

## **Styrets vedtak i sak 122-2012 Kvalitet i fødselsomsorgen i Helse Nord**

### Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar rapporten på kvaliteten i fødselsomsorgen for perioden 2009-11 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å gjennomføre en analyse av seleksjonskriteriene for å se nærmere på deres effekt på kvaliteten i fødselsomsorgen. Analysen bes lagt frem for styret, etter at seleksjonskriteriene er implementert.

Møtedato: 31. oktober 2012  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Anca Heyd, 75 51 29 00

Sted/Dato:  
Bodø, 19.10.2012

## Styresak 122-2012      Kvalitet i fødselsomsorgen i Helse Nord

### Formål/sammendrag

Helse Nord RHF har med bakgrunn i Stortingsmelding 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet* innført seleksjonskriterier i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Dette innebærer at kvinnene henvises til fødestue, fødeavdeling eller kvinneklinikk for fødsel på bakgrunn av bestemte seleksjonskriterier. Målet er å øke kvaliteten på fødselsomsorgen.

Helse Nord verdier er *kvalitet, trygghet og respekt*. Fødselsomsorgen i Helse Nord skal være preget av en *kvalitet* i tjenesten som er i samsvar med nasjonale kvalitetskrav og med minst samme kvalitet som i resten av Norge. Kvinnene skal være *trygge* på at de får behandling på rett plass til rett tid og som er tilpasset deres behov. Fødende og deres familier skal vises *respekt* og gis grundig oppdatert informasjon som setter dem i stand til å ta de rette avgjørelsene.

For å avdekke status i regionen ble det gjennom innhenting av data fra Medisinsk fødselsregister (MFR) og Norsk overvåkingssystem for infeksjonssykdommer (NOIS) for perioden 2009-11 gjort sammenligninger mellom Helse Nord og landet for øvrig. Oppsummert viser analysene at fødselsomsorgen i Helse Nord holder en høy kvalitet til tross for de utfordringene regionen har på grunn av geografiske, demografiske og klimatiske forhold. Resultatene i Nord-Norge er i all hovedsak like gode som det man finner for landet som helhet. Dette indikerer at dagens seleksjon har fungert etter hensikten. Resultatene vil bli publisert i et internasjonalt medisinsk tidsskrift. Dataene vil videre bli brukt som grunnlag for en fremtidig analyse for å påvise effekten av de nye og strengere seleksjonskriteriene.

### Bakgrunn

Fødselsomsorgen i Norge holder en høy internasjonal standard. Til tross for en meget lav dødfødselsrate, har fokuset de senere år vært rettet mot å heve kvaliteten på omsorgen. Behandlingssvikt skal reduseres til et minimum, og tjenesten skal oppleves som helhetlig, trygg og forutsigbar.

Fødetilbudet er organisert på tre nivå:

- **Kvinneklinikker** er høyspesialiserte enheter. De skal ta imot alle fødende, har høy beredskap og spesialfunksjoner som nyfødtafdeling med kompetanse for respiratorbehandling.
- **Fødeavdelinger** kan motta de fleste fødende og tilby operativ fødselshjelp og smertelindring. Fødende med alvorlige komplikasjoner eller fødende, der det ventes at barnet vil trenge behandling ved en nyfødtafdeling, må imidlertid overføres til kvinneklinikk.

- **Fødestuer** har kompetanse til å behandle friske fødende hvor en ikke forventer komplikasjoner under fødselen eller operative forløsninger. Fødestuen har godkjente retningslinjer for hvilke typer fødende som kan mottas og retningslinjer for overføring av fødende til institusjon med nødvendig kompetanse.

### **Fødetilbudet i Helse Nord**

Som oppfølging av Stortingsmelding 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet* har Helsedirektoratet utarbeidet nasjonale kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Disse krav er publisert i den nasjonale veilederen *Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen*.

De nye kvalitetskravene innføres nå ved landets fødeinstitusjoner. Dette er et meget omfattende arbeid som må gjøres systematisk, og effekten av det må kvalitetssikres. I Nord-Norge gir særskilte geografiske forhold med betydelige avstander, griskrendt bosetting og vanskelige værforhold, spesielt om vinteren, en konstant utfordring for spesialisthelsetjenesten, både når det gjelder kostnader og logistikk.

Helse Nord har to kvinneklinikker, syv fødeavdelinger og seks jordmorstyrte fødestuer. Vi samarbeider med 88 kommuner fordelt på 45 % av Norges landareal, men har bare 9 % av befolkningen. Denne utfordringen har man valgt å løse gjennom en desentralisert fødselsomsorg. Dette medfører meget lave fødselstall ved enkelte institusjoner. Lave fødselstall kan gi utfordringer knyttet til å holde en høy standard på tjenesten.

Nye og strengere seleksjonskriterier vil påvirke logistikk, reiseavstand, og helse- og familierelaterte kostnader. Det er derfor viktig at man i fremtiden evaluerer effekten, både med tanke på hvorvidt man har lyktes med implementeringen av kravene og i forhold til de konsekvenser tiltakene har hatt for kvaliteten på tjenesten.

Det finnes pr. dags dato kun to nasjonale kvalitetsindikatorer for fødselsomsorgen: andel keisersnitt (både akutt og elektiv) og fødselsrifter grad 3 og 4. Men alle fødeinstitusjoner melder fødselsdata til Medisinsk fødselsregister (MFR). Ved å bruke de nasjonale kvalitetsindikatorerne samt data fra registeret kan man få en indikasjon på kvaliteten i tilbudet i forhold til nasjonal standard.

Det er derfor gjennomført en retrospektiv undersøkelse av kvalitetsparametre i fødselsomsorgen i Helse Nord. Disse er sammenlignet med data for hele landet. Dette både for å beskrive dagens situasjon i regionen og for å ha et utgangspunkt for senere sammenlignende undersøkelser.

### **Metode**

Vi undersøkte data som var rapportert av de 15 fødeinstitusjonene i Helse Nord for en tre års periode fra 2009 til 2011. Vi inkluderte antall fødsler, nyfødte, levende født eller dødfødt, lav fødselsvekt <2,5 kg og Apgar<sup>1</sup> score <7 etter 5 minutter i vår analyse.

---

<sup>1</sup> Apgar skår er et system for vurdering av allmenntilstanden hos nyfødte. Normalverdi er 10 poeng. Apgar <7 (målt 5 minutter etter fødselen) regnes som lavt, Apgar <4 som kritisk lavt.

I tillegg registrerte vi forløsning med tang eller sugekopp, hyppighet av svangeskapsindusert diabetes (sukkersyke), eklampsi<sup>2</sup>, alvorlige fødselsrifter og forløsning med keisersnitt. Vi så også på tall for infeksjoner i forbindelse med keisersnitt. Dette med utgangspunkt i tall fra Norsk overvåkningssystem for infeksjonssykdommer (NOIS).

## Resultater

I treårsperioden var det totalt 15 586 fødsler i Nord-Norge. 1332 barn ble født på fødestuer (8,5 %), 6712 fødsler (43,1 %) skjedde ved fødeavdelinger og 7539 fødsler (48,4 %) ved kvinneklinikkene.

Hyppigheten av forløsning med keisersnitt (nasjonal kvalitetsindikator) var 16,4 % i Nord-Norge mot 16,7 % nasjonalt. Det var ingen keisersnitt forløsninger ved fødestuene bortsett fra fødestua i Lofoten. Denne har en særskilt unntaksordning. Overraskende ble den høyeste frekvensen av keisersnitt ikke observert i kvinneklinikkene, men innenfor Helse Finnmark HF (Hammerfest 19,4 % og Kirkenes 18,9 %). Forskjellen var dog ikke statistisk signifikant. Helse Finnmark HF har i etterkant jobbet med utfordringen og keisersnittfrekvensen ved Hammerfest er i løpet av 2012 senket til 12,6 %.

Andelen av barn forløst med tang i Nord-Norge var betydelig lavere enn landsgjennomsnittet (0,9 % versus 1,7 %). Også forløsning med sugekopp var sjeldnere i Nord Norge enn på landsbasis (6.4 % versus 8.3 %).

Apgar score er et system for vurdering av allmenntilstanden hos nyfødte. Normalverdi er 10 poeng. Apgar <7 (målt 5 minutter etter fødselen) regnes som lavt, Apgar <4 som kritisk lavt.

Andelen nyfødte med Apgar score <7 (målt fem minutter etter fødselen) var noe høyere (2,1 versus 1,8 %) i vår region enn nasjonale tall. På grunn av seleksjon hadde de tre sykehusene med barneavdeling (Helse Finnmark Hammerfest, Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø) flere nyfødte med lavere Apgar score enn de andre. Dette var forventet.

Det var ingen forskjell i andelen nyfødte med lavt fødselsvekt (<2500g) mellom Helse Nord og resten av landet (4,7 versus 5,0 %). Generelt bør disse barna bli født i kvinneklinikk eller på fødeavdeling, en praksis som synes å ha fungert i regionen. Det var signifikant forskjell på denne parameteren mellom kvinneklinikk og fødestuer. Det faktum at det ikke har vært noen tvillingfødsler på fødestuene og at andelen nyfødte med lav Apgar var signifikant høyere ved kvinneklinikkene og i Hammerfest indikerer klart at seleksjonskriterier fungerte etter hensikten.

Andelen dødfødte i Norge er 3,4 dødfødsler pr. 1000 fødsler, og det var ingen forskjell mellom Helse Nord og landsgjennomsnittet, ei heller mellom kvinneklinikker og fødeavdelinger innad i regionen. Dette indikerer at svangerskapsomsorgen i Nord-Norge er likeverdig den som ytes i resten av landet.

---

<sup>2</sup> Eklampsi – svangerskapskrampe, en alvorlig tilstand for både mor og barn

Når det gjelder alvorlige fødselsrifter (grad 3 og 4) lå Helse Nord lavest i landet (1,5 % versus 2,3 %). Dette er en nasjonal kvalitetsindikator. Det var ingen klar forskjell mellom jordmorstyrte fødestuer og de andre fødeinstitusjonene (1,3 % versus 1,7 %).

Eklampsi (svangerskapskrampe) var mer vanlig i Helse Nord enn i Norge for øvrig (1,1 vs. 0,7 pr. 1,000), og det er ingen signifikant forskjell mellom kvinneklinikker og fødeavdelinger i vår region. Den høyeste andelen ble funnet ved to små fødeinstitusjoner (Sandnessjøen og Narvik), men tallene må brukes med varsomhet da det dreier seg om svært små tall.

Hyppighet av svangerskapsindusert diabetes (sukkersyke) var lik Norge for øvrig (17,4 vs. 17,5 pr. 1,000). Statistiske analyser viste ingen forskjell mellom fødestuer og fødeavdelinger eller mellom klinikker og avdelinger. Etter nye retningslinjer skal disse kvinnene forløses på fødeavdeling. Således vil denne parameteren i fremtiden kunne brukes for å si noe om hvorvidt seleksjonskriteriene følges.

Andelen infeksjoner etter forløsning med keisersnitt var noe høyere i Helse Nord enn i Norge (10,5 % versus 7,4 %). Et påfallende funn var forskjellen mellom de to kvinneklinikkene (1,5 % - Nordlandssykehuset Bodø, 17,2 % Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø). Disse tallene er beheftet med noe usikkerhet, da undersøkelsen kun ble gjennomført i en kort periode av året. Fra høsten 2012 registreres infeksjoner etter keisersnitt gjennom hele året, og tallene vil da kunne brukes for å følge utviklingen og evt. iverksette videre utredning/tiltak.

### **Konklusjon**

Oppsummert viser analysene at fødselsomsorgen i Helse Nord holder høy kvalitet til tross for de utfordringene regionen har på grunn av geografiske, demografiske og klimatiske forhold.

Resultatene i Nord Norge var i all hovedsak like gode som i resten av landet og indikerer at den seleksjon som har vært gjennomført hittil, fungerer etter hensikten. Detaljer vil bli publisert i et internasjonalt medisinsk tidsskrift.

Pilarene for å sikre kvalitet i omsorgen er en desentralisert tjeneste, nettverksbygging, god seleksjon og det nasjonale fødselsregisteret.

Dataene fra denne analysen vil bli brukt som grunnlag for å påvise effekten av de nye og strengere seleksjonskriteriene som nå innføres.

### **Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar rapporten på kvaliteten i fødselsomsorgen for perioden 2009-11 til orientering.

2. Styret ber adm. direktør om å gjennomføre en analyse av seleksjonskriteriene for å se nærmere på deres effekt på kvaliteten i fødselsomsorgen. Analysen bes lagt frem for styret, etter at disse er implementert.

Bodø, den 19. oktober 2012

Finn Henry Hansen  
fung. adm. direktør