

Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinna og det nyfødde barnet i barseltida?

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





Rapport fra Helsetilsynet 3/2011

Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinna og det nyfødde barnet i barseltida? Rapport frå tilsyn med barselomsorga

Februar 2011

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgåve)

ISBN: 978-82-90919-34-9 (elektronisk)

ISBN: 978-82-90919-35-6 (trykt)

Denne publikasjonen finst elektronisk på Helsetilsynets nettstad
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette

Trykt og elektronisk versjon: 07 Xpress AS

Forsideteikning gjengjeve med løyve frå Terje Børresen

Statens helsetilsyn

Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway

Telefon: 21 52 99 00

Faks: 21 52 99 99

E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

1 Samandrag	5
2 Bakgrunn for rapporten	6
2.1 Sentrale dokument og føringar.....	6
2.2 Barselomsorga i sjukehuset og ved helsestasjonen.....	7
2.3 Formålet med tilsynet	8
3 Tema og metode	9
3.1 Tilnæringsmåte	9
3.2 Gjennomføring av tilsynet	9
3.2.1 Organisatoriske tilhøve ved barseleiningane	9
3.2.2 Telefonintervju.....	10
3.2.3 Pasientforløp	10
3.2.4 Analyse av data	10
4 Krav frå styresmaktene til barselomsorga	11
4.1 Fagleg forsvarleg helsehjelp	11
4.2 Dokumentasjon i pasientjournal	11
4.3 Internkontroll med helsetenesta	11
4.4 Helsestasjonsverksemd	11
4.5 Barselomsorgstenester	12
5 Funn	13
5.1 På barselavdeling eller barselhotell – dei første dagane etter fødselen.....	13
5.1.1 Liggjetid	13
5.1.2 Behova barselkinna har for helsehjelp	15
5.1.3 Behova barnet har for helsehjelp	16
5.2 Dei første dagane heime – samhandling i helsetenesta.....	17
5.2.1 Samarbeidsavtalar	17
5.2.2 Samarbeidsmøte	17
5.2.3 Fødselsmelding og epikrise for barselkinna.....	17
5.2.4 Telefonkontakt mellom barselavdeling og helsestasjon	18
5.2.5 Korleis helsetenesta sjølv vurderer samarbeidet innan tenesta.....	18
5.3 Heime – dei første vekene etter fødselen.....	18
5.3.1 Heimebesøk.....	18
5.3.2 Kommunale helsetenester til barselkinna	19
5.4 Kulturtilpassa og skreddarsydd barselomsorg?.....	20
6 Vurdering og tilrådingar	21

7 Referansar	23
8 Vedlegg.....	24
1: Brev av 8. juni 2010 til kommunane i landet.....	25
2: Brev av 8. juni 2010 til helseføretak med fødeavdeling etter liste	27
3: Liste over helseføretak som fekk melding om tilsyn 8. juni 2010.....	29
4: Liste over utvalde kommunar/bydelar	30
5: Liste over fødeavdelingar som det blei innhenta pasientopplysningar frå.....	31
Čoahkkáigeassu.....	33
English summary.....	34

Figurregister

Figur 1	Del barselkvinner (førstegongsfødande/fleirgongsfødande) fordelt på tal liggjedøgn etter fødsel.	14
Figur 2	Del fødselar med og utan komplikasjonar fordelt på tal liggjedøgn etter fødsel.....	14
Figur 3	Del barselkvinner (førstegongsfødande/fleirgongsfødande) fordelt på om dei har fått/ikkje har fått heimebesøk.	19

1 Samandrag

Statens helsetilsyn har i 2010 gjennomført tilsyn med barselomsorga i Noreg. I oppdraget er det gitt føringar om at tilsynsaktiviteten skal rettast mot barselavdelingane i landet og knytast til liggjetid og samhandlingsavtalar med helsesystemtenesta, med særleg merksemd retta mot «sårbare grupper».

Tilsynet gir ei oversikt over korleis helseføretaka og kommunane definerer, legg til rette og gjennomfører barselomsorga. Det blei henta inn opplysningar frå alle fødeinstitusjonane i landet og frå helsestasjonane i 50 av kommunane våre, medrekna seks bydelar i Oslo. For å få eit reelt bilete av korleis føde-/barselavdelingane og helsesystemtenesta tek hand om helsetenestetilbodet til barselkvinner og det nyfødde barnet dei første vekene etter fødselen, har vi undersøkt eit representativt utval pasientforløp ved å gå gjennom pasientjournalen til 100 barselkvinner og dei nyfødde barna deira.

Funn frå dette tilsynet tyder på at helse-tenestetilboda ved fødeinstitusjonar og helsestasjonar ikkje har teke tilstrekkeleg høgd for moglege konsekvensar av kort liggjetid ved fødeinstitusjonen i barseltida. Tilsynet viser at det på landsbasis er store variasjonar både i innhald i og kvalitet på barselomsorga.

Pasientforløpa avdekkjer eit betydeleg gap i barselomsorga frå tidspunktet da barselkvinna og barnet blir skrivne ut frå fødeinstitusjonen og fram til helsestasjonen er sett i beredskap for å kunne gi ei tilpassa oppfølging av familien og

det nyfødde barnet. Brot i tenestetilbodet så kort tid etter ein fødsel trugar pasienttryggleiken.

Statens helsetilsyn meiner fødeinstitusjonane og helsestasjonane må vurdere om risikoen for svikt i tenestene er akseptabel, og i fellesskap sjå til at dei gir ei samanhengande barselomsorg.

Barselomsorga bør betrast gjennom:

- klare faglege krav til barselomsorga frå styresmaktene
- ei tydeleg fordeling av oppgåver og ansvar
- forplikande samhandling mellom tenesteniåa
- individtilpassa barselomsorg ved fødeinstitusjonen
- individtilpassa barselomsorg ved helsestasjonen

For alle kvinner og familiar er det viktig med ein trygg overgang frå sjukehuset til heimen. Barseltida må organiserast på ein måte som gjer at kvinner med helseproblem etter fødsel blir fanga opp og får tilbod om individuell oppfølging.

Resultatet av dette tilsynet kan vere med på å systematisere og betre kvaliteten på barselomsorga ved fødeinstitusjonane (spesialisthelsetenesta) og ved helsestasjonane (kommunehelsetenesta) og styrkje samhandlinga mellom dei.

Det står enno att mykje før målet om ei heilskapleg og samanhengande svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, er oppnådd.

2 Bakgrunn for rapporten

Helsetilsynet har fått fleire førespurnader frå helsesyster i kommunane om sviikt og sårbare tilhøve knytte til korleis helsetenesta følgjer opp nyfødde og familiare dei første to vekene etter fødselen. Fleire meiner barselomsorga ikkje er trygg nok fordi mor og barn blir skrivne ut for tidleg. Helsestasjonane har registrert ein merkbar auke av foreldre som er usikre og uroa for det nyfødde barnet. Forhold som gir grunn til uro, dreier seg hovudsakleg om ammeproblem og spørsmål om barnet får nok næring, men også om det stresset foreldra opplever når dei allereie dagen etter at dei kjem heim, må tilbake til sjukehuset, eller til lege, for rutineundersøking av barnet. Dette gjeld særleg blodprøver med tanke på Føllings sjukdom og forhøgd bilirubin (gulsoitt).

Med dette som bakteppe har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Statens helsetilsyn i oppdrag å gjennomføre eit særskilt tilsyn med barselomsorga. I oppdraget blir det gitt føringar om at tilsynsaktiviteten skal rettast mot barselavdelingane i landet og knytast til liggjetid og samhandlingsavtalar med helsesystemtenesta. Merksemda skal særleg rettast mot «sårbare grupper».

I Noreg er det om lag 60 000 fødselar i året.

2.1 Sentrale dokument og føringar

Det er eit mål for Stortinget at sjukehusa og kommunane skal samarbeide betre om svangerskaps-, fødsels- og

barselomsorga. I tråd med dette har dei regionale helseføretaka, i samarbeid med kommunane i føretaksområda, i 2010 utarbeidd fleirårige, heilskaplege og lokalt tilpassa planar for tenestetilbodet under svangerskapet, fødselen og i barseltida. Strukturendringar i fødselsomsorga i framtida skal tilpassast desse planane, men dei skal ikkje vere til hindre for at det blir sett i verk tiltak for ei god og effektiv drift.

Dei seinare åra har Helse- og omsorgsdepartementet satsa stort på reproduktiv helse, og særleg på svangerskaps- og fødselsomsorga. I 2005 kom nasjonale retningslinjer for ei samanhengande svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg (1). Retningslinjene omfattar hovudsakleg svangerskapsomsorg og fødsel. Barselomsorga er lite omtalt i dei retningslinjene som gjeld, men Helsedirektoratet byrja i januar 2011 å utarbeide eigne retningslinjer for barselomsorga.

St.meld. nr. 12 (2008–2009). *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* (2) framhevar at tilbodet til kvinna både før, under og etter fødselen må vere heilskapleg, uansett om det er sjukehuset eller kommunen som har ansvar for tenesta. Meldinga slår også fast at den kommunale jordmortenesta er ujamnt fordelt og ikkje god nok. Jordmortenesta, saman med helsestasjon og fastlege, blir foreslått å ha ei sentral rolle med å følgje opp mor og barn.

Helsedirektoratets rapport frå 2010, *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet* (3), legg til grunn at den betydelege sentraliseringa av fødestadene som har skjedd dei siste 35 åra, kjem til å bli ført vidare. Rapporten framhevar særleg at det er behov for ein utviklingsstrategi for jordmortenesta, blant anna slik at den lokale jordmortenesta skal bli meir tilgjengeleg.

I desember 2010 gav Helsedirektoratet ut rettleiaren *Et trygt fødetilbud – Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner* (4). Rettleiaren peikar på at barselomsorga er i endring, og at det er planar om at tilbodet for å møte behova til familiar med nyfødde barn kjem til å bli overført til kommunehelsetenesta i samband med at samhandlingsreforma blir gjennomført.

2.2 Barselomsorga i sjukehuset og ved helsestasjonen

Vi reknar vanlegvis med at barseltida varer frå seks til åtte veker etter fødselen. Mor og barn er dei første dagane av barselperioden på sjukehuset, sjølv etter normale fødselar. Denne praksisen er delvis grunngitt medisinsk. Ein treng å observere mor og barn etter fødselen med tanke på komplikasjonar som blødingar eller infeksjonar hos barselkvinna, alvorleg gulsott hos barnet og delvis ut frå eit førebyggjande og sosialmedisinsk perspektiv. Barselkvinna treng å kvile ut, og ho må komme i gang med amminga. I regelverket som gjeld i dag, har spesialisthelsetenesta ansvar for å følgje opp barselkvinna, barnet og familien frå fødselen og fram til dei blir skrivne ut frå sjukehuset. Det er først og fremst helsestasjonen i kommunehelsetenesta, som står ansvarleg for å følgje opp det nyfødde barnet vidare. Vi er også kjende med at mange barselkvinner oppsøker fastlegen, eventuelt legevakta, i barseltida for å få behandling for medisinske problem som for eksempel brystbetennelse, smertefulle sting og infeksjonar. Det ligg likevel ikkje føre oversikt over i kor stor grad dette skjer.

Etter at mor og barn er skrivne ut frå fødeinstitusjonen, skal helsesyster få melding og ta over det førebyggjande helsearbeidet knytt til barnet fram til skolealder. Helsestasjonen skal gi tilbod om heimebesøk innan 14 dagar etter fødselen. Utover dette har helsestyresmaktene ikkje formulert ei eiga målsetjing for barselomsorga. Helsestasjonstilbodet i barseltida dreier seg om å støtte familiedanninga, ta seg spesielt av utsette eller sårbare familiar og gi støtte og råd om amming. Helsesyster er hovudaktør i å følgje opp det nyfødde barnet ved helsestasjonen.

Redusert liggjetid i barselseng på sjukehus har samheng med prioriteringane i helsevesenet, og med at sengekapasiteten blir styrt mot pasientar med alvorlege lidingar. Ein konsekvens er at kvinna no reiser heim to–tre dagar etter fødselen. Det er vanlegvis før amminga er etablert, og før barselkvinna er restituert fysisk og psykisk etter fødselen. Tryggleik i barseltida er knytt til eit føreseieleleg og samanhengande helsestenestetilbod. Kort liggjetid stiller større krav til tett oppfølging frå kommunehelsetenesta etter at mor og barn er skrivne ut frå sjukehuset.

Etter at liggjetida er redusert til to–tre dagar, har somme sjukehus etablert ammepoliklinikk, eller dei gir tilbod om poliklinisk kontakt for å ta blodprøve til nyføddscreening og for kontroll av gulsott hos barnet. Somme har oppretta ei telefon- eller sms-teneste for å gi råd til den nybakte familien m.m. Nokre få sjukehus har etablert eit tilbod om tidleg heimreise (etter berre eit døgn), der den nybakte familien får ambulansoppfølging heime av jordmor eller barnepleiar ved sjukehuset.

Norske og internasjonale studiar (5, 6, 7) slår fast at tidleg utskrivning frå sjukehus etter fødsel ikkje inneber negative konsekvensar for barselkvinna og det nyfødde barnet så sant det er etablert ei robust og kompetent teneste som er lett tilgjengeleg, og som kjem i møte dei behova barselkvinna, det nyfødde barnet og familien har eller kan få etter heimkomst. Blant anna Danmark, Storbritannia (8, 9) og Nederland har utarbeidd detaljerte kvalitetsindikatorar

som blir lagde til grunn for å sikre ei forsvarleg barselomsorg.

2.3 Formålet med tilsynet

Formålet med tilsynet var:

- å få oversikt over korleis barselomsorga i Noreg fungerer, og korleis helsetenesta samhandlar for å sikre oppfølginga av særleg sårbare grupper
- å vurdere om lovkrav til barselomsorga i fødeinstitusjonar og helsestasjonar blir følgde
- bidra til systematisering og kvalitetsutvikling av barselomsorga ved fødeinstitusjonar og helsestasjonar og styrkje samhandlinga mellom dei

3 Tema og metode

3.1 Tilnæringsmåte

For å få eit reelt bilete av korleis føde-/barselavdelingar og helsestasjonar tek hand om helsetenestetilbodet til barselkvinner og det nyfødde barnet dei første vekene etter fødselen, har vi undersøkt eit representativt utval pasientforløp ved å gå gjennom pasientjournalane til 100 kvinner og dei nyfødde barna deira.

Tilnæringsmåten i dette tilsynet har vore todelt. Først undersøkte vi organisatoriske sider av korleis verksemda generelt styrte barselomsorga, det vil seie planar og rutinar ved alle fødeinstitusjonar og ved helsestasjonar i 50 av kommunane våre. Deretter gjekk vi gjennom framstillingar av pasientforløpa frå fødsel til to–tre veker inn i barselperioden til 100 barselkvinner og deira 101 nyfødde barn i pasientjournalane og helsekorta deira. Utveljinga og talet på pasientforløp gir eit representativt bilete av korleis barselomsorga i Noreg fungerer i praksis.

Tilsynet har vore spesielt retta mot å avdekkje sårbarheitsområde i dagens barselomsorg som kan truge kravet om forsvarleg helsehjelp. Dette fordi barselomsorga blir ytt i verksemder på ulike tenestnivå, av medarbeidarar med ulike profesjonar og i eit samansett system. Ein slik kompleksitet utfordrar samhandlinga mellom tenestene overfor den enkelte barselkvinna og det nyfødde barnet. Liggjetid, samhandlingsavtalar og oppfølging av særleg sårbare grupper er brukte som indikatorar på kvalitet i dagens barselomsorg.

Opplysningar frå offentleg statistikk – KOSTRA (10), er lagde til grunn for tema som går inn i tilsynet.

Fastlegetenesta og jordmortenesta er ikkje tekne med i dette tilsynet.

3.2 Gjennomføring av tilsynet

Vi har gjennomført dette tilsynet med barselomsorga som ei kartleggingsundersøking i fire trinn.

I juni 2010 sende Statens helsetilsyn brev med ei melding om tilsynet til alle helseføretak som har fødeinstitusjon, og til alle kommunane i landet (vedlegg 1, 2, 3). Vi samla inn grunnlagsdata ved telefonintervju og dokumentasjon frå verksemder som yter helsehjelp til barselkvinner og nyfødde. I tillegg gjekk vi gjennom informasjonen om helsestasjonstilbodet som kommunane har lagt ut på heimesidene sine på Internett. Vi henta inn data i tida frå juni til september 2010.

3.2.1 Organisatoriske tilhøve ved barseleiningane

I første trinn av tilsynet kartla vi organisatoriske tilhøve ved alle barseleiningane i spesialisthelsetenesta. Vi henta inn følgjande skriftlege opplysningar frå helseføretaka:

- namn på barseleiningar ved kvart helseføretak og opplysningar om kor mange liggjedøgn kvar av einingane

- bruker å leggje opp til for kvinner som har født ukomplisert
- samarbeidsavtalar/-ordningar som var etablerte mellom heseføretak/barseleiningar og kommunar/helsestasjonar for å følgje opp barselkvinner og deira nyfødde
 - skjema som barseleininga bruker for å sende informasjon om fødsel og barseltid til helsestasjonen

3.2.2 Telefonintervju

I andre trinn av tilsynet gjennomførte vi strukturerte telefonintervju av helse-systerer ved helsestasjonar i 50 tilfeldig utvalde kommunar, medrekna seks bydelar i Oslo. Deretter henta vi inn utfyllande skriftlege opplysningar om dei spørsmåla som blei stilte i intervjuet. Vi gjorde eit tilfeldig utval av kommunar i kvar helseregion. Talet på kommunar som blei valde i kvar region, blei bestemt etter ei forholdsfordeling av talet på fødselar året før (2009) i dei fire helseregionane i landet. I utvalet var (vedlegg 4):

- 4 kommunar i Helse Nord
- 8 kommunar i Helse Midt-Noreg
- 12 kommunar i Helse Vest
- 26 kommunar/bydelar i Helse Sør-Aust

Kommunar i alle fylke er inkluderte i dette tilsynet – både små og store, samt samiske kommunar.

I kvart av dei 50 telefonintervjuet fekk vi opplysningar om to nyfødde barn og mødrene deira som var skrivne inn ved helsestasjonen sommaren 2010. Vidare stilte vi spørsmål om korleis kommunen styrte helsestasjonsverksemda, kva kommunen tilbydde i barselperioden, om bruk av tolk, om samarbeid mellom helsesyster og kommunejordmor og om samarbeidet med barselavdelingane. Kvart intervju varte om lag ein halv time.

Etter intervjuet fekk vi sendt over ein kopi av helsekortet til kvart av dei 101 aktuelle nyfødde barna. Vi fekk dermed opplysningar om barna frå fødsel fram til dei var to–seks veker gamle. Helsekortet er det same som pasientjournalen til barnet ved helsestasjonen,

og det skal mellom anna innehalde dei opplysningane som fødeinstitusjonen har sendt til helsestasjonen om fødselen og det nyfødde barnet i melding om fødsel til helsestasjon. Vi bad også om å få tilsendt kopi av pasientjournalen til barselkvinna dersom helsestasjonen hadde oppretta journal for henne.

3.2.3 Pasientforløp

I tredje trinn henta vi inn pasientjournalar frå helseføretaka der barna var fødde, i tillegg til informasjon om rutinar som barselavdelinga har for BCG- og hepatitt B-vaksinasjon av nyfødde. Dette viste seg å vere 30 helseføretak fordelte mellom alle fylka i landet, av desse 14 kvinneklinikkar, 15 fødeavdelingar og ei fødestove (vedlegg 5).

- Helse Nord: 4 fødeinstitusjonar
- Helse Midt-Noreg: 5 fødeinstitusjonar
- Helse Vest: 6 fødeinstitusjonar
- Helse Sør-Aust: 15 fødeinstitusjonar

Vi henta inn kopi av pasientopplysningar frå opphaldet på fødeinstitusjonen både for dei 100 barselkvinnene og for dei 101 nyfødde barna deira.

Materialet inkluderer også fire heimefødslar, av desse var tre planlagde, og to transportfødslar.

3.2.4 Analyse av data

I fjerde trinn blei alle data som var henta inn, analyserte og oppsummerte. Innhaldet i pasientjournalen blei samanlikna med dei generelle opplysningane verksemdene hadde gitt om organisering og styring av barselomsorga, og vurdert opp mot lovkrav som gjeld for barselomsorga.

4 Krav frå styresmaktene til barselomsorga

Ei konkret framstilling av dei krava styresmaktene stiller, som ligg til grunn for dette tilsynet, blir presentert under kvart tema i kapittel 4. I dette kapitlet gir vi att dei aktuelle føresegnene berre punktvis.

4.1 Fagleg forsvarleg helsehjelp

Krav om fagleg forsvarleg barselomsorg ved sjukehusa og i kommunane er heimla i etter tur *lov om spesialisthelsetjeneste* § 2-2 og *lov om helsetjenesten i kommunene* §§ 1-3 a, 2-1, jf. 6-3, tredje ledd.

4.2 Dokumentasjon i pasientjournal

Verksemder som yter helsehjelp, skal opprette ein pasientjournal for kvar pasient, og det er detaljerte krav til kva opplysningar journalen skal innehalde.

Helsepersonell ved fødeinstitusjonane og helsestasjonen som er involverte i barselomsorga, skal ha tilstrekkeleg informasjon for å kunne gi den nyfødde og barselkvinna forsvarleg behandling. Journalplikta støttar opp under kravet om fagleg forsvarleg helsehjelp. Når pasienten blir skriven ut av helseinstitusjonen, skal eit samandrag av journalopplysningane sendast til helsepersonell som treng opplysningane for å kunne gi pasienten forsvarleg oppfølging, jamfør *forskrift om pasientjournal* §§ 5, 8 og 9.

4.3 Internkontroll med helsetenesta

Spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta har plikt til å etablere eit internkontrollsystem og føre kontroll med si eiga verksemd slik at det kan førebyggje svikt i helsetenesta, jamfør *lov om statlig tilsyn med helsetjenesten* § 3. Krav til innhaldet i internkontrollen går fram av § 4 i *forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. Sosial- og helsedirektoratets rettleiar *Hvordan holde orden i eget hus* (11) konkretiserer nærare kva innhaldet i internkontrollen bør vere.

4.4 Helsestasjonsverksemd

Kommunane skal gi gravide og barn eit helsestasjonstilbod. Tilbodet til nyfødde og familiane deira skal omfatte heimebesøk, helseundersøkingar og rådgiving, førebyggjande psykososialt arbeid, opplysningsverksemd og rettleiing.

Tilbodet om heimebesøk er nedfelt i *forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* § 2-3. Sosial- og helsedirektoratets rettleiar frå 2004 (12) tilrår helsestasjonane å tilby heimebesøk hos familiar med nyfødde innan to veker etter at barnet er fødd.

Kommunen har også ansvar for at helsestasjonsverksemda har rutinar for samarbeid med fastlegane, kommunal jordmorteneste og spesialisthelsetenesta, jamfør *forskrift om det helsefremjande*

arbeidet i regi av kommunane i helsestasjons- og skolehelsetenesta.

4.5 Barselomsorgstenester

Helse- og omsorgsdepartementet bruker omgrepet «barselomsorgstenester» i høyringsnotatet sitt datert 18. oktober 2010 om ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester. Notatet gjer ikkje greie for innhaldet i «barselomsorgstenestene». Heller ikkje andre nasjonale dokument gir nærare framstilling av kva barseltilbodet skal vere. Utover å gjere greie for kva heimebesøket bør innehalde, har helsestyresmaktene ikkje konkretisert nærare kva lovkravet om fagleg forsvarleg verksemd inneber verken i spesialisthelsetenesta eller i kommunehelsetenesta når det gjeld det nyfødde barnet eller barselkvinna.

5 Funn

Pasientforløpa i barselomsorga er normalt frå seks til åtte veker. I dette tilsynet har vi særleg retta merksemda mot oppfølginga frå fødselstidspunktet og til og med dei første to–tre vekene av barseltida. Funna blir presenterte tematisk og for kvart tema innleier vi med ei kort skildring av dei aktuelle krava frå styresmaktene.

5.1 På barselavdeling eller barselhotell – dei første dagane etter fødselen

Barselkvinna og det nyfødde barnet har rett på forsvarleg helsehjelp ved fødeinstitusjonen. I dag er det i stor grad opp til kvart enkelt helseføretak å forme ut eit forsvarleg tenestetilbod til mor og barn dei første dagane etter fødselen. Sett bort frå krav om blodprøver, hørselsundersøking og i somme tilfelle vaksinasjon av barnet, må fødeinstitusjonen sjølv avgjere kva omfanget av og innhaldet i barselomsorga skal vere. Kravet om internkontroll i helselovgivinga inneber likevel at føretaksleiinga skal kunne dokumentere at den helsehjelpa barselkvinnene og dei nyfødde barna har fått ved institusjonen, tilfredsstillar kravet om fagleg forsvarleg verksemd.

5.1.1 Liggjetid

Fødeinstitusjonen har sjølv mynde til å avgjere når barselkvinna og barnet er utskrivingsklare. Kravet om fagleg forsvarleg verksemd inneber likevel at opphaldet ved fødeinstitusjonen ikkje

skal avsluttast utan å sikre at barselkvinna og barnet får nødvendig oppfølging frå helsetenesta – anten frå spesialisthelsetenesta sjølv eller kommunehelsetenesta. Tradisjonelt har mor og barn hatt så lang liggjetid ved barselavdelinga at helsestasjonen i kommunen kunne ta over ansvaret for barselomsorga etter utskriving.

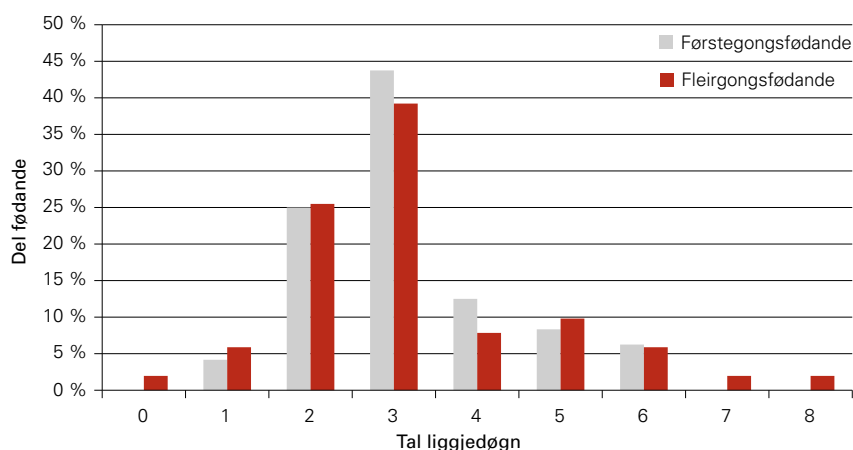
I dette tilsynet er talet på liggjedøgn rekna ut frå fødselsdatoen til barnet og fram til tidspunktet da barselkvinna blei skriven ut frå institusjonen. I nokre få tilfelle der barnet var innlagt på barneavdelinga, blei mor skriven ut før barnet.

Tilsynet viser:

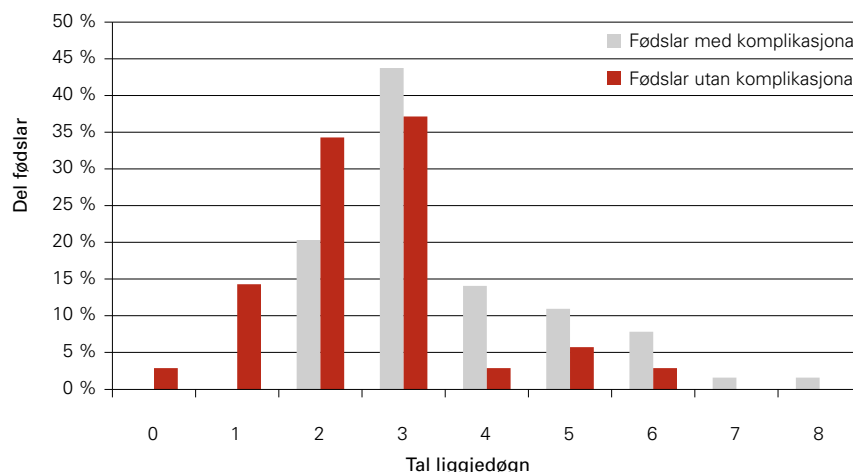
- Fødeinstitusjonane har ikkje fastsett talet på liggjedøgn ved barselavdelingane. Somme avdelingar viser til gjennomsnittstal, to–fire døgn, men peiker på at liggjetida blir tilpassa kvar enkelt situasjon, og nemner omstende som kan forlengje liggjetida: førstegongsfødande, keisarsnitt og fødslar med komplikasjonar, ammeproblem og lang reiseavstand til heimen.
- Pasientforløpa viser at det er liten forskjell på liggjetida for førstegongsfødande og fleirgongsfødande (figur 1).
- To–tre liggjedøgn blir praktisert både ved fødeinstitusjonar som tilbyr hjelp ved barsel poliklinikk den første tida etter utskriving, og dei som ikkje gjer det.

- Blant dei som blei skrivne ut etter frå eitt til tre døgn, var det også kvinner og barn som blir omfatta av omgrepet «særleg sårbare grupper», som einslege førstegongsfødande tenåringsmødrer, mødrer med alvorlege psykiske lidingar, barn med låg fødselsvekt (ca. 2500 g), barselkvinner som måtte leggjast inn på nytt på grunn av store blødingar, kvinner som hadde stort behov for hjelp med amminga, ein flyktning som trengte tolk men ikkje fekk det, og ei einsleg førstegongsfødande utan sosialt nettverk og som måtte gjennomføre fødselen med akutt keisarsnitt.
 - Pasientforløpa viser at liggjetida etter fødslar med komplikasjonar berre i få tilfelle er lengre enn liggjetida ved fødslar utan komplikasjonar (figur 2).
- (Komplikasjonar er her definerte som: særlege forhold under fødsel, eller særlege forhold ved helsestilstanden til mor eller det nyfødde barnet.)
- Nokre barselavdelingar tilbyr opp mot fem–seks liggjedøgn dersom barselkvinna ønskjer det. Det gjeld både fødestover og fødeavdelingar.
 - Fleire helseføretak eller fødeinstitusjonar hevdar at barselkvinner ofte sjølv ønskjer tidleg heimreise. Helsesysterer viser til barselkvinner som fortel at det er høgt tempo og trøngt om plassen ved barselavdelinga, og at dei derfor ønskte å reise heim allereie etter to–tre døgn. Dette gjeld både førstegongsfødande, kvinner med komplikasjonar under eller etter fødsel og kvinner som sjølv meinte dei trøng meir hjelp til for eksempel amming.

Figur 1: Del barselkvinner (førstegongsfødande/fleirgongsfødande) fordelt på tal liggjedøgn etter fødsel.



Figur 2: Del fødsjar med og utan komplikasjonar fordelt på tal liggjedøgn etter fødsel.



5.1.2 Behova barselkvinna har for helsehjelp

Generelle behov

Ein fødsel er ei av dei største hendingane i livet til eit menneske, og dei opplevingane den gravide og fødande og hennar næraste har i svangerskapet og tida rundt fødselen, er viktige for korleis familien skal trivast, og korleis dei kan meistre fødselen og barseltida. Svangerskapet, fødselen og barselperioden blir opplevd ulikt frå familie til familie. Helsevesenet må avdekkje og komme i møte dei ulike behova for helsefagleg oppfølging og rettleiing. Å vere ei frisk barselkvinne er ikkje synonymt med å ikkje trenge omsorg og hjelp. Ifølgje Helsedirektoratet (4) skal ei fagleg forsvarleg barselomsorg gjelde alle kvinner og innehalde element som:

- ei samanhengande vurdering av den generelle tilstanden og helsa til kvinna, som etterriker, blødingar, problem med bristingar og rifter i samband med fødselen og behov for smertelindring
- tilrettelegging for ei optimal tilknytning mellom kvinne og barn og partnar
- rettleiing og hjelp i samband med å etablere amming
- generell rettleiing til nybakte foreldre

Særlege behov

Det er eit mål å prioritere dei barselkvinnene som treng helsehjelpa mest. Dette inneber å prioritere tiltak for å sikre eit godt tilpassa tilbod til kvinner med påvist risiko og spesielle behov. Dette kan for eksempel gjelde asylsøkjjarar og flyktningar, tenåringar, kvinner med rusproblem, kvinner som røykjer, kvinner i legemiddelassistert rehabilitering, kvinner med kroniske sjukdommar eller tidlegare komplikasjonar knytte til fødsel, kvinner med funksjonshemmingar, kvinner som har vore utsette for overgrep, og kvinner med psykiske lidningar.

Fødeinstitusjonen har plikt til å dokumentere i pasientjournalen kva behov barselkvinna har for helsehjelp, kva hjelp som blei gitt, og om behova blei dekte. Pasientjournalen skal også dokumentere kva opplysningar barselavdelinga har formidla vidare til

kommunehelsetenesta, det vil seie helsestasjon, eventuelt fastlege og kommunalt tilsett jordmor.

Tilsynet viser:

- Pasientjournalane frå fødeinstitusjonane manglar, med få unntak, opplysningar om kva tilstand barselkvinna er i, kva hjelp ho har fått, og korleis hjelpa verka på henne. Sjølv når journalsopplýsningane elles tilseier at kvinna hadde *særlege behov* for oppfølging etter fødselen, manglar slike opplysningar. For eksempel gjeld det fødselar med komplikasjonar, i tilfelle der det er alvorleg psykisk lidning hos mor, for tenåringsmødrer og for kvinner som har framandkulturell bakgrunn, og som ikkje forstår norsk.
- Behov for tolk går ikkje fram av nokon av pasientjournalane til barselkvinnene ved fødeinstitusjonen, sjølv ikkje i dei tilfella der dette tydeleg var nødvendig ifølgje opplysningar frå helsestasjonen.
- 8 av dei 50 fødeinstitusjonane har organisert store delar av barselomsorga ved barselhotell. Pasientjournalane som er gått gjennom, viser ikkje om mor og barn har hatt opphald ved barselhotell. Ein vesentleg forskjell i tenestetilbodet ved ordinære barselengepostar er at det ved barselhotell er lagt opp til at barselkvinna i stor grad sjølv skal ta initiativ til å få hjelp.
- 27 av dei 50 fødeinstitusjonane har organisert delar av barselomsorga som polikliniske tenester ved etablerte barsel- eller ammeklinikkar.
 - Somme fødeinstitusjonar gir konsekvent delar av barseltilbodet poliklinisk. Mor og barn blir skrivne ut frå barselavdeling/-hotell etter eit par døgn og må komme tilbake til barsel- eller ammepoliklinikk for å få undersøkt stinga, for å få oppfølging med amming og for å få utført hørselsundersøking, teke blodprøver og kontrollert vekta på barnet.
 - Somme fødeinstitusjonar avgrensar poliklinisk barselomsorg til barn og kvinner med *særlege behov*. Slik hjelp blir gitt både ved etablerte barsel- eller ammepoliklinikkar, og

ved at barselkvinnas og familien ringjer til sengeposten der mor og barn var lagde inn, når dei føler at dei treng det.

- Helsekortet til fleire av dei nyfødde barna inneheld opplysningar som viser at barselkvinnas har fått poliklinisk hjelp ved fødeinstitusjonen dei første dagane etter utskrivning, utan at ein finn att dette i pasientjournalen hennar ved fødeinstitusjonen.

5.1.3 Behova barnet har for helsehjelp

Generelle behov

Fødeinstitusjonen og spesialisthelsetenesta skal sørge for forsvarleg observasjon, førebygging og behandling av nyfødde barn. Praksis i dag er at den nyfødde rutinemessig skal blir undersøkt av barnelege eller av ein lege med tilstrekkeleg kompetanse. Dette tilsynet er avgrensa til å undersøkje om dei generelle behova som barna har, blir systematisk følgde opp med tanke på ernæring og vekt, blodprøver (bilirubin og Føllings sjukdom) og hørselsundersøking.

Særlege behov – vaksinasjon

Nokre få barn treng spesiell oppfølging i nyføddeperioden. I dette tilsynet har vi avgrensa dei særlege behova barnet har for helsehjelp, til korleis fødeinstitusjonane sikrar at nyfødde som skal vaksinerast mot smittsame sjukdommar, faktisk blir vaksinerast.

BCG-vaksine blir tilrådd til alle nyfødde som har ein eller begge foreldra frå land med høg førekomst av tuberkulose, jf. vaksinasjonsrettleiaren frå Folkehelseinstituttet (13). Når BCG-vaksine er indisert til spedbarn, rår Folkehelseinstituttet generelt til at ein vaksinerer barnet før det reiser frå barselavdelinga, fordi dette sikrar god oppslutning om vaksineringa. Dersom vaksine ikkje er sett ved barselavdelinga, bør det gjerast ved første helsestasjonsbesøk. I så fall krev det at helseføretaket har rutinar som sikrar at helsestasjonen snarast blir informert om at barnet er fødd og skal vaksinerast, slik at ein unngår at vaksinasjonen blir ytterlegare forseinka.

Hepatitt B-vaksine blir tilrådd til barn som har foreldre som kjem frå land med høg førekomst av hepatitt B. Ved smitte i spedbarnsalder eller tidleg barnealder er risikoen for å bli kronisk berar mykje større enn om ein blir smitta seinare i livet. Det er derfor viktig å verne barna tidleg. Folkehelseinstituttet meiner at barn av smitteførande mor bør få tilbod om hepatitt B-vaksine i nyføddeperioden.

I Noreg er det eit betydeleg tal nyfødde barn som fell inn under vaksinasjonstiltådingane frå Folkehelseinstituttet. Det nasjonale vaksinasjonsregisteret SYSVAK viser at det i 2009 blei registrert 8327 barn som fekk hepatitt B-vaksine og 5986 som fekk BCG-vaksine. Det betyr at fleire enn 10 prosent av alle nyfødde bør vaksinerast.

Fødeinstitusjonen skal sjå til at pasientjournalen til barnet inneheld opplysningar om kva vaksinar barnet har fått, og at desse opplysningane blir formidla vidare til den helsestasjonen barnet høyrer til.

Tilsynet viser:

- Nyfødde barn blir systematisk undersøkte somatisk, det blir teke blodprøver av dei og gjennomført helseundersøking av dei ved fødeinstitusjonen anten mens dei er innlagde, eller poliklinisk etter at dei er skrivne ut.
- Fødeinstitusjonar sørger ikkje systematisk for at nyfødde som ein tilrår å gi BCG-vaksine, blir vaksinerast. Berre ein tredel av fødeinstitusjonane opplyser at den tilrådde gruppa får slik vaksine.

Eksempel på svar frå helseføretak:

«Sluttet å gi BCG-vaksine på barsel i 2007, overført helt og holdent ansvaret til helsestasjonene.»

«BCG-vaksinerast er ikkje lovpålagt prosedyre på barselavdelinger. Vi utfører dette som et service-tilbud til helsestasjonene. Men det er ressurskrevende, og derfor noe vi drøfter om vi kan fortsette med.»

«Jf. anbefalingene fra Folkehelse gis det i den utstrekning det er 'vaksinatør' på vakt og vi kan prioritere tidsbruk til vaksinering.»

- Omtrent halvparten av fødeinstitusjonane fortel at dei sikrar at nyfødde som det er tilrådd å gi hepatitt B-vaksine, blir vaksinerte.
- Det er ikkje uvanleg at helsestasjonen må etterlyse dokumentasjon hos fødeinstitusjonen for å få vite om den nyfødde er vaksinert før utskriving, og det er ikkje alltid sikre svar å få ved fødeinstitusjonen. Fleire helsesyster fortel at dei somme gonger må leite etter arr i huden for å finne svar på om barnet er BCG-vaksinert.

5.2 Dei første dagane heime – samhandling i helsetenesta

Frå to til tre liggjedøgn inneber at svært mange no blir skrivne ut frå barselavdelinga/-hotellet før amminga er etablert. Det er vanleg praksis at barselkvinna ved utskriving blir beden om sjølv å ta kontakt med helsestasjonen når det er nødvendig med hjelp etter heimkomst. På helsestasjonen har dei på det tidspunktet ofte enno ikkje fått kjennskap til fødselen.

Fødeinstitusjonane skal som rutine sende epikrise (samanfatta journalopplysningar) om kvinna frå opphaldet vidare til fastlegen hennar og eventuelt til jordmor som har teke del i svangerskapsomsorga. Helseopplysningar om barselkvinna skal ikkje rutinemessig formidlast vidare til helsestasjonen utan at kvinna samtykkjer.

Helsestasjonen skal få skriftleg melding om fødselen. Dersom fødeinstitusjonen formidlar andre opplysningar til helsestasjonen, skal dette gjerast ope overfor barselkvinna. Det skal gå fram av pasientjournalen kva opplysningar som er gitt, til kven og korleis. Fødeinstitusjonen skal sende nødvendige journalopplysningar til helsestasjonen så raskt som råd etter at mor og barn er skrivne ut, for å sikra kontinuitet i oppfølginga ved helsestasjonen.

Tidleg utskriving frå fødeinstitusjonen aukar krava til den kommunale barselomsorga. Det er særleg behov for å prioritere tiltak som kan sikre kontinuitet i tenesta for kvinner og nyfødde som har fått påvist risiko for komplikasjonar, eller som har spesielle behov.

Fødeinstitusjonen skal etablere ordningar som sikrar at kommunehelsetenesta får overført dei opplysningane som er nødvendige for å kunne gi forsvarleg helsehjelp til mor og barn etter at dei er skrivne ut.

5.2.1 Samarbeidsavtalar

Tilsynet viser:

- Berre 3 av dei 50 fødeinstitusjonane opplyser at dei har inngått avtalar om samarbeidet med helsestasjonane i kommunane.
- 5 av dei 50 helseføretaka viser til generelle samarbeidsavtalar med kommunane, men desse omfattar ikkje samarbeid mellom barselavdelingar og helsestasjonar.

5.2.2 Samarbeidsmøte

Tilsynet viser:

- 13 av dei 50 fødeinstitusjonane arrangerer samarbeidsmøte med leiande helsesyster to gonger i året. Helsesystrene som blei intervjuet, hadde berre unntaksvis konkrete opplysningar om desse møta.

5.2.3 Fødselsmelding og epikrise for barselkvinna

Tilsynet viser:

- Fødeinstitusjonane sender skriftleg melding om fødselen i ordinær postgang til den helsestasjonen familien høyrer til. Det er ikkje standardiserte skjema for desse meldingane. Fødselsmeldinga opplyser om kva fødselsvekt, lengd og hovudomkrets barnet hadde. 4 av dei 50 fødeinstitusjonane sender også kopi av MFR-skjema (MRF – Medisinsk fødselsregister) til helsestasjonen.
- Fødselsmeldinga kjem ofte for seint til helsestasjonen, det vil seie først

- etter at familien sjølv har vendt seg dit for hjelp. Helsestasjonen har dermed ikkje sett av tid til konsultasjonen. Helsesyster fortel i intervjuet at dei gjentekne gonger har teke opp med fødeinstitusjonen at fødselsmeldingar er for knappe og ofte manglar nødvendige opplysningar om barselkvinnas og det nyfødde barnet frå opphaldet på fødeinstitusjonen. For eksempel gjeld dette opplysningar om behovet for tolk ved konsultasjon og opplysningar om andre særlege behov som skal følgjast opp ved helsestasjonen.
- Helsesystrer opplyser at det ofte kan kome i konflikt med andre gjeremål når nybakte foreldre kjem umelde til helsestasjonen, og at dei dermed ikkje alltid får den hjelpa dei treng.
 - Berre eit fåtal av fødselsmeldingane til helsestasjonen inneheld tilleggsopplysningar om særlege forhold under fødselen eller om barnet i samband med barselopphaldet.

5.2.4 Telefonkontakt mellom barselavdeling og helsestasjon

Tilsynet viser:

- Fødeinstitusjonane opplyser at jordmødrer på barselavdelinga skal ta telefonkontakt med helsestasjonen dersom særlege tilhøve tilseier at helsesyster bør ta snarleg kontakt med familien. Berre i fire av pasientforløpa går det fram av helsekortet til barnet på helsestasjonen at jordmor på barselavdelinga har teke telefonkontakt fordi det var behov for «ekstra tidleg» heimebesøk eller anna særleg oppfølging frå helsestasjonen.
- Helsesystrane meiner jamt over at jordmødrer ved barselavdelingane i mange fleire tilfelle bør ta telefonkontakt og gi tilleggsopplysningar til helsestasjonen.
- Somme helsesystrer ringjer på eige initiativ kvar veke til barselavdelinga for å halde oversikt over nyfødde som høyrer til deira helsestasjon.

5.2.5 Korleis helsetenesta sjølv vurderer samarbeidet innan tenesta

Tilsynet viser:

- Fødeinstitusjonane fortel jamt over at samarbeidet med helsestasjonane er godt innarbeidd, og at det fungerer godt. Berre 30 prosent av helsesystrane som blei intervjuet, er einige i dette.
- Helsesystrer etterlyser gjennomgåande meir utfyllande helseopplysningar frå fødeinstitusjonen om både barnet og barselkvinnas. Dei ønskjer at jordmødrer på barselavdeling oftare skal ringje, og dei ønskjer først og fremst tidlegare melding om fødsel.
- Eit par fødeinstitusjonar får direkte negativ omtale av helsesystrer frå fleire kommunar fordi samarbeidet med helsestasjonen fungerer dårleg og ikkje blir betre trass i at helsesystrane har vendt seg til fødeinstitusjonane fleire gonger. For seine og mangelfulle opplysningar frå fødeinstitusjonen er hovudproblemet.

5.3 Heime – dei første vekene etter fødselen

Tilbodet ved helsestasjonen har tradisjonelt starta ved at helsesyster kontaktar nybakte foreldre like etter at dei er komne heim frå fødeinstitusjonen, og avtaler tid for heimebesøk. Da skal foreldra få informasjon om tenestetilbodet i sped- og småbarnsalderen. Dei fleste kommunane har laga ein informasjonsbrosjyre som blir delt ut ved første kontakt. Informasjonen i desse brosjyrane og på internettsidene til kommunen viser berre unntaksvis andre tilbod i barselperioden enn heimebesøket. Helseinspektoratets rettleiar for helsestasjonsverksemda legg heller ikkje opp til andre tiltak i tida etter fødselen og fram til konsultasjon når barnet er seks veker gammalt.

5.3.1 Heimebesøk

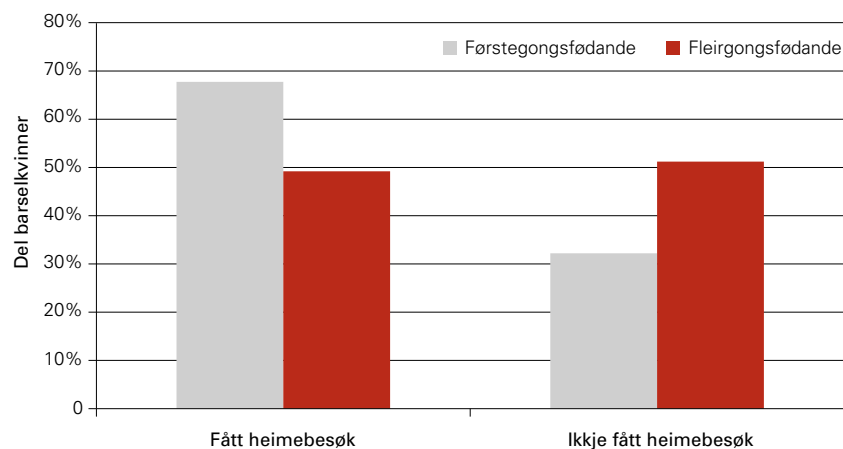
Helsestasjonen skal tilby alle nybakte foreldre heimebesøk (12). Formålet med dette er at foreldra skal få individuell informasjon, støtte og rettleiing ut ifrå behov. Dette fører også til at ein etablerer kontakt tidleg, helst med begge foreldra til stades, slik at ein legg grunnlag for vidare oppfølging av barnet og samarbeidet med familien.

Heimebesøk gjer det mogleg for helsesyster å bli kjend med familiemedlemmene i deira eige miljø. Det gir ofte ein god innfallsvinkel til det vidare samarbeidet. Familien får svar på spørsmål og råd og rettleiing på heimebane. Arbeidsforma er tidkrevjande, men skal vere høgt prioritert i det primærførebyggjande arbeidet i regi av helsestasjonen.

Tilsynet viser:

- Berre 57 av dei 98 nybakte foreldra hadde fått heimebesøk innan to veker etter fødselen.
 - Blant pasientforløpa utan heimebesøk innan to veker var det også kvinner og barn som blir omfatta av omgrepet «særleg sårbare grupper».
 - 41 av 98 nybakte foreldre hadde ikkje fått heimebesøk i det heile. Av desse var det 15 førstegongsfødande (figur 3).
- Heimebesøk som ikkje blir gjennomført innan to veker etter fødselen, blir heller ikkje registrert i avvikkssystemet i kommunane.
 - Somme helsestasjonar tilbyr heimebesøk til alle, somme berre til førstegongsfødande. Helsesyster seier at dei ikkje har tid, men intervju avdekte også ulike syn på kor pågåande helsesyster var, og bør vere, for å besøkje familien heime.
 - Talet på gjennomførte heimebesøk hos nyfødde samsvarer ikkje med tal i nasjonal statistikk. Kommunane rapporterer årleg i KOSTRA (10) kor stor prosent av nyfødde som har fått heimebesøk frå helsestasjonen innan to veker etter fødselen. Tala frå 2009 viser store variasjonar mellom kommunane. Gjennomgangen av helsekorta viser at det er utbreidd praksis å registrere konsultasjonar med foreldra til nyfødde på helsestasjonen som heimebesøk.

Figur 3: Del barselkvinner (førstegongsfødande/fleirgongsfødande) fordelt på om dei har fått/ikkje har fått heimebesøk.



5.3.2 Kommunale helsetenester til barselkvinner

Når fødeinstitusjonen skriv ut ei barselkvinne, skal institusjonen sende kopi av epikrisa til kommunejordmora i dei tilfella der ho har teke del i svangerskapsomsorga av den gravide.

Dette tilsynet har ikkje undersøkt korleis fastlegetenesta og jordmødrene som er tilsette i kommunane, følgjer opp opplysningane frå fødeinstitusjonen. Tilsynet viser likevel at jordmødrer i

kommunar med relativt høg jordmordekning, tek aktivt del i barselomsorga.

Mange barselkvinner som har fødselsrelaterte medisinske problem, for eksempel brystbetennelse, eller kor den nyfødde har augeinfeksjon eller andre medisinske problem, oppsøker fastlegen sin direkte. I andre tilfelle kan det vere helsestasjonen som ved fødselsrelaterte medisinske problem i barseltida viser til fastlegen.

Tilsynet viser:

- Den gravide som har gått til svangerskapsomsorg hos kommunalt tilsett jordmor, melder ofte sjølv til jordmor at ho har født – vanlegvis med sms.
- Somme stader gjennomfører kommunalt tilsett jordmor heimebesøk dei første vekene etter fødselen, og helsesyster følgjer deretter opp familien. Helsesystrer grunngir dette med at jordmødrene har betre kapasitet til å gjennomføre heimebesøk.
- Meir enn 95 prosent av helsesystrane som blei intervjuet, skildrar samarbeidet med kommunalt tilsett jordmor som nært og godt. Jordmortenesta var i dei tilfella samlokaliserte med helsestasjonsverksemda elles.
- Fleire helsestasjonar i landet vier særleg merksemd til den psykiske helsa til barselkvinner. Nyare forskning (14) viser at om lag 15 prosent av kvinnene utviklar depresjon i barseltida. Ifølgje Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør (RBUP) hadde 116 av kommunane i landet sommaren 2010 fått opplæring i bruk av kartleggingsverktøyet EDPS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). I somme av desse kommunane er skjemaet teke i bruk, anten av helsesyster eller av kommunejordmor. Helsesystrer som hadde teke EDPS-skjemaet i bruk, eller kjende til at kommunalt tilsett jordmor brukte skjemaet, kunne ikkje gjere greie for om kommunen hadde oppretta forsvarlege pasientjournal-system for barselkvinnene. I fleire kommunar blir skjema makulerte. Andre stader gjekk helsesyster ut ifrå at jordmor arkiverte skjemaet saman med «Helsekort for gravide». Det er også uklart for mange helsesystrer kven som skal ha tilgang til desse helseopplysingane om barselvinna.

5.4 Kulturtilpassa og skreddarsydd barselomsorg?

Helsedirektoratet tilrår i retningslinjene sine for svangerskapsomsorga (1) at kvinner bør få eit helsetenestetilbod med kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Det tilrår også at omsorga er kulturtilpassa og skreddarsydd til kvar enkelt kvinne og dei behova familien har, tråd med kunnskapsbaserte tilrådingar.

Tilsynet viser:

- Gjennomgang av pasientperiodane gir ikkje dei opplysningane dei burde om korleis fødeinstitusjonane og helsestasjonane sørgjer for å tilpasse barselomsorga til framandkulturelle kvinner og familiar.
- Eit betydeleg tal barselkvinner i Noreg er framandspråklege, og det er nødvendig at helsepersonell kommuniserer med dei via tolk. Berre i eit par av pasientjournalane som vi har gått gjennom, går det fram at helsepersonellet har sørgd for kvalifisert tolk, sjølv om det mest sannsynleg var behov for det i fleire tilfelle.

6 Vurdering og tilrådingar

Dette tilsynet viser at det på landsbasis er store variasjonar både i innhaldet i og kvaliteten på barselomsorga. Det står enno att mykje før målet om ei heilskapleg samanhengande svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg er oppnådd.

Barselomsorga er i endring, og ho blir organisert ulikt rundt om i landet. I dette tilsynet har vi kartlagt organisatoriske sider ved korleis helseføretaka og kommunane styrer barselomsorga. Vi har fått innblikk i planar, faglege rutinar og overvaking av barselomsorga ved verksemdene, og korleis tenestene blir planlagde og kontrollerte.

Resultatet av tilsynet gir god oversikt over barselomsorgstilbodet i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Utvalet av informantar og gjennomgangen av pasientforløpet til 100 barselkvinner og dei nyfødde barna deira dannar eit representativt utval og gir grunnlag for nokre generelle konklusjonar.

Pasientforløpa avdekkjer at det er eit betydeleg gap i barselomsorga frå tidspunktet da barselkvinna og barnet blir skrivne ut frå fødeinstitusjonen og fram til helsestasjonen er sett i beredskap for å kunne gi ei tilpassa oppfølging av familien og det nyfødde barnet. Brot i tenestetilbodet så kort tid etter ein fødsel trugar pasienttryggleiken. Statens helsetilsyn ser eit behov for at oppgave- og ansvarsfordelinga i barselomsorga mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta blir avklart. Det er ikkje definert kva det inneber å vere

ferdigbehandla pasient ved føde- eller barselinstitusjonar.

Svært mange pasientforløp er ikkje godt nok dokumenterte i pasientjournalen til barselkvinna. Supplerande opplysningar, som i dette tilsynet blei henta inn gjennom intervju med helsesystrer, tyder på at fødeinstitusjonane må sikre betre styring med at dei behova barselkvinnene har, blir fanga opp, at dei får forsvarleg helsehjelp, og at dette er dokumentert i pasientjournalen. Dette gjeld generelle behov som dei fleste barselkvinner har, og spesielt dei kvinnene som er særleg sårbare og dei med særlege behov.

Utgangspunktet er at nødvendige opplysningar skal stå i pasientjournalen. Tilstrekkeleg journalføring er ein føresetnad for at alt personell som er involvert i pasientbehandlinga, har nødvendig informasjon slik at fødeinstitusjonane og helsestasjonen kan gi den nyfødde og barselkvinna forsvarleg behandling. Forsvarleg praksis inneber tilstrekkeleg journalføring.

Fødeinstitusjonane og kommunane bør inngå forpliktande samarbeidsordningar om helsetenester til nyfødde barn og barselkvinner. Ordningane må sikre nødvendig helseteneste til den nyfødde og barselkvinna slik at helsestasjonsverksemda får reelle høve til å sikre kontinuitet og individuelt tilpassa oppfølging.

Barselomsorga bør betrast gjennom:

- klare faglege krav frå styresmaktene til barselomsorga
- tydeleg fordeling av dei oppgåvene og det ansvaret helsetenesta har i barselomsorga
- forpliktande samhandling mellom tenestenivåa
- individtilpassa barselomsorg ved fødeinstitusjonen
- individtilpassa barselomsorg ved helsestasjonen

Dette tilsynet viser betydeleg risiko for svikt i barselomsorga i dag. Fødeinstitusjonane og helsestasjonane må vurdere om risikoen for svikt i verksemda deira er akseptabel og i fellesskap sørgje for ei samanhengande barselomsorg.

Risikofaktorar fødeinstitusjonane må vurdere:

- kort liggjetid som kan innebere risiko for at det behovet barselkvinna har for hjelp, ikkje blir fanga opp
- utskriving før amminga er kommen godt i gang
- organisering av barseltilbod der barselkvinna i hovudsak sjølv må ta initiativ til hjelp dei aller første dagane etter fødsel
- meirbelastninga det kan vere for familien at mor og barn må komme til poliklinisk oppfølging ved fødeinstitusjonen dei første dagane etter utskriving

Risikofaktorar helsetenestene i kommunane må vurdere:

- sikre at alle får reelt tilbod om heimebesøk innan to veker etter fødsel, og at heimebesøka blir korrekt rapporterte til offentleg statistikk (KOSTRA)
- opprette eit forsvarleg journalsystem som sikrar at helsetenestene til barselkvinner ved helsestasjonen blir dokumenterte
- følgje med på at samarbeidet mellom helsestasjonar og fastlegar fungerer slik at barselkvinnene får eit tilbod om forsvarleg kommunal helsehjelp

Konklusjon

For alle barselkvinner og familiar er det viktig med ein trygg overgang frå sjukehuset til heimen. Barseltida må organiserast på ein måte som gjer at kvinner med helseproblem etter fødsel blir fanga opp og får tilbod om individuell oppfølging.

Resultatet av dette tilsynet kan vere med på å systematisere og utvikle kvaliteten på barselomsorga ved fødeinstitusjonane (spesialisthelsetenesta) og ved helsestasjonane (kommunehelsetenesta) og styrkje samhandlinga mellom dei.

7 Referansar

1. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. IS-1179. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
2. St.meld. nr. 12 (2008-2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barseltid
3. Utviklingsstrategi for jordmor-tjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet. IS-1815. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
4. Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner. IS-1808. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
5. Eberhard-Gran M ... et al. Barselomsorg – søvn, hvile og tilfredshet. Tidsskrift for Den norske legeforening 2000; 120:1405-9. http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=32621 (2.2.2011).
6. Da lykkeliten kom til verden ... – Om belastninger i tidlige livsfaser. Oslo: Den norske legeförening, 2010. <http://www.legeföreningen.no/id/162378.0> (2.2.2011).
7. Green JM, Renfrew MJ, Curtis PA. Continuity for carer: what matters to women? A review of the evidence. Midwifery 2000; 16(3):186-96.
8. Anbefalinger for svangreomsorgen 2009. København: Sundhedsstyrelsen, 2009. <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Graviditet/Anbefalinger%20om%20svangreomsorg.aspx> (2.2.2010).
9. Routine postnatal care for women and their babies. NICE clinical guideline 37. London: NHS, 2006
10. Statistisk sentralbyrå. KØmmune-Stat-Rapportering er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet. <http://www.ssb.no/kostra> (2.2.2011).
11. Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helse-tjenesten. IS-1183. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
12. Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. IS-1154. Oslo: Sosial- og helse-direktoratet, 2004
13. Vaksinasjonsboka. Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell 2006, Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. 2006. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,5077:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=5603:63152::1:5793:1:::0:0
14. Glavin K. Women with postpartum depression. Doctoral thesis. Oslo: Universitetet i Oslo, 2010.

8 Vedlegg

1. Brev av 8. juni 2010 til kommunane i landet
2. Brev av 8. juni 2010 til helseføretak med fødeavdeling etter liste
3. Liste over helseføretak som fekk melding om tilsyn 8. juni 2010
4. Liste over utvalde kommunar/bydelar
5. Liste over fødeavdelingar som det blei innhenta pasientopplysningar frå

Vedlegg 1

Brev av 8. juni 2010 til kommunane i landet

**HELSETILSYNET**

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Landets kommuner v/rådmannen

DERES REF. / YOUR REF:

VÅR REF. / OUR REF.
2010/471 | JKTDATO: / DATE:
8 . juni 2010**Orientering om tilsyn med barselomsorgen i 2010**

Statens helsetilsyn har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre tilsyn med barselomsorgen i 2010. Tilsynet skal være "rettet mot landets barselavdelinger knyttet til liggetid og samhandlingsavtaler med helsesøstertjenesten".

I St.meld. nr.12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* blir det pekt på at man de senere årene har sett reduksjon av varigheten av barseltiden i sykehus mot 2-3 dager for kvinner som har født ukomplisert. I følge *Nasjonalt råd for fødselsomsorg* er barselomsorgen det området av den samlede svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen som mange brukere er misfornøyd med. Det er derfor behov for systematisk innhenting av informasjon fra fagpersonell for å få kunnskap om hvilke områder av barselomsorgen som bør forbedres og hvordan.

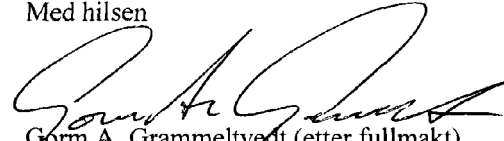
Statens helsetilsyn vil gjennomføre dette tilsynet ved telefonintervju og gjennomgang av dokumentasjon fra virksomheter som yter helsehjelp til barselkvinner og nyfødte. Tilsynet vil omfatte helsestasjoner i et tilfeldig utvalg av landets kommuner og alle barselenheter innen spesialisthelsetjenesten.

Første trinn gjennomføres innen august 2010 og er en kartlegging av noen forhold ved alle landets barselenheter innen spesialisthelsetjenesten.

Andre trinn starter i begynnelsen av september 2010 med telefonintervju og innhenting av pasientjournaler/helsekort og annen relevant dokumentasjon. Vi vil intervju helse søster ved de utvalgte helsestasjonene og ledelsen ved barselenhetene. Formålet er å innhente opplysninger om forløpet fra barselseng i spesialisthelsetjenesten til 2-3 uker etter fødselen. Hvilke konkrete pasientforløp dette gjelder, og tidspunkt for intervju, vil vi gjøre nærmere avtale om på forhånd. Intervjuet vil vare 15-20 minutter.

Statens helsetilsyn vil presentere resultatet av dette tilsynet i en felles rapport som vil bli sendt til kommuner som har vært direkte involvert i tilsynet. For øvrig blir rapporten publisert på Statens helsetilsyns nettside: www.helsetilsynet.no

Med hilsen


Gorm A. Grammeltvedt (etter fullmakt)
avdelingsdirektør


Kristina Totlandsdal
seniorrådgiver

Kopi til:
Helsetilsynet i fylkene

Saksbehandlere: Kristina Totlandsdal, tlf. 21 52 99 21
Björg Botne

Vedlegg 2

Brev av 8. juni 2010 til helseforetak med fødeavdeling etter liste


HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Helseforetak etter liste

DERES REF. / YOUR REF:

 VÅR REF. / OUR REF:
2010/471 I JKT

 DATO: / DATE
8. juni 2010

Melding om tilsyn med barselomsorgen i spesialisthelsetjenesten 2010

Statens helsetilsyn har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre tilsyn med barselomsorgen i 2010. Tilsynet skal være "rettet mot landets barselavdelinger knyttet til liggetid og samhandlingsavtaler med helsesøstertjenesten".

I St.meld. nr.12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* blir det pekt på at man de senere årene har sett reduksjon av varigheten av barseltiden i sykehus mot 2-3 dager for kvinner som har født ukomplisert. I følge *Nasjonalt råd for fødselsomsorg* er barselomsorgen det området av den samlede svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen som mange brukere er misfornøyd med. Det er derfor behov for systematisk innhenting av informasjon fra fagpersonell for å få kunnskap om hvilke områder av barselomsorgen som bør forbedres og hvordan.

Statens helsetilsyn vil gjennomføre dette tilsynet ved telefonintervju og gjennomgang av dokumentasjon fra virksomheter som yter helsehjelp til barselkvinner og nyfødte. Gjennomføringen skal foregå i flere trinn og vil også omfatte helsestasjoner i et tilfeldig utvalg av landets kommuner.

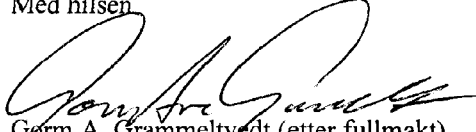
Første trinn er kartlegging av noen forhold ved alle landets barselenheter innen spesialisthelsetjenesten. Vi ber derfor helseforetaket sende følgende dokumentasjon til Statens helsetilsyn **innen 1. juli 2010**:

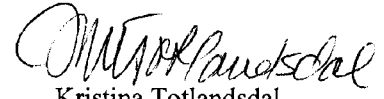
- Oversikt med navn på barselenheter i helseforetaket og hvor mange liggedøgn hver av enhetene legger opp til for kvinner som har født ukomplisert
- Hvilke samarbeidsavtaler/-ordninger som er etablert mellom helseforetaket/barselenheter og kommuner/helsestasjoner for oppfølging av barselkvinner og deres nyfødte
- Kopi av formular som barselenheten bruker for å sende informasjon om fødsel og barseltid til helsestasjonen

Andre trinn starter i begynnelsen av september 2010 med telefonintervju og innhenting av pasientjournaler og annen relevant dokumentasjon. Vi vil intervju ledelsen ved et utvalg barselenheter og helsesøstre ved kommunale helsestasjoner. Formålet er å innhente opplysninger om pasientforløp fra barselseng til 2-3 uker etter fødselen. Hvilke konkrete pasientforløp dette gjelder, og tidspunkt for intervju, vil vi gjøre nærmere avtale om på forhånd. Intervjuet vil vare 15-20 minutter.

Statens helsetilsyn vil presentere resultatet av dette tilsynet i en felles rapport som vil bli sendt til helseforetakene. Rapporten blir også publisert på Statens helsetilsyns nettside: www.helsetilsynet.no

Med hilsen


Gørn A. Grammeltvedt (etter fullmakt)
avdelingsdirektør


Kristina Totlandsdal
seniorrådgiver

Kopi til:
Helsetilsynet i fylkene
De regionale helseforetakene

Saksbehandlere: Kristina Totlandsdal, tlf. 21 52 99 21
Björg Botne

Vedlegg 3**Liste over helseføretak som fekk melding om tilsyn
8. juni 2010***Helse Vest RHF*

Helse Stavanger HF

Helse Fonna HF

Helse Bergen HF

Helse Førde HF

Helse Midt-Noreg RHF

Helse Sunnmøre HF

Helse Nordmøre og Romsdal HF

St. Olavs Hospital HF

Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord RHF

Helse Finnmark HF

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Nordlandssykehuset HF

Helgelandssykehuset HF

Helse Sør-Aust RHF

Akershus universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus HF

Sykehuset i Vestfold HF

Sykehuset Innlandet HF

Sykehuset Telemark HF

Sykehuset Østfold HF

Sørlandet sykehus HF

Vestre Viken HF

Vedlegg 4

Liste over utvalde kommunar/bydelar

	<i>Kommune/bydel</i>	<i>Fylke</i>
<i>Helse Nord</i>		
1	Hammerfest	Finnmark
2	Kautokeino	
3	Bardu	Troms
4	Hamarøy	Nordland
<i>Helse Midt-Noreg</i>		
5	Ålesund	Møre og Romsdal
6	Kristiansund	
7	Smøla	
8	Åfjord	Sør-Trøndelag
9	Hitra	
10	Meråker	Nord-Trøndelag
11	Snåsa	
12	Fosnes	
<i>Helse Vest</i>		
13	Haugesund	Rogaland
14	Sokndal	
15	Bjerkreim	
16	Klepp	
17	Sola	
18	Bergen	Hordaland
19	Sveio	
20	Stord	
21	Flora	Sogn og Fjordane
22	Høyanger	
23	Sogndal	
24	Luster	

	<i>Kommune/bydel</i>	<i>Fylke</i>
<i>Helse Sør-Aust</i>		
25	Hvaler	Østfold
26	Aremark	
27	Skiptvedt	
28	Vestby	Akershus
29	Aurskog-Høland	
30	Etnedal	Oppland
31	Drammen	Buskerud
32	Nes	
33	Øvre Eiker	
34	Re	Vestfold
35	Sandefjord	
36	Notodden	Telemark
37	Fyresdal	
38	Grimstad	Aust-Agder
39	Tvedestrand	
40	Lillesand	
41	Kristiansand	Vest-Agder
42	Vennesla	
43	Sirdal	
44	Hamar	Hedmark
45	Bydel Vestre Aker	Oslo
46	Bydel St. Hanshaugen	
47	Bydel Sagene	
48	Bydel Grünerløkka	
49	Bydel Bjerke	
50	Bydel Østensjø	

Vedlegg 5

Liste over fødeavdelingar som det blei innhenta pasientopplysningar frå

<i>Helseforetak</i>	<i>Barselavdeling</i>
<i>Helse Nord</i>	
Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest	Klinikk Hammerfest
Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), Kvinneklirikken	Tromsø
	Narvik
Nordlandssykehuset HF, Kvinne/barn-klinikken	Bodø
<i>Helse Midt-Noreg</i>	
Helse Sunnmøre HF, Kvinneklirikken Ålesund sjukehus	Ålesund
Helse Nordmøre og Romsdal HF, Avd. for fødselshjelp og kvinnesykdommer	Kristiansund
St. Olavs Hospital HF, Kvinneklirikken	Trondheim
Helse Nord-Trøndelag HF, Barn- og familieklinikken	Namsos
	Levanger
<i>Helse Vest</i>	
Stavanger Universitetssjukehus, Helse Stavanger HF, Kvinneklirikken	Stavanger
Helse Fonna HF, Kvinne/barn klinikk	Haugesund
	Stord
Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssjukehus, Kvinneklirikken	Bergen
Helse Førde HF, Kvinneklirikken	Førde
	Fødestova Lærdal
<i>Helse Sør-Aust</i>	
Akershus universitetssykehus HF	Lørenskog
Oslo universitetssykehus HF	Ullevål
	Rikshospitalet
	Føderiket
Sykehuset Vestfold HF, Klinikk Kirurgi Føde-Barsel 4C	Tønsberg
Sykehuset Innlandet HF	Lillehammer
	Gjøvik

Sykehuset Østfold HF, Kvinneklinikken	Fredrikstad
Sørlandet sykehus HF, Kvinneklinikken	Kristiansand
	Arendal
	Lister (Flekkefjord)
Vestre Viken HF	Sykehuset Buskerud, Drammen
	Kongsberg
	Sykehuset Asker og Bærum, Bærum
	Ringerike sykehus, Hønefoss

Movt devdet riegádahttinásahusat ja dearvvašvuodaguovddážit easkkariiegádahttanissoniid ja easkašaddan mánáid dárbbuid?

Dearvvašvuodageahču Raportta 3/2011 čeahkkáigeassu

Dán raporttas bohtet ovdan Stáhta dearvvašvuodageahču bohtosat riegádahttinfuolahusa bearráigeahčus 2010:s. Rapporttas čielggaduvvo movt dearvvašvuodadoaimmahagat ja suohkanat definerejit, lágídit ja čadahit riegádahttinfuolahusa.

Iskkadeamis guorahallojuvvojedje organisatuvrralaš bealit doaimmahagaid riegádahttinfuolahusa oppalaš stivrejumis, namalassii plánat ja vuogádagat buot riegádahttinásahusain ja dearvvašvuodaguovddážiin 50 suohkanis, maid searvvis ledje guhtta Oslo gávpotoasi. Diet ja dasa lassin čielgehusat 100 nissona ja sin easkkari-egádan mánáid journálain riegádahttima rájes ja 2-3 vahkku maŋnelii, leat dearvvašvuodageahču gávnnaheamiid ja árvvoštallamiid vuodđun.

Bearráigeahčču čájeha ahte riikkadásis leat riegádahttinfuolahusas stuora erohusat sihke sisdoalu ja kvalitehta hárrái. Divššohasdieđut čájehit ahte lea mearkkašahtti váilevuolta das movt dearvvašvuodaguovddážit leat ráhkkanan heivehuvvon vuogi mielde čuovvolit bearraša ja easkkari-egádan máná dan rájes go riegádahttinossodagas olggosčállojuvvo. Váilevuolta nie fargga maŋnel riegádahttima sáhtta leat várran divššohasaid sihkarvuhtii. Riegádahttinásahusat ja dearvvašvuodaguovddážit eai leat heivehan iežaset dearvvašvuodabálvalusaid dasa ahte nissonat nu jođánit čállojuvvojit olggos riegádahttinásahusas, ja easkkari-egádahttanissoniid oktagaslaš dárbbut eai fuomášuvvo, eai

ge fuolahuvvo, eai ge leat ásahuvvon geatnegahtti ovttasdoaimbansoahpamušat dearvvašvuodabálvalusaid iešgudet dásiid gaska.

Stáhta dearvvašvuodageahčču oavvilda ahte riegádahttinásahusat ja dearvvašvuodaguovddážit fertejit árvvoštallat lea go bálvalusaid váilevuoda riska dohkálaš dásis, ja fertejit ovttasrádiid fuolahit oktilaš riegádahttinfuolahusa.

Riegádahttinfuolahus berre buoriduvvot dan bokte ahte:

- eiseválddit ásahit čielga fágalaš gáibádusaid riegádahttinfuolahussii
- iešgudet dearvvašvuodadoaimmahagaid barggut ja ovddasvástádusat čielgasit bohtet ovdan
- bálvalusdásiid gaska leat geatnegahtti ovttasdoaimbmanvuogádagat
- riegádahttinásahusain ásahuvvo juohke divššohassii heivehuvvon riegádahttinfuolahus
- dearvvašvuodaguovddážiin ásahuvvo juohke divššohassii heivehuvvon riegádahttinfuolahus

Riegádahttinossodagat (spesialistadearvvašvuodabálvalus) ja dearvvašvuodaguovddážit (suohkaniid dearvvašvuodadoaimmahagat) berrejit geavahit bearráigeahču bohtosiid systematiseret ja buoridit kvalitehta riegádahttinfuolahusas ja nannet ovttasdoaimma gaskaneaset.

How do maternity units and health centres meet the needs of mothers and babies in the post-natal period?

Summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 3/2011

This report presents the results of supervision carried out in 2010 by the Norwegian Board of Health Supervision with care of mothers and babies in the post-natal period. The report gives an overview of how the health trusts and the municipalities define, organize and carry out this care.

As part of supervision, we examined the organizational aspects of the management of this service: plans and routines in all the maternity units and health centres in 50 municipalities, including six urban districts in Oslo. We also based our findings and assessments on descriptions in the patient records of the continuum of patient care from the time of the birth to 2-3 weeks afterwards for 100 mothers and their babies.

Supervision showed that there is great variation in the content and the quality of care for women and babies in the post-natal period. There is a significant gap in the continuum of patient care from discharge from the maternity unit until the health centre provides follow-up for the family and the baby. A gap in the service so short time after a birth represents a threat to patient safety. Maternity units and health centres have not adapted the services they offer in the post-natal period to the short time women are in the maternity unit after giving birth. The needs of individual women are not identified and met, and no binding agreements have been made between the different health services.

In the opinion of the Norwegian Board of Health Supervision, maternity units and health centres must assess whether the risk for deficiencies in the service is acceptable. Together they must ensure a continuum of care during the post-natal period.

Care during the post-natal period must be improved by ensuring:

- Clear clinical requirements provided by the authorities for care during the post-natal period
- Clear division of tasks and responsibility between the different health services for care during the post-natal period
- Binding cooperation between the different health services
- Individually adapted care provided in the maternity units
- Individually adapted care provided in the health centres.

The results of supervision should be used to systematize care for mothers and babies in the post-natal period, to improve the quality of the care provided in maternity units (specialized health service) and health centres (municipal health service), and to improve cooperation between the two services.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgjevingar 2010

1/2010 Tannhelsetjenesten – med særlig blikk på offentlige tannhelsetjenester til prioriterte grupper

2/2010 Det vil helst gå bra... Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2009 med kommunale sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger

3/2010 Distriktpsikiatriske tenester – likeverdige tilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetenester ved distriktpsikiatriske senter

4/2010 Risikobildet av norsk kreftbehandling

5/2010 Meldesentralen – årsrapport 2008–2009

6/2010 Geir Godager og Sverre Grepperud: Har leger realistiske oppfatninger om tilsynsmyndighetenes bruk av reaksjoner?

7/2010 Sårbare pasientar – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008–2010

Alle utgjevingar i serien finst i fulltekst på Helsetilsynets nettstad www.helsetilsynet.no. Enkelte utgjevingar finst i tillegg i trykt utgåve som kan tingast frå Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no

Utgjevingar 2011

1/2011 Meldesentralen – meldinger om uønskede hendelser rapportert fra psykisk helsevern

2/2011 Nytt syn på gammel aktivitet. Tilsyn 2010 med verksemder som er godkjende for å handtere hornhinner m.m. til bruk på menneske i Noreg: Gjennomføring og erfaringar

3/2011 Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinnar og det nyfødde barnet i barseltida? Rapport frå tilsyn med barselomsorga

4/2011 Kommuner bryter loven ved henvendelser om økonomisk stønad. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2010 med sosiale tenester i Nav

5/2011 Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra landsomfattende tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre

Tilsynsmeldinga

Tilsynsmeldinga er ein årleg publikasjon frå Helsetilsynet. Den blir nytta til å orientere omverda om saker som er sentrale for barnevernet og sosial- og helsetenestene og for offentleg debatt om tenestene.

Tilsynsmeldingar frå og med 1997 finst i fulltekst på www.helsetilsynet.no. Dei nyaste kan og tingast i trykt utgåve.

I serien Rapport fra Helsetilsynet vert det formidla funn og erfaring frå klagebehandling og tilsyn med barnevern og sosial- og helsetenestene.

Serien vert utgjeven av Statens helsetilsyn. Alle utgjevingar i serien finst i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 3/2011

Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinnar og det nyfødde barnet i barseltida? Rapport frå tilsyn med barselomsorga

Denne rapporten viser resultatane av det tilsynet Statens helsetilsyn gjennomførte med barselomsorga i 2010. Rapporten gir ei oversikt over korleis helseføretaka og kommunane definerer, legg til rette og gjennomfører barselomsorga.

Dette tilsynet undersøkte organisatoriske sider ved korleis verksemdene generelt styrer barselomsorga, det vil seie planar og rutinar ved alle fødeinstitusjonar og ved helsestasjonar i 50 av kommunane i landet, medrekna seks bydelar i Oslo. Dette og skildringane av pasientforløpa frå fødsel til to–tre veker inn i barselperioden til 100 barselkvinner og dei nyfødde barna deira i pasientjournalane og helsekorta deira, er grunnlaget for funna og vurderingane i tilsynet.

Tilsynet viser at det på landsbasis er store variasjonar både når det gjeld innhald i og kvalitet på barselomsorga. Pasientforløpa avdekkjer eit betydeleg gap frå tidspunktet da barselkvinnar og barnet blir skrivne ut frå fødeinstitusjonen og fram til helsestasjonen er sett i beredskap for å kunne gi ei tilpassa oppfølging av familien og det nyfødde barnet. Brot i tenestetilbodet så kort tid etter ein fødsel trugar pasienttryggleiken. Fødeinstitusjonane og helsestasjonane har ikkje tilpassa helsetilboda sine i barseltida til den korte liggjetida på fødeinstitusjonane etter fødsel, og dei individuelle behova til barselkvinnar blir ikkje identifiserte og tekne hand om. Det er dessutan ikkje inngått forpliktande samhandlingsavtalar mellom helsetenesteneivåa.

Statens helsetilsyn meiner fødeinstitusjonane og helsestasjonane må vurdere om risikoen for svikt i tenestene er akseptabel, og i fellesskap sørge for ei samanhengande barselomsorg.

Barselomsorga bør betrast gjennom:

- klare faglege krav til barselomsorga frå styresmaktene
- tydeleg fordeling av oppgåver og ansvar som helsetenesta skal ha i barselomsorga
- forpliktande samhandling mellom tenesteneivåa
- individtilpassa barselomsorg ved fødeinstitusjonen
- individtilpassa barselomsorg ved helsestasjonen

Resultatet av tilsynet bør brukast til systematisere og betre kvaliteten på barselomsorga ved fødeinstitusjonane (spesialisthelsetenesta) og ved helsestasjonane (kommunehelsetenesta) og styrkje samhandlinga mellom dei.