

**Tilbakemeldingsskjema****Ekstern høring - Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødttintensivavdelinger**

**Høringsinnspill:** merkes saksnr. 16/16933 og sendes [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

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

**Navn høringsinstans:** Statens helsetilsyn

**Generelle kommentarer**

Her følger svar fra Statens helsetilsyn. Etter avtale med Jens Grøgaard fikk vi utsatt svarfrist med en uke.

Tittel på dokumentet bør gjenspeile innholdet. Dere har poengtert at dette ikke er retningslinje for behandling av syke nyfødte, men tittelen kan da misforstås fordi dere har brukt ordet «faglig». Kanskje det bør tas ut? Vi foreslår også at «organisering» tas inn i tittelen fordi retningslinjene sier mye om hvordan organiseringen av nyfødttavdelinger skal være. Forslag: «Nasjonale retningslinjer for organisering, kompetanse og kvalitet i nyfødttintensivavdelinger».

Vi ser at dere bruker betegnelsene «nyfødttavdeling» og «nyfødttintensivavdeling». Er det forskjell på disse betegnelsene og i så fall hvilken?

Under mål og mandat står det at retningslinjen bl.a. skal «hindre uønsket variasjon». I avsnittet «Om fagområdet nyfødtemedisin» side 4, står det at det er store variasjoner i innleggesrater på nyfødtavdelinger som kan skyldes forskjellig kompetanse på føde-barselavdelingene eller ulike kriterier for innleggelse på nyfødtavdelinger. Tilsynssaker, behandlet i Helsetilsynet, har vist at det kan være uklare kriterier for når et barn skal overflyttes fra barselavdelingen til nyfødtavdelingen. Forsinket overflytting har ført til forsinket oppstart av behandling osv. I våre tilsynssaker har barnelege blitt konsultert med tanke på overflytting, men vedkommende barnelege har ikke iverksatt nødvendige tiltak, herunder overflytting når barnet hadde behov for overvåking og behandling på en nyfødtavdeling. Vi mener derfor at det bør beskrives nærmere hvilke nyfødte barn som skal overvåkes og behandles i en nyfødtavdeling. Dette er en del av organiseringen av nyfødtemedisinen i Norge. I denne sammenheng er det viktig at retningslinjene omtaler og definerer begrepet «syke nyfødte». Det går igjen flere steder uten at det er nærmere definert.

Innholdsfortegnelsen kommer først på side 11 men det burde kanskje være en innholdsfortegnelse helt i begynnelsen av dokumentet.

Til sist vil vi understreke at retningslinjene legger viktige føringer på hvordan driften av nyfødtavdelinger skal være i Norge og vi som tilsynsmyndighet støtter utgivelsen av denne type retningslinjer.

Statens helsetilsyn  
15.03.17

<b>Kapittel 1 – God behandling med etisk refleksjon til barnets beste</b>	<b>Kommentarer til anbefalingene</b>
1) Behandling av syke nyfødte bør tilpasses det enkelte barnet, være til barnets beste og inkludere etisk refleksjon og vurdering	
<b>Kapittel 2 – Nasjonal organisering av avdelinger for syke nyfødte</b>	<b>Kommentarer til anbefalingene</b>
1) Alle helseforetak med kvinneklinikk bør ha en avdeling for syke nyfødte	

<p>2) Avdelinger for syke nyfødte bør inndeles i kategorier basert på sykdomsgrad og behandlingsbehov</p>	<p>Kapittel 2.2. Inndeling i kategorier er ok men hvorfor ikke kalle det 1, 2, 3 og 4? Det virker litt ulogisk at 3b ikke finnes.</p> <p>Videre er det i samme kapittel brukt begrepet «funksjonsfordeling», men dere kunne definere hva dere legger i dette begrepet. Funksjonsfordeling er en viktig del av organiseringen av nyfødtsorgen i landet og er en viktig del av retningslinjene.</p> <p>I høringsutkastet har dere tatt utgangspunkt i «Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen». Disse retningslinjene beskriver relativt detaljert hvor de fødende anbefales å føde. Forslaget som dere nå har sendt på høring handler i stor grad om hvor de premature skal behandles, altså en funksjonsfordeling knyttet til denne problemstillingen. Men det burde vel også gis en anbefaling om hvor andre kategorier av syke nyfødte skal behandles? Vi mener der bør gjøre en funksjonsfordeling som gjelder alle kategorier av syke nyfødte.</p>
<p>3) Det bør kun være en 3 c avdeling i hver helseregion</p>	<p>Kapittel 2.3 Dere anbefaler at det bør være en 3c-avdeling i hver helseregion. Innebærer det at Helse Sør-Øst må redusere antall avdelinger?</p>
<p>4) Kompetansekrav for å oppnå nytt behandlingsnivå</p>	<p>Kapittel 2.4 Dere skriver at kompetansekravene betinger jevnlig arbeid i større avdelinger og en stor andel spesialsykepleiere. Betegnelsen «jevnlig» er også brukt andre steder i teksten. Vi mener det bør presisere hvor ofte det skal gjennomføres hospitering eller liknende i store avdelinger.</p>
<p><b>Kapittel 3 – Bemanning og kompetanse ved avdelinger for syke nyfødte</b></p>	<p><b>Kommentarer til anbefalingene</b></p>
<p>1) Bemanningsnorm for avdelinger for syke nyfødte</p>	

<p>2) Nyfødtavdelinger bør planlegge bemanning slik at risiko 3) for personellmangel unngås</p>	
<p>4) Kompetanse i kategori 2-avdelinger (behandler barn etter uke 32 vanligvis &gt; 1800 g)</p>	
<p>5) Kompetanse i kategori 3a-avdelinger (behandler premature barn fra uke 28.0, vanligvis &gt;1200 g)</p>	<p>Tvillinger &lt; 30 uker bør forløses på 3c-avdelinger hvis det er økt risiko for komplikasjoner. Tvillinger har generelt økt risiko for komplikasjoner men enkelte tvillingsvangerskap, for eksempel monochoriotiske tvillinger, har særlig høy risiko. Kan dere definere «økt risiko» nærmere? Denne seleksjonen må gjøres i overensstemmelse med fødeinstitusjonen.</p> <p>Det burde også framgå av retningslinjene hvilken kompetanse leger i 3-a avdelinger skal ha og da spesielt de som går vakt. I denne sammenheng er det også viktig å beskrive hvordan vaktfunksjonen skal være. Skal det være bakvakt med spesialkompetanse i nyfødtmedisin? Retningslinjene bør si noe om det.</p>
<p>6) Kompetanse i kategori 3 c-avdelinger (behandler alle grupper premature nyfødte)</p>	<p>Avdelinger med betegnelsen 3c skal behandle de minste barna og også andre alvorlig syke barn. De har det største volumet av syke nyfødte og en høyspesialisert avdeling. Da burde det vel være barnelege med spesialkompetanse på nyfødtmedisin i tilstedevakt? Tilsynssaker har vist at det kan oppstå forsinket behandling som følge av manglende kompetanse hos barnelege i bakvakt (uten spesialkompetanse i nyfødtmedisin) både på 3c og 3a avdelinger.</p> <p>Kompetanse for leger. Dere bruker ulike betegnelser: «leger med nyfødtkompetanse» og «barnelege med spesialkompetanse i nyfødtintensiv medisin». Har de forskjellig kompetanse og i så fall hvilken? Vi mener dere bør definere dette bedre.</p>

Kapittel 4 – Kvalitetsindikatorer i nyfødtavdelinger	Kommentarer til anbefalingene
1) Norsk nyfødtmedisinsk kvalitetsregister bør benyttes av alle nyfødtavdelinger og være et register som bidrar i arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer	
2) Det innføres nasjonale kvalitetsindikatorer for nyfødtavdelinger	Overskriften burde kanskje endres til «Plan om å innføre nasjonale kvalitetsindikatorer for nyfødtavdelinger».
3) Regions foretakene bør følge opp kvalitet i nyfødtavdelingene	Antall nyfødt avdelinger er angitt slik: Helse Nord og Helse Midt 3 nyfødtavdelinger. Dere mener vel at det er tre i hver region. Helse Vest 4 og Helse Sør-Øst 9. Summen blir 19 men på side fem i dokumentet er det angitt 20 nyfødtavdelinger. I tabellen på s.7 går det frem at det er 3 nyfødtavdelinger i Helse Vest og ikke 4. Tallene som er oppgitt bør kontrolleres.
Kapittel 5 – Samarbeid mellom behandlingsnivåer i nyfødtmedisin	Kommentarer til anbefalingene
1) Samarbeid om enkelt-pasienter og behandlingsretningslinjer	Her står «Behandlingsretningslinjer bør være felles, men tilpasses lokale forhold innad i regionen». Her bør det vel presiseres at retningslinjene for den faglige behandlingen skal være likt for alle, men at det kan være forskjellig praksis på hvor behandlingen blir gitt. Det er vel det dere har tenkt med at behandlingen kan tilpasses lokale forhold?
2) Samarbeid ved overflytting mellom behandlingsnivåer	Det er litt uklart hva dere legger i betegnelsen «robuste transportordninger av gravide med truende fødsel og nyfødte som skal flyttes mellom avdelinger». Kan dette utdypes nærmere?
3) Samarbeid om opplæring og forskning	

4) Avdelinger bør samarbeide om pasienter med behov for kompetanse fra nasjonale behandlingssentra	
<b>Kapittel 6 – Foreldre er en viktig del av behandlingsteamet for syke nyfødte</b>	<b>Kommentarer til anbefalingene</b>
1) Foreldre bør være en viktig del av behandlingsteamet	<p>Dere viser her til Nasjonal helse- og sykehusplan hvor det bl.a. fremgår pasienter skal ha fast lege og kontaktsykepleier i spesialisthelsetjenesten. Bør det da ikke tas med som en anbefaling under praktisk? Planen viser også til at pasienter (foreldre i dette tilfellet) skal få tilbud om å møte en «likeperson». Hva betyr det i denne sammenhengen?</p> <p>I avsnittet «praktisk» har dere vist til Canada hvor det de siste årene er innført «arbeidskontrakt» mellom mødre og spesialisthelsetjenesten. Er dette en anbefaling om hvordan oppfølgingen også skal være i Norge? Hvis ikke bør det flyttes til en del av innledningen.</p>
2) Foreldre med kritisk syke barn skal sikres praktisk og økonomisk mulighet til å være sammen med barnet sitt	<p>«Family centered care» er beskrevet med en setning i retningslinjene. Dette kunne utdypes med hensyn til hva det er, hvorfor det er viktig og hvordan det skal gjennomføres.</p> <p>Det som er beskrevet under «Forskningsgrunnlag» bør kanskje tas ut da det gir lite mening.</p>
3) Foreldre skal tilbys samtaler med personale utenfor nyfødtafdelingen	
4) Foreldre til syke nyfødte i nyfødttintensivavdeling bør få tilbud om oppfølging av barnets helsetilstand	Overskriften hen speiler på oppfølging av barnets tilstand og sier ikke noe om overgangen fra avdelingen til hjem situasjonen. (Fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten) Kan overskriften gjøres tydeligere?

	<p>Overgangen fra innleggelse i sykehus til opphold i hjemmet og kontakt med kommunehelsetjenesten kan være stor for de foreldrene som da overtar noe av ansvaret for oppfølgingen. Vi savner en grundigere omtale av hvilken oppfølging som er nødvendig etter utskrivelse – hva med oppfølging i spesialisthelsetjenesten?</p> <p>Under «Tiltak før utskrivning fra nyfødtavdelingen», første bollepunkt, beskrives tiltak som vel er tenkt under hele oppholdet, og er ikke bare i tiden før utskriving? Virker feilplassert.</p> <p>Vi savner også en omtale av «Avansert hjemmesykehus (AHS)» som tilbys i noen regioner, men som kanskje kunne etableres flere steder. Burde ikke det omtales i retningslinjene?</p> <p>Det er feil navn på referanse IS-1419(2007) «Nasjonal faglig retningslinje om oppfølging av premature barn». Riktig navn er: «Nasjonal faglig retningslinje for oppfølging av for tidlig fødte barn»</p>
--	--