødtmedisin er bare i noen grad mulig å planlegge. Studier fra andre land som trekkes fram tyder i noen tilfeller bedre overlevelse på større sentre, men en studie fra Canada tyder på det motsatte, med lavest dødelighet og komplikasjonsrate på de minste enhetene.³ To studier fra våre naboland er også brukt som støtte i argumentasjonen for sentralisering: Den danske studien viser imidlertid ingen slik sammenheng⁴, og den svenske studien beskriver regionale forskjeller men studerer ikke forskjell mellom ulike behandlingsnivåer.⁵ Vi mener det ikke er korrekt at litteraturen legges til grunn med slike åpenbare skjævtolkninger.

Det anføres i retningslinjen (s.18): «*Det finnes ingen studier som viser sammenheng mellom volum og kvalitet i Norske nyfødtavdelinger, og funnene fra utenlandske studier kan ikke uten videre overføres til norske forhold.*» Dette er et viktig forbehold, som etter vårt syn stiller store spørsmål ved den grunnleggende forutsetningen om volum og kvalitet.

Transport av ekstremt premature er krevende og innebærer en risiko. Spesielt de første dagene, der faren for hjerneblødninger er størst, kan det være bedre for barnet å unngå transport. Dagens praksis er mange steder at man ikke transporterer barnet før etter noen dager, og gjerne bare i tilfeller der barnet trenger behandling som ikke kan tilbys på lavere nivå. Erfaringer fra Sverige tyder på at i mer enn en av fem tilfeller skjer ekstrem prematur fødsel utenfor høyspesialiserte sentre, til tross for vedtatt sentralisering.⁵ På denne måten vil nedgraderte avdelinger på 3a-nivå likevel måtte håndtere disse aller minste i noen grad, før en eventuell transport kan skje.

En sentralisering til fire 3c-sykehus kan ikke under noen omstendighet skje før et godt transportsystem er etablert, og transportteam på alle regioner har kompetanse og kapasitet til dette. Det er *ikke* tilstrekkelig med anestesipersonell uten erfaring med små premature, og en modell slik man har bygd opp i Nord-Norge med nyfødtmedisinsk transportteam bør være en forutsetning.

Avdelinger som i dag behandler nyfødte ned til 26 uker og som i dag behandler andre intensivmedisinske tilstander i nyfødtperioden gjennom hele forløpet, vil miste om lag halvparten av sine intensivmedisinske behandlingsdøgn dersom retningslinjene blir gjennomført som foreslått (egne data). Sykehus med, etter norske forhold, store fødeavdelinger vil da ha nyfødtavdelinger med personell som over tid vil få mindre intensivmedisinsk erfaring i å håndtere de dårlige barna som likevel vil komme. Legeforeningen mener at det er fare for at disse barna vil få et dårligere behandlingstilbud enn tidligere. En halvering av volumet innebærer også en stor risiko for at kompetent personell slutter ved avdelingen. Vi tror det også gir mindre motivasjon og mulighet for å beholde kompetansen for de som velger å bli.

Et annet viktig moment som ikke er berørt i retningslinjene, er at barneleger med god nyfødtmedisinsk kompetanse gjerne er de som også har størst kompetanse på intensivmedisin etter nyfødtperioden. En slik kompetanse kan være kritisk for at andre alvorlige akutte tilstander skal kunne behandles med god kvalitet utenfor høyspesialiserte sentre. En ytterligere sentralisering av nyfødtmedisinen kan derfor føre til at også andre deler av barnemedisinsk behandling må sentraliseres.

I den nye spesialistutdanningen er gruppeføringen tatt bort. Mange nyutdannede leger vil mangle erfaring fra intensiv nyfødtmedisin både pga dette frafall av krav til rotasjon, men også fordi en ytterligere sentralisering vil gjøre det praktisk umulig å gi alle leger i utdanning tjeneste ved 3c-sykehus. Med den foreslåtte ordningen vil derfor ferdighetene innen nyfødtmedisin hos nyutdannede leger reduseres, noe som er en risiko for kvaliteten på avdelinger uten intensiv nyfødtmedisin.

Oppsummert; dersom det er slik at flere syke nyfødte på et senter gir bedre kvalitet på behandlingen, må denne gevinsten for premature født på 3c-sentre være større enn risikoen ved 1) transport av nyfødte som er født andre steder, 2) kvalitetstap for andre nyfødte med behov for intensivmedisinsk behandling født utenfor 3c-sykehus og 3) tap av kompetanse på tilstander etter nyfødtperioden. Legeforeningen er sterkt tvilende til om dette regnskapet går i pluss for norske nyfødte.

Legeforeningen mener at 3b-avdelingene bør beholdes, da dette er sykehus i dag som innehar kompetanse og har kapasitet til å ta imot nyfødte fra og med uke 26+0. Disse sykehusene ligger strategisk til geografisk og er dermed med på å gi befolkningen et bedre fødetilbud. De kan også avlaste 3c-avdelingene med nesten 100 pasienter i året

En nedskalering til fire 3c-sykehus, der det største skal behandle ca 100 ekstremt premature per år, kan også gjøre nyfødtomsorgen mer sårbar for utbrudd av sykehusinfeksjoner. Mindre epidemier av enterovirus ses regelmessig på nyfødtavdelingene. De siste åra har vi i Norge hatt tre utbrudd av multiresistente bakterier ved nyfødtavdelinger: Det er velkjent at nyfødte - og i særdeleshet premature - har lavere motstandskraft mot bakterier, ofte trenger antibiotika, og resistens er et økende problem. Dersom et 3c-sykehus må stenge inntaket midlertidig på grunn av slike forhold, er man langt mer sårbar dersom bare tre andre avdelinger har den nødvendige kompetansen. Risikoen for spredning av resistente stammer må også tas med i regnskapet med økende grad av overflytting av pasienter.

Retningslinjene begrunnes delvis i et mål om å redusere uønsket variasjon, et begrep hentet fra Nyfødtatlasen. Imidlertid er variasjon i behandling som er påvist innen omsorg for premature liten; f.eks. variasjonen i innleggelser utgjøres av barn født til eller like før termin. Variasjon i bruk av antibiotika er størst blant terminbarn. Respiratorbehandling varierer noe, men det finnes ikke noen systematisk forskjell her mellom store og små avdelinger (ref. Nyfødtmedisinsk Helseatlas).

Legeforeningen vil også påpeke kritikkverdige forhold vedrørende referansegruppen. Gruppen ble oppnevnt svært sent i utarbeidelsen av retningslinjen, og har hatt liten mulighet til å påvirke prosessen. Vi kjenner også til at gruppen ikke har hatt tilgang til den endelige høringsutgaven, der vesentlige momenter ble endret før lansering. Som faglig forening har Legeforeningen ikke vært involvert i å foreslå medlemmer. Sammensetningen av referansegruppen er etter vårt syn skjev, idet kun 3 av 22 representanter er valgt fra avdelinger som er foreslått nedgradert. Dersom Helsedirektoratets retningslinjer skal ha legitimitet i fagmiljøet, er det ønskelig at barneleger og barnesykepleiere i større grad reelt involveres i prosessene.

Det vises for øvrig til punktvis kommentarer i høringseskjemaet:

Referanser:

1. <https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>, 2017.
2. Deb-Rinker P, Leon JA, Gilbert NL, Rouleau J, Andersen AM, Bjarnadottir RI, Gissler M, Mortensen LH, Skjaerven R, Vollset SE, Zhang X, Shah PS, Sauve RS, Kramer MS, Joseph KS, Canadian Perinatal Surveillance System Public Health Agency of C. Differences in perinatal and infant mortality in high-income countries: artifacts of birth registration or evidence of true differences? *BMC Pediatr* 2015;**15**:112.

<p>3. Shah PS, Mirea L, Ng E, Solimano A, Lee SK, Canadian Neonatal N. Association of unit size, resource utilization and occupancy with outcomes of preterm infants. <i>J Perinatol</i> 2015;35(7):522-9.</p> <p>4. Hasselager AB, Borch K, Pryds OA. Improvement in perinatal care for extremely premature infants in Denmark from 1994 to 2011. <i>Dan Med J</i> 2016;63(1):A5182.</p> <p>5. Serenius F, Sjors G, Blennow M, Fellman V, Holmstrom G, Marsal K, Lindberg E, Olhager E, Stigson L, Westgren M, Kallen K, group Es. EXPRESS study shows significant regional differences in 1-year outcome of extremely preterm infants in Sweden. <i>Acta Paediatr</i> 2014;103(1):27-37.</p>	
<p>Kapittel 1 – God behandling med etisk refleksjon til barnets beste</p>	<p>Kommentarer til anbefalingene</p>
<p>1) Behandling av syke nyfødte bør tilpasses det enkelte barnet, være til barnets beste og inkludere etisk refleksjon og vurdering</p>	<p>Støttes.</p>
<p>Kapittel 2 – Nasjonal organisering av avdelinger for syke nyfødte</p>	<p>Kommentarer til anbefalingene</p>
<p>1) Alle helseforetak med kvinneklinikk bør ha en avdeling for syke nyfødte</p>	<p>Det stilles kompetansekrav for å kunne få tittel kvinneklinikk. Det kreves at foretaket har spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer i tilstedevakt til enhver tid, og dermed har kompetanse til å kunne ta i mot gravide med kjent og ukjent patologi. Det følger av dette at foretaket da bør ha en avdeling for nyfødtmedisin som er i tråd med de funksjoner kvinneklinikken har.</p>
<p>2) Avdelinger for syke nyfødte bør inndeles i kategorier basert på sykdomsgrad og behandlingsbehov</p>	<p>Legeforeningen mener at en kategoriinndeling kan være hensiktsmessig for å beskrive en neonatalavdeling.</p> <p>Imidlertid savnes en kategori her – 3b – som kan ta hånd om syke premature fra 26-27 ukers gestasjonsalder. En slik kategori vil sikre at en høy intensivmedisinsk kompetanse kan opprettholdes i flere avdelinger, noe som vil komme syke nyfødte med andre tilstander og syke spedbarn til gode. Vi ser ingen god begrunnelse for å fjerne denne kategorien, som er innarbeidet i organiseringen på regionalt nivå de siste 2-4 årene. Helseregionene har ulik geografisk og befolkningsmessig sammensetning. Vi mener at helseregionene selv må kunne tilpasse løsningene til det som anses hensiktsmessig ut fra bosetningsmønster, transportforhold og kompetanse.</p>

	<p>Et sentralt prinsipp i norsk medisin er at et likeverdig behandlingstilbud skal ligge til grunn, slik det fremheves i høringen. Ved å fjerne kompetanse fra store nyfødtafdelinger som per i dag har opparbeidet erfaring, kan det oppstå skjevheter der «lavnivå»-avdelinger ikke lenger kan gi det samme kvalitetsmessige tilbudet til syke nyfødte født etter uke 28-32. Tilbakeflytting etter uke 28, en periode som også kan være preget av ustabilitet med behov for intensivmedisinsk behandling, kan innebære en risiko når erfaringsgrunlaget på disse avdelingen blir begrenset.</p> <p>Legeforeningen mener at klassifiseringen utarbeidet av American Academy of Pediatrics (AAP), som retningslinjene viser til, ikke uten videre kan benyttes for norske forhold.</p>
<p>3) Det bør kun være en 3 c avdeling i hver helseregion</p>	<p>Dette kan være formålstjenlig, men bare dersom 3b-avdelinger blir beholdt – se over. En organisering med 3a, b og c er innarbeidet etter krevende prosesser i flere regioner. Vi ser med bekymring på om et sykehus skal ha ansvar for så mange som 100 ekstrempremature per år. Dette vil gi en ekstrem sårbarhet, for eksempel ved utbrudd av sykehusinfeksjoner, f.eks. klebsiella og MRSA. Argumentet for dagens ordning med to 3c-avdelinger i UOS er nettopp risikoen for utbrudd av infeksjoner.</p> <p>Organisering med kun én 3c-avdeling vil også gi sårbarhet for naturlige svingninger med stor pågang i perioder - som kan overbelaste kapasiteten og fortre hjelp fra samarbeidende avdelinger. En opprettholdelse av nivå 3b vil kunne avlaste dette i betydelig grad, og gjøre regionene mer robuste. Antallet 3c-avdelinger i helseregionene bør også ses i sammenheng med fødselstall: I Helse Vest er det to universitetsklinikker som hver for seg har like høye fødselstall som hele Helse Nord.</p> <p>Sammenligning med kreftomsorgen er etter vårt syn irrelevant; nyfødtdisin er et akutt-fag med langt mindre grad av planlagt behandling, der risikoen ved sentralisering er langt større. Det hevdes at Norsk Nyfødtdisinsk kvalitetsregister (NNK) har for små tall til å kunne beskrive sammenheng mellom volum og kvalitet, og at en slik analyse er «statistisk umulig». Samtidig refereres til studier med vesentlig lavere antall fra andre land, slik for eksempel</p>

referanse 5 (fra Danmark) med knapt 400 premature <28 uker og referanse 20 (fra Sverige) med 700 premature. Argumentasjonen for å ikke bruke tall fra NNK framstår på denne bakgrunn som utilstrekkelig begrunnet.

3c avdelinger stiller høye krav til bemanning, kompetanse og utstyr, og bør være få og sentraliserte. Allikevel bør det være mulighet for at det er flere enn én 3c avdeling i hvert helseforetak, da dette må relateres til befolkningstallet og allerede ervervet kompetanse på de respektive avdelingene.

Kapasitetsmessig er det trolig urealistisk å kun ha 4 avdelinger som skal ta imot alle de minste premature (fra uke 24 til uke 28). Dersom nyfødtavdelinger som Ahus, Kristiansand, Bodø og Ålesund kun får ta imot nyfødte fra uke 28 (og ikke fra uke 26), er det estimert 90 flere barn mer til de fire 3c avdelingene. Dette er etter vært syn en stor økning av pasientantallet.

Norge har geografiske og værmessige utfordringer, og prehospitalet transport og transport mellom sykehus kan være svært krevende for pasient, pårørende og helsepersonell. Å flytte premature, ofte med respirator, over større avstander skal kun skje dersom absolutt nødvendig. Legeforeningen mener at slik sårbarhet ikke er akseptabelt for premature nyfødte og deres pårørende. Sentralisering vil føre til økt pasienttransport både med ambulansobil og luftambulans, og øke risikoen for samtidighetskonflikt med annen livsviktig transport. Distriktene vil dermed få en enda mer sårbar prehospitalet tjeneste.

Avdelingene i kategori 3c vil bli utsatt for et ekstra press på drift og utdanning. Med økt antall pasienter blir det økt behov for personell og areal, men 3c-avdelingene innehar også utdanningskandidater i rotasjon som ledd i spesialisering i pediatri og gynekologi. Hvis man går ned til kun et fåtall 3c avdelinger kan dette gi kapasitetsproblemer, og dermed forsinkelse i utdannelsen av spesialister. Man bør i en slik situasjon ikke senke kravene til hva som er en godkjent utdanningsinstitusjon.

Helse Vest er den eneste regionen som i dag har det som kan beskrives som to 3c-avdelinger innenfor samme region, men i forskjellige helseforetak. Vestlandet er preget av en spredt befolkning med størst konsentrasjon rundt

	Bergen og Stavanger, der begge nyfødtavdelingene tar i mot nyfødte fra 23+6 uker med hvert sitt nedslagsfelt. Stavanger kvalifiserer imidlertid ikke for det som i retningslinjen er beskrevet som en 3c-avdeling fordi sykehuset ikke har barnekirurgi. Dette er et eksempel på en 3c-avdelingen man bør vurdere å bevare på bakgrunn av befolkningsgrunnlaget. Dette forutsetter imidlertid god kommunikasjon og samarbeid med andre sykehus som har barnekirurgi.
4) Kompetansekrav for å oppnå nytt behandlingsnivå	<p>Intensjonene med rotasjon til større avdelinger for å opprettholde kompetanse for leger og spesialsykepleiere er gode. Å gjennomføre dette i praksis kan være krevende: Helseforetakene må pålegge sine ansatte å arbeide langt fra hjemstedet i perioder. Dette må dekkes økonomisk og den enkelte arbeidstaker må påregne perioder med fravær fra hjem og familie. Erfaring fra avdelinger som har mistet ansvar for de mest intensive pasientene tilsier at en slik rotasjon skjer i svært begrenset grad.</p> <p>Det er svært vanskelig å bygge opp kompetanse ved en avdeling dersom de har hatt slik kompetanse tidligere, men så blitt fratatt funksjoner. Grunnet stor fare for at man ikke vil kunne ivareta kompetanse i distriktet bør man være varsom med å frata slike avdelinger funksjoner, så lenge de innehar den nødvendige kompetansen.</p>
Kapittel 3 – Bemanning og kompetanse ved avdelinger for syke nyfødte	Kommentarer til anbefalingene
1) Bemanningsnorm for avdelinger for syke nyfødte	<p>Kapittelet beskriver anbefalt bemanning for pleiepersonell/sykepleiere, ikke for leger. Det er i senere kapittel beskrevet kompetansekrav for leger, og at de bør være i tilstedevakt, men anbefalt antall er ikke angitt.</p> <p>Legeforeningen mener at anbefalt bemanning også bør omfatte leger.</p> <p>Det er viktig å tilstrebe riktig antall helsepersonell ut i fra avdelingens kategori.</p>
2) Nyfødtavdelinger bør planlegge bemanning slik at risiko 3) for personellmangel unngås	<p>Avsnittet i retningslinjen omtaler viktige momenter og viser betydningen av bufferkapasitet. Dette kan oppstå på grunn av naturlige svingninger med periodevis stor pågang; også fordi etterspørsel varierer uforutsett inkludert under ferieavvikling, og mangel på kompetent personale kan oppstå. En</p>

	<p>enkeltavdeling på nivå 3c som dekker hele regionen, vil i liten grad kunne avlastes ellers i regionen dersom belegget og pleiebehovet overstiger kapasiteten. Det bør planlegges med full bemanning til enhver tid ved nyfødtavdelinger, da avdelingen ellers vil være sårbar. Selv om dette betyr at avdelingen i perioder har bedre bemanning enn nødvendig, så vil man ha tilstrekkelig bemanning når det trengs.</p>
<p>4) Kompetanse i kategori 2-avdelinger (behandler barn etter uke 32 vanligvis > 1800 g)</p>	<p>På denne typen avdelinger må det arbeide personell med utstrakt erfaring innen nyfødtresuscitering og stabilisering, for eksempel anestesipersonell. Det må utarbeides retningslinjer for samarbeid, simuleringstrening og så videre for å bygge kompetanse.</p>
<p>5) Kompetanse i kategori 3a-avdelinger (behandler premature barn fra uke 28.0, vanligvis >1200 g)</p>	<p>På denne typen avdelinger foreslår retningslinjen at det kun skal være mulighet for respiratorbehandling i 1-2 dager, før man må flytte over pasienten til et 3c sykehus. Dette mener Legeforeningen er for snevert.</p> <p>I noen situasjoner vil også NO-behandling eller høyfrekvens respirasjonsstøtte være livreddende hos barn født etter 28 uker, for eksempel ved pulmonal hypertensjon, mekoniumaspirasjonssyndrom eller alvorlige infeksjoner. Denne behandlingen bør kunne tilbys på 3a-nivå på linje med konvensjonell respiratorbehandling, i alle fall i en stabiliseringsfase.</p> <p>I mange situasjoner vil overflytting etter 1-2 døgn være lite hensiktsmessig: Dette oppfattes som et for detaljert krav, og må vurderes individuelt ut ifra antatt varighet av behandling, forsvarlighet, mulighet for transport og tilgjengelig kompetanse ved avgivende og mottakende avdeling.</p> <p>Dersom kompetansen er til stede, og respiratorbehandlingen foregår uproblematisk bør den avgjørelsen tas mellom sykehusene i hvert enkelt tilfelle, forutsatt god kommunikasjon med nærmeste 3c-avdeling. Hvis ikke risikerer man at andre avdelinger enn 3c mister sin respiratorkompetanse.</p>
<p>6) Kompetanse i kategori 3 c-avdelinger (behandler alle grupper premature nyfødte)</p>	<p>Forslaget om spesialist i nyfødtmedisin i tilstedevakt støttes, men vil kreve betydelig opprustning av bemanningen ved de minste avdelingene (Helse Midt og Nord) om det skal kunne gjennomføres.</p>

Kapittel 4 – Kvalitetsindikatorer i nyfødtavdelinger	Kommentarer til anbefalingene
1) Norsk nyfødmedisinsk kvalitetsregister bør benyttes av alle nyfødtavdelinger og være et register som bidrar i arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer	Dette anses hensiktsmessig, forutsatt at de registrerte data er veldefinerte og meningsfulle for helsepersonell.
2) Det innføres nasjonale kvalitetsindikatorer for nyfødtavdelinger	Legeforeningen ser på kvalitetsregistre og –indikatorer som et viktig virkemiddel til å gi optimal kvalitet på behandlingen ved alle barneavdelinger. Gode og valide indikatorer på behandlingskvalitet bør legges inn i registeret, og inkludere data på langtidsutfall utover nyfødtida - også etter første leveår (nevrokognitiv utvikling, sansedefekter, kronisk lungesykdom).
3) Regionforetakene bør følge opp kvalitet i nyfødtavdelingene	Legeforeningen er positiv til at regionforetakene skal ansvarliggjøres og følge opp kvaliteten i nyfødtavdelingene i regionen, men regionforetakenes avdelinger bør kontrolleres nasjonalt av et uavhengig organ for å sikre likhet i henhold til nasjonale retningslinjer.
Kapittel 5 – Samarbeid mellom behandlingsnivåer i nyfødmedisin	Kommentarer til anbefalingene
1) Samarbeid om enkelt-pasienter og behandlingsretningslinjer	Regionalt samarbeid om behandlingsretningslinjer bør oppgraderes til et nasjonalt samarbeid: Siden en viktig forutsetning for retningslinjen er at volumet av syke nyfødte er lite i Norge, ser NBF det som ønskelig at behandlingsretningslinjer utarbeides på nasjonalt nivå, slik tilfellet er for andre deler av pediatrien i Norge. God kommunikasjon vedrørende enkeltpasienter er forventet for å tilby best mulig behandlingstilbud.
2) Samarbeid ved overflytting mellom behandlingsnivåer	Ved truende tidlig prematur fødsel anbefales overføring før forløsning, så sant dette kan gjøres, og vi støtter dette valget som det tryggeste for mor og barn når intrauterin transport er mulig. Etter uventet prematur fødsel er risikoen en annen: Det anføres at «transport av premature etter fødsel kan også gjøres trygt med riktig kompetanse». Små premature har en særlig sårbar og ustabil fase de første dagene etter fødsel, der hjerneblødninger kan oppstå. Det er derfor en vanlig praksis i dag at man

	<p>unngår transport i denne perioden. Dette betyr at små premature født på 3a-avdelinger i mange tilfeller vil forbli der i alle fall de første dagene, og overflyttes først og fremst ved behov for kirurgi eller annen behandling som ikke kan tilbys der. Dette tas ikke opp i retningslinjene, og vi ser det som viktig å tilnærme og forankre retningslinjen i dagens nyfødtdedisinske virkelighet.</p> <p>Retningslinjen legger også opp til transport av langt flere nyfødte på respirator født etter uke 28. Dette kan være ustabile pasienter med teknisk krevende transporter.</p> <p>I dag har transportteam uten barnelege/nyfødtdedisiner ansvar for mange av nyfødtttransportene. Nord-Norge er her et unntak, der slike transportteam har blitt bygget opp av nyfødtafdelingene. Økt antall transporter vil kreve en betydelig opprustning, både kompetanse- og kapasitetsmessig og involvere nyfødtafdelingene i større grad. Det er ikke tilstrekkelig med anestesipersonell uten erfaring med små premature, og en modell slik man har bygd opp i Nord-Norge med nyfødtdedisinsk transportteam bør være en forutsetning.</p>
<p>3) Samarbeid om opplæring og forskning</p>	<p>Retningslinjene forutsetter at regionforetakene legger til rette, praktisk og økonomisk, for kompetansedeling og opplæring og vedlikehold av kompetansen hos leger og sykepleiere ved nyfødtafdelingene i regionen. Det burde også legges til rette for forskning og fagutvikling. Legene fra kategori 2 og 3a avdelinger bør arbeide noe tid i 3c avdelinger på regelmessig basis.</p> <p>I prinsippet er samarbeid om opplæring forskning en god intensjon, og støttes. Imidlertid synes det rimelig å studere på hvilken måte dette har skjedd i den sentraliseringsprosessen som allerede har skjedd, og finne realistiske løsninger slik at dette også kan gjennomføres i praksis, slik anført under pkt 2.4.</p>
<p>4) Avdelinger bør samarbeide om pasienter med behov for kompetanse fra nasjonale behandlingssentra</p>	<p>Barn som overflyttes fra en kategori- 3c-avdeling til en lavere kategori skal ha med seg skriftlig informasjon om videre oppfølging.</p>

Kapittel 6 – Foreldre er en viktig del av behandlingsteamet for syke nyfødte	Kommentarer til anbefalingene
1) Foreldre bør være en viktig del av behandlingsteamet	<p>Det er viktig at foreldre er informert om barnets tilstand, samt om de forskjellige rollene foreldrene og helsepersonellet har vedrørende behandlingen.</p> <p>Noen pårørende vil delta aktivt i behandlingen, mens andre ønsker å støtte seg på helsepersonellet.</p> <p>Ved enkelte avdelinger får den gravide og partner, der man er forespeilet prematur fødsel, gjerne samtale med nyfødtleger, samt, om mulig, en omvisning på nyfødtintensivavdelingen. Dette bidrar til at den gravide og partner føler seg tryggere når det premature barnet blir født og er viktig i forbindelse med videre behandling. Dette er noe man bør tilstrebe også i ny organisering av nyfødtmedisinen i Norge.</p>
2) Foreldre med kritisk syke barn skal sikres praktisk og økonomisk mulighet til å være sammen med barnet sitt	Noen avdelinger tilbyr i dag familiesentrert nyfødtomsorg. Retningslinjene støtter dette, men kan gjerne være mer ambisiøse og klare på at en slik modell er den standarden som forventes ved alle avdelinger
3) Foreldre skal tilbys samtaler med personale utenfor nyfødtavdelingen	Støttes
4) Foreldre til syke nyfødte i nyfødtintensivavdeling bør få tilbud om oppfølging av barnets helsetilstand	Støttes