

Masteroppgave

Jordmorfag

Oktober 2022

Frittstående fødestuer

En kartleggingsstudie av de seks frittstående fødestuene i Norge og organiseringen
av deres virksomhet

Kandidatnummer: 100

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 12356

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har krevd mye av meg, både fysisk og psykisk. Det ville aldri gått uten støtte fra mine aller nærmeste: Dan, Luna, Saga og Gustav. Dere har vært støttende og tålmodige med meg i mange, mange måneder nå. Jeg håper vi har en roligere tid foran oss. Dere er det fineste jeg har.

Jeg vil takke veileder, som har stilt opp, gitt gode og konkrete tilbakemeldinger, og vært tålmodig med meg gjennom utallige rare formuleringer og oppsett som ikke har gitt mening.

Takk til mamma og pappa, søster Ina og gode venner, som har vist interesse, lest utkast, og peppet meg til å legge i det siste giret og fullføre.

En ekstra takk til Ole som har tatt imot dumme spørsmål om EndNote til alle døgnets tider, men har svart like pedagogisk hver gang.

Nå håper jeg at jeg snart får bli jordmor!

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Sammendrag

Tittel: Frittstående fødestuer. En kartleggingsstudie av de seks frittstående fødestuene i Norge og organiseringen av deres virksomhet.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å kartlegge de seks frittstående fødestuene i Norge og deres virksomhet, herunder organisering, statistikk og faglige prosedyrer.

Problemstilling: «Hvordan organiseres fødestuenes virksomhet, og er virksomheten i tråd med veilederen Et trygt fødetilbud?»

Metode: Tverrsnittstudie/Kartleggingsstudie, med eget spørreskjema.

Resultat: 5 hovedfunn: Seleksjon, overflyttinger, følgetjeneste, svangerskapsomsorg og andre tjenester ved fødestuen og kompetanseheving.

Fødestuene jobber ganske likt med seleksjon av gravide. Et påfallende funn er at en av fødestuene kun tar imot flergangsfødende. Dette mangler støtte i veilederen Et trygt fødetilbud.

Det er få overflyttinger generelt fra fødestuene til høyere fødenivåer. Et interessant funn er fødestuenes arbeid med dokumentasjonen av overflyttingene, og at det er stor variasjon.

Det finnes ingen tegn til at fødestuene jobber systematisk med følgetjeneste, og det kan grunne seg i de ulike forutsetningene hver enkelt fødestue har. Det ser ut til at skjønn, værforhold og individuelle behov avgjør hvem som får følgetjeneste.

Tall fra studien viser at langt fler enn kvinnene som planlegger fødsel ved fødestuene benytter seg av svangerskapsomsorg og barselopphold ved fødestuene. De tilbyr også andre tjenester, som prevensjonsveiledning og innsetting av LARC.

Funn fra studien viser at trang økonomi på fødestuene begrenser muligheten til kurs og fagdager utenfor fødestuen. Flere har selv tatt initiativ til å lage egne samarbeid som holder kurs for hverandre.

Konklusjon: Funnene i studien viser at mange kvinner benytter seg av tjenester ved fødestuen som ikke bare omhandler fødsel. Få kvinner overflyttes og det kan se ut til at seleksjonskriteriene for fødestuer virker. Overflyttingene dokumenteres ikke tilstrekkelig, og det bør vurderes et felles system for dette.

De frittstående fødestuene jobber på flere punkter nært egenskapene skissert for friske kvinner uten risiko rammeverket QMNC.

Nøkkelord: Frittstående fødestuer, seleksjon, overflyttinger, kvinnehelse, Quality Maternal and Newborn Care

Summary

Title: Freestanding midwifery units. A mapping of the six freestanding midwifery units in Norway.

Aim: This study aims to map the remaining six freestanding midwifery units in Norway, their organizational structure, statistics, and professional procedures.

Thesis question: “How do the freestanding midwifery units organize their practice, and is this practice in line with the guide Et trygt fødetilbud?”

Methods: Cross-sectional study, using a questionnaire developed by the author

Results: 5 main findings: risk selection, referral during labor, labor escort services, prenatal care and other services at the freestanding midwifery unit, and skills development

The freestanding midwifery units work similarly with risk selection. A conspicuous find shows that one unit only accept multiparous women. This lacks support in the guide «Et trygt fødetilbud».

There are generally few referrals from the midwifery units to a higher level of maternity care. An interesting find is the means of documentation of the referrals, and how much they differ from each other.

There are no signs of a systematic approach to labor escort services, and the reason for this may be the different preconditions of each midwifery unit. It seems that professional assessment, weather conditions and individual needs determine who gets labor escort service.

Figures from the study show that far more women than those who plan to give birth at the midwifery units makes use of the maternity care and postnatal care provided at the units. They also offer other services, such as contraception guidance and insertion of LARC.

Findings from the study show that poor economy in the midwifery units limit the possibility of courses and seminars outside the maternity wards. Some units have taken the initiative to create their own collaborations where they hold workshops and skills training.

Conclusion: The findings in the study show that many women make use of the different services provided at the midwifery units. Few women are referred in labor, and it may appear that the risk selection for midwifery units are effective. The referrals are not adequately documented, and a joint system for this should be considered.

The freestanding midwifery units share a lot of the characteristics outlined for healthy women without risk in the QMNC framework.

Keywords: Freestanding midwifery units in Norway, risk selection, referrals during labor, women's health, Quality Maternal and Newborn Care

Inneholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING OG BAKGRUNN.....	1
1.1 Fødselsomsorgens organisering i Norge.....	1
1.2 Utviklingen av fødesteder i Norge.....	3
1.3 Seleksjon av gravide.....	4
1.4 Organisering og kompetansekrav på fødestuene.....	5
1.5 Overflyttinger.....	7
1.6 Følgetjeneste.....	8
1.7 Formålet med oppgaven.....	9
2.0 TEORETISK FORANKRING.....	10
2.1 Quality Maternal and Newborn Care.....	10
2.2 QMNC i praksis.....	12
2.3 QMNC i Norge.....	13
3.0 METODE.....	15
3.1 Forforståelse og refleksjon.....	15
3.2 Design.....	15
3.3 Utarbeiding av kartleggingsskjemaet.....	16
3.4 Utvalg.....	19
3.5 Rekruttering.....	19
3.6 Beskrivelse av datamaterialet.....	20
3.7 Analyse.....	21
3.8 Etske overveielser.....	22
4.0 RESULTATER.....	23
4.1 Fødsler, svangerskapsomsorg og barselopphold.....	23
4.2 Seleksjonskriterier.....	26
4.2.1 Seleksjonskriterier for fødestuer.....	26

4.3.2 Relative seleksjonskriterier	27
4.3 Overflyttinger.....	29
4.2 Drift og organisering av tjenestene ved fødestuene	32
4.2.1 Yrkesgrupper, tilstedeværelse og kompetanseheving ved fødestuene	32
4.2.2 Følgetjeneste	36
4.3.3 Andre prosedyrer.....	37
5.0 DISKUSJON	39
5.1 Oppsummering av de viktigste funnene.....	39
5.2 Seleksjon	39
5.3 Overflyttinger og dokumentasjon	40
5.4 Følgetjeneste	41
5.5 Svangerskapsomsorg og andre tjenester ved fødestuen	42
5.6 Kompetanseheving.....	43
5.7 Fødestuer i Norge og Quality Maternal and Newborn Care	44
5.8 Styrker og svakheter ved studien	45
6.0 KONKLUSJON.....	47
LITTERATURLISTE	49
Vedlegg I- Kartleggings skjema	54
Vedlegg II- Informasjonsbrev, vedlagt første mail til fødestuene	76
Vedlegg III- Første mail til fødestuene	78

Tabeller

Tabell 1: Oversikt over antallet kvinner som benyttet seg av fødsel, svangerskaps-og barselomsorgen ved fødestuene for årene 2019, 2020 og 2021.

Tabell 2: Oversikt over fordeling av førstegangs- og flergangsfødende år 2020 og 2021

Tabell 3: Organiseringen av svangerskapsomsorgen ved fødestuene

Tabell 4: Seleksjonskriterier for fødsel ved fødestue og hvordan fødestuene forholder seg til disse

Tabell 5: Oversikt over aldersgrense og grense for BMI ved fødestuene

Tabell 6: Hyppighet av revidering av seleksjonskriteriene ved fødestuene

Tabell 7: Totalt antall overflyttinger av kvinner under fødsel per år

Tabell 8: Overflyttinger av kvinner i fødsel per år samlet for alle fødestuene under årsak.

Tabell 9: Årsaker til overflyttinger til et høyere omsorgsnivå av kvinner etter fødsel samlet for alle fødestuene

Tabell 10: Overflyttinger av nyfødte til et høyere omsorgsnivå, delt opp i årsaker per år

Tabell 11 : Oversikt over hvor overflyttinger fra fødestuen dokumenteres

Tabell 12: Fast ansatte yrkesgrupper ved fødestuen, og tilstedeværelse gjennom døgnet

Tabell 13: Oversikt over videreutdanninger hos de ansatte på fødestuen

Tabell 14: Andre tjenester ved fødestuene utover fødselshjelp

Tabell 15: Oversikt over hvilke kvinner som har krav på følgetjeneste ved de ulike fødestuene

Tabell 16: Oversikt over rutinemessig CTG ved fødestuene

1.0 INNLEDNING OG BAKGRUNN

I dette kapitlet vil det presenteres bakgrunnsinformasjon om fødestuer og fødselsomsorgens organisering i Norge. Seleksjonskriterier, overflyttinger, kompetansekrav på fødestuene og følgetjeneste vil bli presentert for å vise tilgjengelig informasjon om dette i dag. Til slutt i kapitlet kommer formålet med oppgaven og problemstillingen.

1.1 Fødselsomsorgens organisering i Norge

St.meld. nr. 12 (2008-2009) «En gledelig begivenhet» ble publisert i 2009. Denne stortingsmeldingen hadde et mål om å endre på fødselsomsorgen, slik at graviditet, fødsel- og familiedannelse nå skulle bli tettere knyttet til hverandre med mer fokus på en sammenhengende omsorg. Regjeringen ønsket et mer helhetlig pasientforløp, og skisserte fem innsatsområder for å nå dette målet: en helhetlig svangerskapsomsorg, et trygt fødetilbud, et familievennlig barseltilbud, kvalitet i alle ledd og et bredt brukerperspektiv.

For å nå det ønskede målet om et mer helhetlig forløp, kommer meldingen også med et forslag til framtidig organisering og struktur på svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen. Det presiseres også at ressursene og aktuelt personell skal fordeles slik at det er til fordel for de gravide og familiene. Det er i denne stortingsmeldingen at de tre fødenivåene kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue presenteres. Stortingsmeldingen nevner også at det ønskes en kvalifisert følgetjeneste for gravide med lang reisevei.

Med utgangspunkt i stortingsmelding nr. 12, utgav Helsedirektoratet veilederen Et trygt fødetilbud, Kvalitetskrav til fødselsomsorgen (heretter benevnt som veilederen) (2010).

Veilederen skisserer hvordan de ulike fødenivåene bør driftes, hvilke ressurser som skal være tilgjengelig på de ulike nivåene, samt hvilke kriterier som skal være oppfylt for å føde ved de ulike nivåene. Den stiller også visse krav til kompetansen som skal finnes ved fødestedene, samt hvilke tiltak som skal sikre kvaliteten på arbeidet.

Kriteriene for hvem som får føde hvor kalles seleksjonskriterier. Disse forklares nærmere i kapittel 1.3.

Fødselsomsorgen i Norge er organisert i 3 nivåer: kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue (Helsedirektoratet, 2010). Kvinneklinikkene kan ta imot gravide med diabetes mellitus, preeklampsi og kvinner gravide med tvillinger. De skal også kunne ta seg av fødende kvinner fra de andre nivåene med mindre risiko. Kvinneklinikkene må ha kompetansen til å ta seg av nyfødte som trenger behandling på nyfødtintensiv. Det skal finnes jordmor, anestestilege, barnelege og gynekolog tilgjengelig, og keisersnitt skal kunne gjennomføres innen 15 minutter. Det skal jobbes med kompetanseheving ukentlig, og dette kan være fagutvikling, internundervisning eller kasuistikkgjennomgang. Det er vanlig med over 1500 fødsler per år på kvinneklinikkene (Blix, 2017).

Fødeavdelingene er mindre i størrelse og har et mer varierende antall fødsler per år (Helsedirektoratet, 2010). Her kan kvinner med liten til moderat risiko føde. Det er avdelingens oppbygging og kompetanse som avgjør hvem som er egnet til å føde der. Kvinner som egner seg for å føde ved en fødeavdeling kan være kvinner med moderat overvekt, kostregulert diabetes og kvinner som er omskåret. Det skal være mulig å gjennomføre hastekeisersnitt. Det forutsettes at avdelingen samarbeider med kvinneklinikkene ved tvil om seleksjon, men samarbeid vedrørende kompetanseheving er også anbefalt.

Fødestuene deles inn i to kategorier: frittstående fødestuer, og jordmorstyrte fødeenheter i tilknytning til obstetrisk enhet. I internasjonal litteratur kalles de frittstående fødestuene for «freestanding midwifery units», og fødestuene tilknyttet fødeavdeling eller kvinneklinikk kalles «alongside midwifery unit».

I Norge ønsker vi at fødselsomsorgen skal være differensiert og desentralisert. Det betyr at kvinner skal få kunne føde ved det nivået i fødselsomsorgen som passer dem best. Desentralisert betyr at det skal være tilgjengelige fødeplasser gjennom hele landet. Dette er ikke alltid gjennomførbart i praksis, da det finnes ulike fødesteder av ulik størrelse, på ulike steder i landet. Kvinner som i utgangspunktet kunne født på en fødestue eller hjemme, vil måtte føde på en fødeavdeling om det ikke finnes fødestue eller jordmor som driver med hjemmefødsler i området der hun bor. Kvinner som skal føde i større byer vil kunne måtte endre fødested om det ikke er plass på stedet de i utgangspunktet ønsket å føde. Målet med en differensiert fødselsomsorg er at

kvinner som skal føde skal få gjøre det på den plassen som best kan ivareta hennes og barnets behov. Vurderingen av hvor det er best å føde for den enkelte tas i samråd med jordmor og lege.

Veilederen er lagt opp slik at fødestuene kan ta avgjørelser basert på deres opptaksområde (kommunene som sogner til fødestuen) og kvinnene som bor der. Dette gjør at det er lite konkret informasjon om hvordan de jobber i praksis. Det er av allmennheten og fagfeltets interesse å lære mer om dette fødenivået.

1.2 Utviklingen av fødesteder i Norge

I begynnelsen av 1970-tallet fantes det 150 fødesteder i Norge (Nilsen et al., 2001). I dag er det 45 fødesteder igjen i hele Norge (Medisinsk fødselsregister, 2022b). Antallet fødesteder har gått drastisk ned over hele landet de siste 30 årene. Sentraliseringen av fødesteder påvirker kvinners mulighet til å velge fødested, samt reduserer muligheten til å få føde på det mest egnede stedet. Dette vil føre til at friske kvinner med normale svangerskap vil måtte føde på et høyere nivå enn nødvendig. Vi vet at dette kan føre til unødvendige medisinske intervensjoner (Miller et al., 2016).

I perioden 2008–10 foregikk 1,4 % av fødslene i Norge ved frittstående fødestuer (Øian et al., 2018). I 2016 var tallet 0,7% (Blix, 2017), og i 2021 føder ca 0,5% av kvinner i Norge på en frittstående fødestue (Medisinsk fødselsregister, 2022b). At dette tallet synker kan sees i sammenheng med at antall frittstående fødestuer også har gått ned. Da Øian et al. (2018) gjennomførte sin studie i 2008-2010 fantes det 14 frittstående fødestuer (en ble lagt ned mens studien pågikk, og tallet ble da 13). Da var fødestuene mer tilgjengelige for fler kvinner, ved flere steder i landet.

I dag finnes det seks frittstående fødestuer i Norge. Alta er den nordligste belligende fødestua, deretter kommer Sonjatun fødestue i Nordreisa kommune, etterfulgt av Fødestua i midt-Troms i Finnsnes. Deretter kommer Lofoten fødestue i Nordland, Brønnøysund fødestue i Brønnøysund og Tynset fødestue i Tynset kommune i innlandet. Tynset er den sørligste av de frittstående

fødestuene. På landsbasis er det også 4 lavrisikoenheter, eller jordmorstyrte enheter, tilknyttet en fødeavdeling eller kvinneklinikk. Disse ligger i Norges største byer.

Tall fra 1970 viser at det på den tiden fantes 60 fødestuer i Norge (Børdahl et al., 2006). Her må vi anta at både frittstående og de i tilknytning til sykehus er slått sammen, men det er allikevel tydelig at det har skjedd store endringer de siste 50 årene. Om vi regner alle fødestuene (både de frittstående og de i tilknytning til fødeavdeling) sammenlagt i dag er det ti totalt på landsbasis.

Tall fra 2021 viser at 27,9% av gravide i opptaksområdene til fødestuene føder på en frittstående fødestue (Medisinsk fødselsregister, 2022b; Statistisk sentralbyrå, 2022). Tallene er regnet ut ved å finne det totale antallet fødsler for kvinner bosatte i opptaksområdene, og det totale antallet kvinner som fødte ved de frittstående fødestuene i 2021.

1.3 Seleksjon av gravide

Før fødsel bør den gravide i samråd med jordmor eller lege finne ut av hva som er beste fødested for kvinnen. Veilederen anbefaler disse inklusjonskriteriene for å kunne føde ved en fødestue:

-Frisk første- eller flergangsfødende

-Et normalt svangerskap

-Kun ett foster, i hodeleie

-ingen kjente sykdommer hos mor eller barn som kan medføre komplikasjoner

-tidligere normale svangerskap og fødsler

-spontan fødselsstart mellom fullgåtte svangerskapsuker 36+0 og 41+3 dager

-Fødselen er definert som lavrisiko når riene begynner og er fortsatt normal fram til etter barnet er født

Jordmor kan også anbefale sykehusfødsel ut fra en helhetsvurdering uten nødvendigvis å vise til nevnte kriterier. Veilederen nevner også tilstander som kan behandles som vurderingssaker.

Dette kan være ting som tenåringsgravide, moderat overvekt og uspesifikke forhold som psykiske eller psykososiale problemstillinger. Disse kalles relative seleksjonskriterier

(Helsedirektoratet, 2010). Vurderingen av fødested i disse tilfellene tas i samarbeid med nærmeste fødeavdeling eller kvinneklinikk.

Seleksjonskriteriene skal revideres minst hvert tredje år eller før ved behov, og må godkjennes av ansvarlig jordmor ved fødestuen og faglig leder i helseforetaket. Det finnes ingen offentlig statistikk eller dokumentasjon om hvordan seleksjonskriteriene brukes på de ulike fødestuene. Det finnes heller ingen tydelige svar på hvordan fødestuene forholder seg til de relative seleksjonskriteriene som BMI og alder i veilederen eller i andre dokumenter eller litteratur.

En studie utført i England fant at det er trygt å føde ved en fødestue (birthcenter eller midwife-led unit, både freesanding og alongside) (Brocklehurst et al., 2011). Dette grunner seg i at det er gode seleksjonskriterier, og at friske kvinner kan unngå unødvendige medisinske intervensjoner, som er vanligere på sykehus. Holt et al. (2001) viser til positivt utfall ved fødestuene, og at det kan virke som at seleksjonskriteriene virker. Det samme gjør studien til Huitfeldt et al. (2015), som så på tall fra den frittstående fødestuen Føderiket.

Begge disse studien er dog eldre og vi trenger fremdeles mer og nyere informasjon om hvordan seleksjonskriteriene påvirker utfallet.

Øian et al. (2018) nevner i sin artikkel retningslinjene til NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2014) som anbefaler friske kvinner å føde i jordmorstyrte lavrisikoenheter, grunnet færre medisinske intervensjoner for mor, og gode resultater for barna som fødes der. NICE-retningslinjene er til veiledning for helsepersonell som jobber med kvinner i fødsel, men det bør påpekes at retningslinjen er utarbeidet i Storbritannia, og at ikke alt nødvendigvis kan overføres til norske forhold.

1.4 Organisering og kompetansekrav på fødestuene

På fødestuene er jordmødrene ofte ansvarlige for mer enn bare fødsel. Dette er oppgaver som svangerskapsoppfølging, barseltid, poliklinikk, føllingsprøver og i noen tilfeller prevensjon og celleprøver (Finnmarkssykehuset, U.å; Helgelandssykehuset; Nordlandssykehuset, U.å; Sykehuset Innlandet HF; Universitetssykehuset Nord-Norge, U.å-a, U.å-b). Både kvinner som har født på kvinneklinikk eller fødeavdeling og de som har født på fødestuen kan tilbringe

barseltiden på fødestuen. Via fødestuenes hjemmesider kan vi se informasjon om at de utfører flere oppgaver enn bare å bistå med fødselshjelp. Det varierer mellom fødestuene hva som finnes av tilgjengelig informasjon på fødestuenes nettsider, men det nevnes blant annet at det tilbys ultralyd utført av jordmor, seksukerskontroller og prevensjonsveiledning. Noen tilbyr celleprøver og andre polikliniske tjenester, men det er store sprik i hva som går å finne på nettsidene. En fullstendig oversikt over hvilke tjenester de yter, samt om fødestuene er like i sine tilbud finnes ikke.. Jordmødrene ved fødestuen har ofte ansvar for svangerskapsoppfølgingen for alle kvinnene i området de virker i. Jordmødre kan leies ut til kommuner i opptaksområdet, og kan ha delt tid mellom konsultasjoner på fødestua og i kommunen.

Øverste ansvar for fødestuen som enhet skal organiseres via fødeavdeling eller kvinneklinikk (Helsedirektoratet, 2010). Ledelse og ansvar må være avklart. Veilederen anbefaler regelmessig internundervisning på fødestuene, med minst en undervisning hver andre måned.

Ferdighetstrening i akutte situasjoner skal være minst 2 ganger per år. Fødestuene skal ha en plan for vedlikehold av kompetanse, og anbefaler videre/etterutdanning og hospitering. Hva veilederen sier mindre om, er krav til bemanning, og hvilke typer helsepersonell som bør finnes på fødestue bortsett fra jordmor. Et lavt antall fødsler kan gjøre at kompetansen rundt fødselsomsorg ikke opprettholdes, da det vil kunne være lenge mellom hver fødsel for den enkelte jordmor ansatt på fødestuen. Som nevnt over er ferdighetstrening og hospitering noen av virkemidlene for å vedlikeholde kompetansen rundt fødsler og fødselshjelp ved fødestuene. Det skisseres ingen fasit på hvilke yrkesgrupper som bør være tilgjengelige, eller om jordmødrene bør ha faste samarbeidspartnere. Fra veilederen presiseres det:

Det finnes jordmødre som jobber alene under fødselen og som tilkaller hjelp fra legevaktsentral eller sykehjem. På denne måten er det mulig ved behov raskt å innhente assistanse fra annet helsepersonell, men det er mulig at jordmødre kunne opprettholde sin kompetanse bedre ved å være to under fødselen. Uansett bør en jordmor på fødestue ha mulighet til tilkalling av rask hjelp fra en jordmor i bakvakt. (Helsedirektoratet, 2010).

Veilederen er noe vag hva gjelder bemanning på fødestuene. Det vises til at det bør samarbeides, men det er ingen tydelige krav til hvilke yrkesgrupper som bør finnes eller være raskt tilgjengelig ved fødestuene.

1.5 Overflyttinger

Avstanden til nærmeste kvinneklinikk eller fødeavdeling fra fødestuene varierer mellom 70 og 240 km (Blix, 2017). Transport kan ta vesentlig lenger tid enn antatt da det flere steder under disse transportstrekke er fjelloverganger og fergetransport underveis. De er også mer utsatt for tøffere værforhold, som kraftig vind og snøfall.

De gravide som ønsker å føde ved fødestue og som oppfyller kriteriene bør forberedes på at de vil bli overflyttet til sykehus dersom det før, under eller etter fødsel anses å være risiko for mor eller barn (Helsedirektoratet, 2010). I artikkelen til Øian et al. (2018) var det en noe høyere andel førstegangs fødende som hadde planlagt fødestuefødsel som ble overflyttet under fødselen (19,5 %). Da dette er en betydelig andel, anbefaler forfatterne at førstegangs fødende som ønsker fødestuefødsel bør informeres om dette, slik at de vil kunne være forberedt. Andelen er klart lavere enn i Birthplace in England-studien (2011), hvor 30-40% av førstegangs fødende ble overflyttet (Brocklehurst et al., 2011). Holt et al. (2001) fant at den vanligste årsaken til overflyttinger blant førstegangs fødende var ønske om mer smertelidring, mens det blant flergangs fødende var vannavgang uten rier og mistenkt infeksjon. Kun 6,5% av kvinnene som skulle føde ved fødestuen ble overflyttet. Disse tallene må dog sees på med noe skepsis da de ble innhentet mellom 1. januar 1997 og 31. desember 1998, og begynner å bli gamle. Schmidt et al. (2002) har lignende funn i sin studie fra 2001. De fant lave tall (4,5%) av kvinner som ble overflyttet i fødsel. Blant disse var hovedårsakene vannavgang uten rier og lang latens. Artikkelen presiserer at det bør ses på mulighetene til å beholde flere frittstående fødestuer, samt at lavrisikokvinner ikke nødvendigvis trenger å føde ved høyere nivåer. Huitfeldt et al. (2015) samlet inn tall fra den frittstående fødestuen Føderiket, med beliggenhet i Oslo. Her var overflyttingsprosenten noe høyere (17,6%), og årsakene var uoppdagede seteleier, føtal distress, fastsittende placenta og postpartumblødninger. Funnene viste at det ellers er trygt å føde ved fødestuen. Materialet i artikkelene er mer enn 20 år gamle, og man kan si at det er behov for mer oppdaterst og utfyllende kunnskap om overflyttinger i fødsler ved fødestuer i dag.

Etter fødsel fyller jordmor ut et elektronisk skjema med informasjon rundt fødselen som sendes til Medisinsk fødselsregister. Medisinsk fødselsregister er en statistikkbank med informasjon om

blant annet antall fødsler per år, antall barn født med keisersnitt, vakum, tang, og andre opplysninger fra selve fødselen (Medisinsk fødselsregister, 2022a). Medisinsk fødselsregister har også tall fra hver enkelt fødeenhet. Overflyttinger er ikke en del av det standardiserte skjemaet som fylles ut etter fødsel, og er dermed noe vi vet lite om, utenom de tallene som ble nevnt over (Holt et al., 2001; Huitfeldt et al., 2015; Schmidt et al., 2002; Øian et al., 2018).

Ifølge veilederen kan indikasjoner for overflytting fra fødestue til sykehus eller kvinneklinikk under fødsel være eksempelvis misfarget fostervann tidlig i fødselsforløpet, endret behov for fosterovervåking eller avvikende leie av foster. Etter fødselen kan det være grunnet rifter som bør sutureres eller tilses av lege eller fastsittende placenta. Overflytting av nyfødte anbefales ved for eksempel respiratoriske symptomer eller mistenkt sykdom hos den nyfødte.

Hvor mange barn som flyttes til en barneavdeling eller nyfødt intensiv etter fødsel er noe som rutinemessig dokumenteres på fødselsmeldingen som sendes til medisinsk fødselsregister. Det samme gjelder ikke for kvinner som overflyttes i fødsel. Overflyttinger av kvinner og barn i forbindelse med fødsel er av allmennheten og fagfeltets interesse, og burde finnes i offentlig statistikk. Få overflyttinger i fødsel bør kunne indikere at seleksjonskriteriene er gode nok.

1.6 Følgetjeneste

De fleste fødestuene har også ansvar for følgetjeneste for kvinnene som skal føde på fødeavdeling eller ved kvinneklinikk. Alle kvinner i Norge som har reisevei på mer enn 90 minutter, eller som er i aktiv fødsel skal ha krav på følgetjeneste (Helsedirektoratet, 2010).

En kartlegging utført av VG (Huuse, 2019) viser at 77 kommuner mangler følgetjeneste. Noen kommuner begrunner det i artikkelen med at det ikke oppleves like aktuelt for kommuner som har kortere reisevei til sykehus. Det ble i 2020 tatt opp på Stortinget om kriteriene for følgetjeneste skulle endres fra reisevei på mer enn 90 minutter, til reisevei på mer enn 60 minutter. Det ble vedtatt at dette *ikke* skulle endres, og grensen forblir i dag på 90 minutter (Stortinget, 2020).

Det er i etterkant av dette utført en kartleggingstudie med litteratursøk for å se på et forskningsbasert grunnlag for om grensen burde senkes til 60 minutter, men det var vanskelig å

finne gode nok kilder da følgetjeneste er et særnorsk fenomen (Ames et al., 2021). Resultatene ble publisert i en rapport som konkluderer med at det ikke finnes tilstrekkelig pålitelig forskning som svarer på problemstillingen om det er forskjell på utfall ved 60 minutters reisevei eller 90 minutter (Ames et al., 2021).

Ved overflyttinger til sykehus eller kvinneklinikk vil det ofte kunne være behov for at jordmor følger med i transporten. Studien til Øian et al. (2018) fant at overflyttingene fra fødestue til sykehus under fødsel oftest var udramatiske.

Følgetjeneste nevnes i veilederen , men det er få helt tydelige rutiner eller prosedyrer som beskrives. Det vil være interessant å se hvordan hver enkelt fødestue jobber med følgetjeneste, hvilke tilfeller som er typiske, og om de ulike fødestuene har lignende organisering av følgetjenesten.

1.7 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å kartlegge de seks frittstående fødestuene i Norge og deres virksomhet, herunder organisering, statistikk og faglige prosedyrer. Det vil blant annet kartlegges hvor mange kvinner som benytter seg av tilbudet, hvordan følgetjenesten organiseres og hvilke seleksjonskriterier de ulike fødestuene forholder seg til. Det vil også være interessant å se på om fødestuene jobber likt eller ulikt, og på hvilke punkter de eventuelt skiller seg på. Kartleggingen vil gi en systematisk kunnskap om et nivå av fødselsomsorgen vi i dag vet lite om. Dette vil være til nytte for fagfeltet fødselsomsorg og obstetikk, men også ny og nyttig informasjon for allmennheten, politikere og beslutningstagere.

Problemstillingen er formulert slik:

«Hvordan organiseres fødestuenes virksomhet, og er virksomheten i tråd med veilederen Et trygt fødetilbud?

2.0 TEORETISK FORANKRING

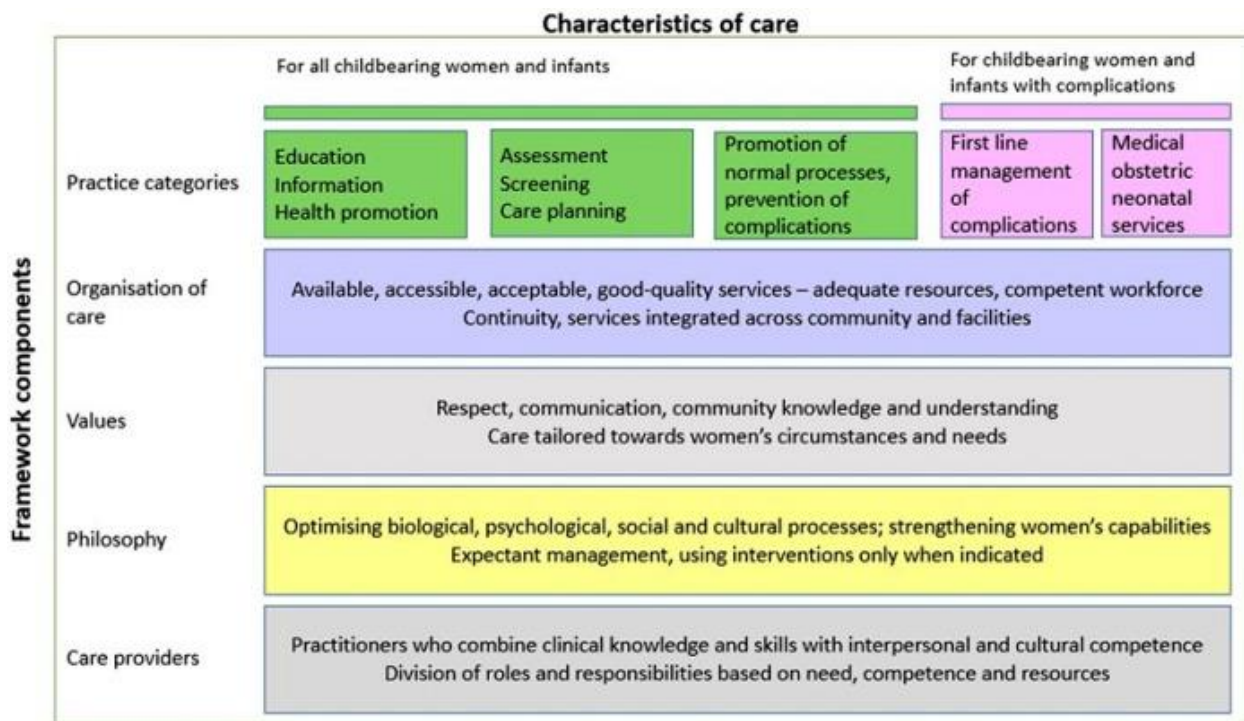
I oppgaven vil rammeverket Quality Maternal and Newborn Care (QMNC) brukes som teoretisk forankring. Valget faller på QMNC fordi rammeverket fremhever viktigheten av at kvinner blir møtt med rett kompetanse, på rett sted og får hjelp etter sine egne og deres nyfødte barns behov (Renfrew, Homer, et al., 2014). Rammeverket legger også stor vekt på å fremme den fysiologiske fødselen og forhindre unødvendige intervensjoner.

2.1 Quality Maternal and Newborn Care

Rammeverket Quality Maternal and Newborn Care ble presentert i tidsskriftet The Lancet's Midwifery series i 2014. Rammeverket beskrives av Renfrew, McFadden, et al. (2014), som en mal for svangerskap-, fødsel- og barselomsorg for kvinner over hele verden.

QMNC beskriver tydelige trekk ved omsorgen som kvinner, nyfødte og familier har behov for. Det beskriver et behov for omsorg gjennom graviditet, fødsel, barseltiden, og gjennom starten på det nye livet (Renfrew, Homer, et al., 2014). Rammeverket forklarer omsorg som noe mer enn hva som blir gjort, og presiserer *hvem* som utøver omsorgen, *hvordan* omsorgen utøves og *hvor* den utøves. Det er et viktig poeng at omsorgen som gis skal være av høy kvalitet, og rammeverket skal kunne benyttes som en mal i en hvilken som helst gitt kontekst.

Rammeverket ble til etter en nøye gjennomgang og litteratursøk om kvinners opplevelser og behov rundt emnet fødsel og familiedannelse. Jordmødre har en sentral rolle i rammeverket, og 72 praksiser/handlinger/øvelser («practices») innenfor jordmors virke ble identifisert i studiene. Disse praksisene hadde en positiv innvirkning på utfallet hos mor og barn.



Renfrew et al (2014)

Figur 2.1: Rammeverket *Quality Maternal and Newborn Care*, som illustrert i Renfrew, Homer, et al. (2014). Hentet fra google.

Figur 1 viser rammeverket konkret fremstilt i en oversiktlig tabell, hvor man på øverst og overordnet skisserer 5 «practice categories». De tre grønne feltene viser til tiltak som gjelder for alle gravide og fødende kvinner, hvor helsefremmende tiltak, forutsigbarhet og bevaring av den fysiologiske prosessen er viktige poenger. De to rosa boksene fokuserer på tiltak som gjelder for kvinner og barn som er mer utsatt for risiko eller komplikasjoner. Her vektlegges oppfølging av førstelinjetjenester som behandler komplikasjoner som kan oppstå, samt tjenester som skal ivareta deres behov innenfor feltene medisin, obstetrikk og nyfødtdmedisin. Det er viktig å poengtere at selv om de rosa boksene skisserer omsorgen og hjelpen kvinner og barn med risiko skal få, gjelder punktene i de grønne boksene fremdeles for *alle* kvinner og barn. Dette vil si at også kvinnene og barna med risiko for komplikasjoner skal motta omsorgen og pleien skissert i de grønne boksene, i tillegg til det som er beskrevet i de rosa boksene.

Nedover i rammeverket beskrives hvordan tjenestene skal se ut: de skal være tilgjengelige og av god kvalitet, med tilstrekkelige ressurser. Tjenestene skal vise kontinuitet, og finnes ved flere fasiliteter og i alle samfunn. Verdiene til rammeverket er respekt, kommunikasjon, og forståelse.

Filosofien som danner deler av grunnlaget for rammeverket er et ønske om å optimalisere de fysiologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle prosessene, og det vektlegges at det kun bør brukes intervensjoner i fødsel der dette er nødvendig. Helsehjelpen til kvinner i svangerskap-, fødsel og barseltiden, samt deres nyfødte barn, bør ytes av helsepersonell med gode kunnskaper innen både medisin, men også personlige egenskaper og kulturell kompetanse.

Rammeverket skal fungere som en mal, som er egnet for kvinner over hele verden, i alle samfunnslag.

2.2 QMNC i praksis

Det er forsket noe på hvordan QMNC fungerer i praksis. Symon et al. (2018) ønsket å utrede mulige forbedringer, da Storbritannia har dårligere utfall når det kom til kvinnehelse og fødselsomsorg enn andre sammenlignbare land. De foreslo rammeverket som struktur for å forbedre jordmorfaget og dens utøvelse globalt. Det ble sett på både ytere (jordmødre) og mottagere (gravide) av omsorg. De ønsket å kartlegge hva som funket og ikke i fødselsomsorgen i dag. Fire hovedtemaer ble identifisert, og det var både positive og negative funn ved omsorgen. Et eksempel på et positivt funn var en veletablert og trygg relasjon med jordmødrene. Et eksempel på et negativt funn var usikkerhet, og da særlig blant kvinner som ikke hadde engelsk som morsmål. Konklusjonen var at rammeverket var et godt verktøy for å analysere hvilke aspekter av svangerskap- og fødselsomsorgen som fungerte godt, og hvilke som kunne behøve endring.

Et lignende prosjekt ble utført i Australia i 2020 (Cummins et al., 2020). Rammeverket ble også her brukt for å studere kvaliteten på den eksisterende fødselsomsorgen. Med utgangspunkt i at 10% av kvinner i Australia har tilgang på jordmorstyrt fødestuer, ønsket de å studere effekten av å motta omsorg ved en jordmorstyrt fødestue, med rammeverket som struktur. Funnene fra den jordmorstyrte fødestuen ble sammenlignet med funn fra et større sykehus med fødeavdeling. Blant hovedfunnene for den jordmorstyrte enheten var blant annet trygge relasjoner mellom jordmor og gravid, kvinners opplevelse av valg og kontroll, fleksibilitet og kontinuitet. Den jordmorstyrte enheten jobber mer i tråd med QMNC, ifølge forskerne. Et negativt funn fra studien var hoppstykket omsorg, og opplevelser av å være lite forberedt på utfordringer

hendelser. Forskerne påpeker at det er helsepersonells ansvar å sørge for at gravide er forberedte på at ting kan skje under fødsel, som for eksempel medisinske intervensjoner under fødsel, eller lengre sykehusopphold etter fødsel.

Studien konkluderer med at kontinuitet i svangerskap- fødsel, og barselomsorg er en gullstandard i jordmorfag. Forskerne trekker inn de positive effektene av en trygg relasjon, fleksibilitet og opplevelse av valg og kontroll over egen situasjon, og hvordan dette kan speiles direkte mot QMNC.

2.3 QMNC i Norge

Finnes det spor av QMNC i fødselsomsorgen i Norge i dag? Man *kan* si at fødestuene dekker noe av rammeverket, men ikke alt, da de fokuserer på friske kvinner og barn (de som tilhører de grønne boksene). Kvinner og barn med risiko (de som tilhører de rosa boksene i rammeverket) føder ikke ved fødestuene, da seleksjonen gjør at de må føde ved et høyere nivå. QMNC handler om mer enn fødested, og fokuserer som nevnt over også på omsorgen som ytes, begrenning av unødvendige intervensjoner og tilstrekkelige ressurser.

Ifølge Stortingsmelding nr 12: En gledelig begivenhet (2008-2009) kapittel 6, bidrar fødestuene til å holde fødselsomsorgen differensiert. Dette innebærer at de bidrar til å holde fødselshjelpen tilgjengelig for kvinner som bor lengre unna sykehus. Fødestuene er et fødetilbud med den fysiologiske fødselen i fokus, hvor man forsøker å unngå unødvendige medisinske intervensjoner, og dette står i linje til QMNCs filosofi.

Fødestuene er det eneste nivået i fødselsomsorgen som er nær å bruke en kontinuitetsmodell for svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen, da de tilbyr alt dette på fødestuene. Kvinnene vil kanskje ikke møte den samme jordmoren ved alle tilfeller, men det vil være en mindre gruppe jordmødre ansatt på hver fødestue. Rammeverket QMNC vektlegger også kontinuitet i organiseringen av omsorg. Et av de fire hovedfunnene i studien til Vedeler et al. (2021) er kvinners opplevelse av kontinuitet, og hvor viktig dette er. Kvinnene var fornøyde når de

opplevde oppfølging under graviditet, fødsel og barseltid som en helhet, og ikke som separate faser.

Det finnes ingen forskning på QMNC testet spesifikt på norske forhold i dag, men det vil være nyttig å se på hvilke deler av rammeverket som fungerer ved de ulike fødenivåene i Norge. Dette vil kunne gi informasjon om hva som fungerer for friske kvinner uten risiko, og kvinner med risiko. Det vil også kunne gi en pekepinn på hva som burde endres ved fødselsomsorgen slik at den skal være optimal for alle fødende i Norge.

3.0 METODE

Denne studien er en tverrsnittstudie, med fokus på å kartlegge de frittstående fødestuene i Norge. Jeg vil først gjøre rede for min forforståelse før oppstarten av studien, før jeg presenterer studiens design, utarbeideingen av kartleggingsskjemaet, utvalg og rekruttering. Etter dette følger en beskrivelse av datamaterialet, før analyseprosessen presenteres. Til sist i kapittelet kommer etiske overveielser.

3.1 Forforståelse og refleksjon

«Vi kan prøve å møte et fenomen så forutsetningsløst som mulig, men vi kan ikke unngå at vi har tanker om det» (Dalland, 2020, s. 60).

Forfatteren av denne oppgaven er sykepleier, nå jordmorstudent, med tidligere erfaring fra eldreomsorgen i kommunen. Med bosted på Østlandet, og nærmere 30 mil til nærmeste fødestue, er fødsel eller annen oppfølging på fødestue noe jeg aldri har deltatt på, hverken som gravid/fødende, eller i praksis som jordmorstudent.

Malterud (2021, s. 46) skriver at man i forkant av et forskningsprosjekt bør avklare og notere hvilke tanker man har om fenomenet man skal forske på. Dette for å forhindre at man tolker resultatene med bakgrunn i hva man selv tror er riktig. Forfatterens tanker om frittstående fødestuer har i forkant av studien vært at de har tette bånd, at de jobber på samme måte, med samme utgangspunkt. At de er en del av et tett jordmornettverk, med mye fokus på kvinnehelse og fysiologisk fødsel, og at de lå i små koselige lokaler, langt unna sykehus.

Jeg hadde ingen forkunnskaper om de frittstående fødestuene utover at det er en del av fødetilbudet i Norge.

3.2 Design

Designet på oppgaven er tverrsnitt, hvor målet er å kartlegge de frittstående fødestuene i Norge. En tverrsnittstudie undersøker en populasjon på et bestemt tidspunkt, og er godt egnet til å

generalisere eller beskrive et fenomen (Benestad & Laake, 2015, s. 124; Halvorsen, 2012, s. 66). Fenomenet vil i denne studien være frittstående fødestuer.

Det ble samlet inn materiale via et kartleggingsskjema. Skjemaet inneholdt både avkryssingsspørsmål og fritekstsvar, for å best kunne favne flere aspekter, samt for å ikke gå glipp av viktige svar ved å ikke ha de rette svaralternativene på avkryssningsspørsmålene. Eberhard-Gran (2017, s. 10) skriver at det er lett å gjøre feil i konstrueringen av et spørreskjema, og at dårlige formulerte spørsmål vil kunne svekke kvaliteten på svarene.

3.3 Utarbeiding av kartleggingsskjemaet

Det kan være lett å tenke at spørreskjema er en rask og enkel måte å innhente data på, men Eberhard-Gran (2017, s. 10) presiserer at det krever mye arbeid for å lage et godt spørreskjema. Før arbeidet med kartleggingsskjemaet satte i gang, ble tilgjengelig litteratur gjennomgått for å finne ut av hva som finnes av tilgjengelig informasjon om frittstående fødestuer. Veilederen Et trygt fødetilbud (2010) var en sentral kilde til å innhente informasjon. Statistikk om fødsler ble hentet fra Medisinsk fødselsregister og Statistisk sentralbyrå (Medisinsk fødselsregister, 2022a; Statistisk sentralbyrå, 2022). Andre kilder var eldre forskningsartikler som Øian et al. (2018) Huitfeldt et al. (2015), Holt et al. (2001) og Schmidt et al. (2002), og fødestuenes nettsider (Finnmarkssykehuset, U.å; Helgelandssykehuset; Nordlandssykehuset, U.å; Sykehuset Innlandet HF; Universitetssykehuset Nord-Norge, U.å-a, U.å-b). Dette ble samlet i et dokument, og sendt ut til veileder og biveileder, samt en ressursperson til. Det ble gitt feedback på innholdet, og det ble delt ytterligere tips og forslag på bakgrunnsstoff og tilgjengelig statistikk. Sammen med veileder ble et overordnet system opprettet, for å sortere informasjonen. Det ble med utgangspunkt i dette systemet laget spørsmål, hvor rekkefølge og innhold ble diskutert med veileder.

Et utkast til kartleggingsskjema ble delt med veileder, biveileder og ressurspersonen, og dette ble diskutert på et møte via Zoom. På møtet ble ytterligere innspill diskutert, og endringer ble gjort. Til sist ble kartleggingsskjemaet gjennomgått med veileder og noen siste endringer ble gjort.

Kartleggingsskjemaet er delt inn i tre deler: utfall (tall), organisering og drift, og faglige prosedyrer. Eberhard-Gran (2017, s. 55) anbefaler en inndeling av spørsmålene etter emne, for at det skal oppleves mer sammenhengende og ryddig for respondenten.

Alle tre delene har en eller flere svar med avkryssing hvor man kan velge et eller flere alternativer. Disse etterfølges av en fritekstboks med «annet», slik at respondenten har mulighet til å fylle i om det er noe de vil tillegge. Hver del avsluttes også med en fritekstboks med mulighet for å legge inn kommentarer. Kartleggingsskjemaet er laget i ressursen nettskjema.no (Universitetet i Oslo, 2022). Skjemaet finnes i sin helhet som vedlegg I.

Del 1 består av 28 spørsmål, og dreier seg om det som tidligere er beskrevet som utfall. Spørsmålene er lagt opp slik at det etterspørres tall fra 2019, 2020 og 2021. Selv om tallene fra 2021 vil være de mest interessante nå, vil de eldre tallene kunne si noe om tallene er stabile eller endrer seg mye fra år til år. Eksempel på spørsmål fra del 1:

«Spørsmål 6: Hvor mange kvinner ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk under fødsel grunnet langsom fremgang?»

Under dette spørsmålet er det tre bokser, en for 2019, en for 2020 og en for 2021 hvor respondenten fyller i antallet for hvert av de tre årene. Andre spørsmål er avkryssingss spørsmål, hvor man noen steder kan krysse av for flere svar, og det andre steder kun er mulig å velge ett svar. Under hvert flervalgsspørsmål finnes det en rute hvor deltageren kan velge «annet», og skrive mer utfyllende ved behov.

Del 2 består av 10 spørsmål. Denne delen dreier seg om drift og organisering, og omhandler blant annet hvem som er ansatte på fødestuen, og hvem som har øverste ansvar over driften av fødestuen.

Eksempel på spørsmål fra del 2:

«Spørsmål 29: Hvem har øverste ansvar for driften av fødestuen?»

Under spørsmålet er det fem svaralternativer, og man kan kun velge ett av dem. Alternativene her er:

- Helseforetak
- Kommune
- Fødeavdeling
- Kvinneklinikk
- Annet

Del to består av både denne typen spørsmål, samt andre avkryssningsspørsmål hvor man kan velge flere alternativer.

Del 3 består av 7 spørsmål, men det reelle antallet er noe høyere. Dette er på grunn av spørsmålenes oppbygging (se eksempel under). Del 3 dreier seg om seleksjon og andre faglige prosedyrer på fødestuene.

Eksempel på spørsmål fra del 3:

«Spørsmål 40: Veilederen "Et trygt fødetilbud" nevner en rekke seleksjonskriterier de anbefaler for å kunne føde ved en fødestue. Vi ønsker informasjon om hvordan fødestuen håndterer disse seleksjonskriteriene.

Kriteriene presenteres fortløpende under, med svaralternativ JA, NEI eller ANNET. Velg JA om kriteriet som nevnes er et seleksjonskriterie på fødestuen. Om du velger "annet", vil det komme et felt under spørsmålet hvor dette kan presiseres.

-Frisk første- eller flergangsfødende

-Et normalt svangerskap

-Kun ett foster, i hodeleie

-Ingen kjente sykdommer hos mor eller barn som kan medføre komplikasjoner

-Tidligere normale svangerskap og fødsler

-Spontan fødselsstart mellom fullgatte svangerskapsuker 36+0 og 41+3 dager

-Fødselen er definert som lavrisiko når riene begynner og er fortsatt normal fram til etter barnet er født

Som presisert i selve spørsmålet, følger her bokser med avkryning for hvert kriterie, hvor respondenten krysser av for ja, nei eller annet. Ja, nei eller annet er svaralternativer under hvert av kriteriene som er nevnt i veilederen.

3.4 Utvalg

Utvalget i studien er de seks frittstående fødestuene i Norge. De ligger i Lofoten, Alta, Midt-Troms, Tynset, Brønnøysund og i Nordreisa. Alle fødestuene tilbyr fødselshjelp til friske kvinner med ønske om å føde på fødestue (Finnmarkssykehuset, U.å; Helgelandssykehuset; Nordlandssykehuset, U.å; Sykehuset Innlandet HF; Universitetssykehuset Nord-Norge, U.å-a, U.å-b).

Med totalt seks fødestuer, blir antallet respondenter også seks. Utvalget er derfor $n=6$.

3.5 Rekruttering

Deltagerene til denne studien har på forhånd vært gitt, da det forskes på frittstående fødestuer i Norge, som det i dag kun er seks av. Det er også verdt å nevne at det er en smal gruppe som kan besvare spørsmålene i kartleggingsskjemaet da mye er informasjon som kun finnes tilgjengelig for fødestuen. Det letteste i dette tilfellet er å gå direkte til kilden for å få svar. Kilden er i dette tilfellet fødestuens leder. Rekruttering fra andre kilder er ikke aktuelt.

Til tross for det lave antallet frittstående fødestuer i Norge, har det vært en noe tidkrevende prosess å få inn besvarelser. Dette kan grunnes i at det er hektisk på fødestuene, og at det har vært sommer og ferieavvikling i perioden kartleggingsskjemaet ble sendt ut.

I forkant av utsendingen av invitasjonen til å delta i studien, fikk fødestuene tilsendt et informasjonsskriv om studien per epost. Infoskrivet ble sendt ut 31. mai. Kontaktinformasjon til hver enkelt leder ved hver enkel fødestue var allerede innhentet av jordmor fra Tynset fødestue,

og ble delt med meg per e-post (personlig kommunikasjon, 27. april 2022). Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om masteroppgaven og studien, hensikten med oppgaven, og når de kunne forvente seg innkalling til å besvare kartleggingsskjemaet. Vedlegg II er informasjonsskrivet og vedlegg III er første mail.

I infoskrivet ble det også etterspurt muligheten til å få ta del av fødestuens årsrapport for siste år (2021). Bakgrunnen for å be om årsrapportene var å kunne eliminere en del spørsmål fra kartleggingsskjema, og på så vis gjøre den noe mindre tidkrevende å besvare. Med tilgang til alle årsrapportene kunne en del spørsmål som dreier seg om tall (antall fødsler, antall overflyttinger, antall barselkvinner, og så videre) blitt fjernet fra kartleggingsskjemaet.

I etterkant av denne mailen mottar jeg to årsrapporter, i øvrig ingen svar.

Den 10. juni sendes det ut en «purring» per epost, som igjen ber om mulighet til å få tilgang på årsrapportene for siste år. En fødestue svarer at den ikke er ferdigstilt og derfor ikke kan deles. De resterende 3 fødestuene svarer ikke. Dette medfører at kartleggingsskjemaet forblir som det er, da det ikke blir mulig å fjerne noen spørsmål uten tall fra samtlige fødestuer.

30. juni sendes det en e-post med link til kartleggingsskjema og invitasjon til å delta i studien. 4 av fødestuene svarer at de skal svare i løpet av sommeren. En fødestue svarer at de ikke kan prioritere dette grunnet høyt trykk i avdelingen, svarer per epost at det blir satt pris på om de har muligheten til å se på det når ting er roligere. Den siste fødestuen svarer ikke. Det ble mellom 18. august og 30. september sendt ut fire purringer per epost, med påminnelse om kartleggingsskjemaet, og med oppfordring til fødestuene til å delta i studien.

Første besvarelse ble levert 18. august, og den siste besvarelsen ble levert etter et spontant telefonintervju 30. september.

3.6 Beskrivelse av datamaterialet

Forskningsmaterialet i denne studien er data hentet inn fra kartleggingsskjemaet som ble utarbeidet i nettressursen nettskjema. Respondentene er ledere/jordmødre ved frittstående

fødestuer i Norge. Tallene og svarene i deres besvarelser kan vi anta at de har hentet fra egne prosedyrer, årsrapporter og lignende. Det er 6 respondenter i alt.

Materialet består av 2 ulike variabler; tall og fritekst. Tallene er antall fødsler, antall vannfødsler, antall overflyttinger og så videre, og er statistikk fra fødestuene.

Friteksten er hentet inn enten ved åpne spørsmål hvor det etterspørres noe spesifikt, som for eksempel om fødestuene har egne seleksjonskriterier, eller i form av «annet»-bokser, hvor respondenten har mulighet til å svare mer utfyllende om det er ønskelig. Fritekstsvarene beskriver særlig hvordan fødestuene jobber med seleksjon, og noen tanker rundt dette. De beskriver også mer utdypende rundt spørsmål om for eksempel følgetjeneste og barselopphold.

3.7 Analyse

Tjønndal og Fylling (2021, s. 17) sier at arenaen man velger for å innhente informasjon med et spørreskjema er irrelevant for analyseprosessen. Det vil si at om respondenten får tilgang til spørreskjema per e-post, vanlig post eller facebook ikke har noen betydning for analysen og bearbeidingen av dataene.

Bearbeidingen av materialet var primært opptelling av ulike svar og sammenfatting av fritekstsvarene. Materialet måtte systematiseres for å gi en bedre oversikt over funnene. Det er mulig å få resultater fra nettskjema presentert i et excel-dokument, men dette viste seg å være overflødig for analysen.

Materialet fra alle fødestuene ble samlet i ett worddokument, som siden ble fordelt på tre dokumenter; et for hver del av kartleggingskjemaet.

Besvarelsene har kommet inn til ulike tider, og med ulikt nivå av utfyllelse.

Det er benyttet telling og enkel utregning, og materialet er bearbeidet med en beskrivende analyse. Dette er mulig grunnet det lave antallet respondenter.

Med et så begrenset antall respondenter vil det ikke være nødvendig at svarene behandles med SPSS, noe som ellers kan brukes ved større mengder kvantitative data.

To av besvarelsen er fylt ut av forfatteren via telefonsamtale med leder ved fødestuen. Den ene fødestuen hadde på forhånd sendt over en mail med tall, og ble noe komplementert av en

oppklarende telefonsamtale rundt skjemaets del 2 og 3. En fødestue leverte en mer spontant besvarelse via telefon, da forfatteren av studien tok kontakt angående manglende svar per mail.

3.8 Etske overveielser

Materialet som ble samlet inn omhandler ikke enkeltpersoner, personlige opplevelser eller annet som kan føre til at anonymitet ikke ivaretas. Skjemaet rettet seg mot jordmødre eller ledere ved fødestuene, og handlet om deres praksis. Dette vil være av interesse for fagfeltet obstetrikk og fødselsomsorg, men også for allmennheten, politikere og beslutningstagere. Det er mulig å se hvilke fødestuer som har svart i noen av resultatene, men forfatteren av denne studien anser dette å være relevant for studien. Det var ikke behov for å søke NSD eller REK da dataene ikke vil omhandle personopplysninger.

4.0 RESULTATER

Studien inkluderer datamateriale fra seks frittstående fødestuer i Norge. Dataene er samlet inn over sommeren og høsten 2022, via et kartleggingsskjema utarbeidet i spørreskjemaverktøyet nettskjema.

Dette kapitlet inneholder resultater som omhandler fødsler, svangerskapsomsorg og barselomsorg ved fødestuene, seleksjonskriteriene og hvordan fødestuene forholder seg til disse, overflyttinger av kvinner og nyfødte, ansatte og ulike tjenester ved fødestuene og kompetanseheving og arbeidet med dette.

Svarene fra fødestuene presenteres i den rekkefølgen besvarelsen kom inn.

4.1 Fødsler, svangerskapsomsorg og barselopphold

I denne studien ønsket vi å undersøke hvor mange fødsler det har vært på fødestuene de siste tre årene, og hvor mange kvinner som benyttet seg av svangerskapsomsorg i tilknytning til fødestuene. Vi undersøkte også hvor mange kvinner som hadde barselopphold ved fødestuene som hadde født andre steder. Oversikten over dette kommer frem i tabell 1.

Tabell 1: Oversikt over antallet kvinner som benyttet seg av fødsel, svangerskaps- og barselomsorgen ved fødestuene for årene 2019, 2020 og 2021.

	Fødsler			Svangerskapskontroll			Barselopphold		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Midt-Troms	60	54	68	-*	-	140	65	-	54
Alta	68	75	75	241	260	268	23	19	32
Tynset	51	52	50	169	168	200	62	47	63
Sonjatun	27	24	27	85	87	84	8	12	10
Lofoten	57	57	85	-	-	-	-	-	-
Brønnøysund	-	22	26	-	-	-	-	-	-

*Ikke besvart

Tabellen viser antallet kvinner som har født ved fødestuen, antallet kvinner som fikk svangerskapsoppfølging ved fødestuen, og antall kvinner som ikke hadde født ved fødestuen men hadde barseloppholdet der. Resultatene for svangerskaps-, fødsel,- og barselomsorgen viser at flere kvinner enn de med fødeplass på fødestuen, benytter seg av tilbud om svangerskapsoppfølging og barselopphold.

Vi ønsket å se på fordelingen av førstegangs- og flergangsfødende ved fødestuene. Andelen flergangsfødende ved fødestuene er høyere enn antallet førstegangsfødende, dette vises i tabell 2.

Tabell 2: oversikt over fordeling av førstegangs- og flergangsfødende år 2020 og 2021

	2020		2021	
	Førstegangsfødende	Flergangsfødende	Førstegangsfødende	Flergangsfødende
Midt-Troms	16	38	15	51
Alta	16	59	9	66
Tynset	5	47	6	44
Sonjatun	3	21	6	21
Lofoten	.*	-	-	-
Brønnøysund	6	16	8	18

*Ikke besvart.

Tynset fødestue retter seg mot flergangsfødende, og anbefaler ikke førstegangsfødende å føde ved fødestuen. Alle 6 førstegangsfødende som fødte ved Tynset fødestue i 2021 var uplanlagte. I tabellen kommer det tydelig frem at det er betydelig flere flergangsfødende enn førstegangsfødende som føder ved en fødestue.

Det er det en liten diskrepans i antallet fødsler fra besvarelsene til fødestuene, og antallet i medisinsk fødselsregister for årene 2019 og 2020. Diskrepansen utgjør ingen større forskjell i totalen, og antall fødsler på fødestuer de siste tre årene ligger på ca 0,5% av det totale antallet fødsler i Norge.

Alle fødestuene mottar iblant kvinner som er selektert til et høyere nivå, men som ender opp med å føde ved fødestuen. Noen av kvinnene føder ved fødestuen grunnet rask fødsel og at de ikke rekker til fødeavdeling eller kvinneklinikk, mens andre føder der etter eget ønske. Dette er

kvinner som er blitt gjort kjent med at de anbefales å føde ved et høyere nivå, og skal ha fått tydelig informasjon om risiko. Denne prosessen skal dokumenteres godt av fødestuen.

I studien ville vi finne ut av hvordan svangerskapsomsorgen er organisert ved fødestuene. Dette kommer frem i tabell 3.

Tabell 3: Organiseringen av svangerskapsomsorgen ved fødestuene

	Alle gravide kommer til fødestuen	Jordmor fra fødestuen utfører kontroller ved helsestasjonen i kommunen	En blanding av at gravide kommer til fødestuen og at jordmor utfører kontroller i kommunen	Annet
Midt-Troms			X	
Alta		X		
Tynset			X	
Sonjatun			X	
Lofoten				X
Brønnøysund			X	

Tabellen viser at det ved fire av fødestuene er en blanding av svangerskapskontroller ved fødestuen, og at jordmødrene fra fødestuen reiser til helsestasjonene i kommunene. Ved fødestuen i Alta er det helseforetaket som selger tjenesten til kommunen, slik at jordmødrene ved fødestuen også har svangerskapsomsorgen. Ved Tynset fødestue mottar de fleste gravide svangerskapsomsorg i kommunen de bor i, men en kommune kjøper jordmortjeneste på fødestua. Ved Sonjatun fødestue reiser jordmor ut til samarbeidskommunene og utfører kontrollene der 1 gang per uke. I Lofoten er svangerskapsomsorgen organisert slik at de vanlige kontrollene foregår i kommunen, mens de gravide som trenger ekstra oppfølging av ulike grunner kommer til fødestuen for svangerskapskontroll. Gravide som trenger ekstra oppfølging kan komme til fødestuen for kontroller uavhengig av om de har planlagt å føde der eller ikke. Kommunene rundt fødestuen i Brønnøysund er for små til å kunne tilby jordmorstilling i stor nok brøk, og de kjøper jordmortjenester fra Helgelandssykehuset.

4.2 Seleksjonskriterier

I denne studien ønsket vi å utforske alle seleksjonskriteriene for de frittstående fødestuene, og hvordan disse fungerer i praksis. Det er resultater fra seleksjonskriteriene for fødestuer og de relative seleksjonskriteriene.

4.2.1 Seleksjonskriterier for fødestuer

I studien ønsket vi å finne svaret på om fødestuene følger seleksjonskriteriene angitt i veilederen og hva de eventuelt gjør annerledes. Dette kommer fram i tabell 4.

Tabell 4: Seleksjonskriterier for fødsel ved fødestue og hvordan fødestuene forholder seg til disse.

	Midt-Troms	Alta	Tynset	Sonjatun	Lofoten	Brønnøysund
Frisk første- eller flergangsfødende	Ja	Ja	Anbefaler førstegangsfødende å føde ved et høyere nivå	Ja	Ja	Ja
Et normalt svangerskap	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kun ett foster, i hodeleie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ingen kjente sykdommer hos mor eller barn	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Tidligere normale svangerskap og fødsler	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Spontan fødselsstart mellom fullgatte sv.skapsuker 36+0 og 41+3 dager	Ja	Ja	Uke 37+0 og 42+0	Ja	Uke 36+0 og 41+6	Ja
Fødselen er definert som lavrisiko når riene begynner og er fortsatt normal til etter at barnet er født	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Resultatene viser at fødestuen i Tynset er de eneste som ikke anbefaler førstegangsfødende å føde ved fødestuen. Det finnes noen små variasjoner i resultatene rundt hvor sent i svangerskapet kvinner kan føde ved fødestuene, dette variere fra uke 41+3 til uke 42+0.

4.3.2 Relative seleksjonskriterier

I studien ønsket vi å undersøke de relative seleksjonskriteriene BMI og alder, spesifikt om fødestuene hadde en øvre og nedre grense for BMI, og øvre og nedre grense for alder. Resultatene presenteres i tabellen 5.

Tabell 5: oversikt over aldersgrense og grense for BMI ved fødestuene.

	Midt-Troms	Alta	Tynset	Sonjatun	Lofoten	Brønnøysund
Øvre aldersgrense	35 år for P0*	35 år for P0	Ingen øvre grense	35 år P0 40 år P-fler**	35 år P0	35 år P0
Nedre aldersgrense	Ingen nedre grense	Ingen nedre	18 år	18 år	Ingen nedre grense	Ingen nedre grense
Øvre grense BMI	30	25-30	35	27-30	27-30	30
Nedre grense BMI	-.***	-	-	18	-	19

*Førstegangsfødende

**Flergangsfødende

***Ikke besvart

Tynset er eneste fødestue uten definert øvre aldersgrense. Fødestuen i Alta presiserer at det brukes skjønn og avgjøres individuelt i hvert tilfelle.

Alta tilbyr fødsel ved fødestuen til kvinner med BMI inntil 30, om de er friske ellers. De har prosedyrer som ønsker å begrense vektoppgang under svangerskapet hos denne gruppen, de får ikke ha en vektoppgang på mer enn 20 kg om de ønsker å føde ved fødestuen. Er vektoppgangen høyere enn dette, blir de selektert til et høyere nivå. De nevner spesifikt i besvarelsen at de syns kravet til BMI og vektoppgang er urimelig. Sonjatun og Lofoten har individuell vurdering av kvinner med BMI over 27, og inntil BMI på 30. Dette krever god og tydelig dokumentasjon av seleksjonen, samt oppmerksom oppfølging av vektoppgang.

Resultatene viser at jordmødrene ved fødestuen mener kravene til BMI er for strenge, samt at det ses på som ett krav som *må* følges istedenfor å se hele kvinnen og hennes bakgrunn som helhet. Eksempelvis nevnes det at flergangsfødende kvinner med normal fødsel tidligere, men med BMI på 31, må føde ved et høyere nivå, til tross for at det ikke forelå noen risiko ved forrige fødsel. Ved noen av fødestuene er ekstra kontroller for gravide en del av sikringen av rett fødenivå. I Lofoten skal endelig fødested bestemmes i uke 36, i Brønnøysund utføres det en ekstra svangerskapskontroll mellom uke 32 og 34 for å sikre at alle seleksjonskriteriene fremdeles er møtt for å kunne føde ved fødestuen.

Veilederen anbefaler at seleksjonskriteriene revideres minst hvert tredje år. Vi ønsket å studere hvor ofte fødestuene arbeider med revidering av seleksjonskriterier, og dette illustreres i tabell 6.

Tabell 6: Hyppighet av revidering av seleksjonskriteriene ved fødestuene

Midt-Troms	Årlig
Alta	Den revideres når det er behov og Helse Nord har fått innspill fra fagråd og fødeavdelinger om å vurdere endringer
Tynset	Ved behov, i samråd med medisinsk- faglig rådgiver. Prosedyren gås gjennom hvert annet år rutinemessig.
Sonjatun	Følger kriteriene fra helseforetaket. De justeres etter interne forhold ved behov hvis endringer i lokale forhold
Lofoten	Hvert tredje år, den revideres nå, høsten 2022.
Brønnøysund	Annenhvert år

Tabellen viser at prosedyrene ved fødestuene rundt revidering er ganske ulike. Det varierer mellom revidering ved behov, til rutinemessig hvert andre eller tredje år.

4.3 Overflyttinger

Det kan oppstå ting underveis eller etter fødsel som gjør at kvinnen eller den nyfødte må overflyttes til et høyere omsorgsnivå. I studien ønsket vi å kartlegge årsakene til disse overflyttinger. Dette vises under i tabell 7.

Tabell 7: Totalt antall overflyttinger av kvinner under fødsel per år

	2019	2020	2021
Midt-Troms	13	-*	11
Alta	12	15	28
Tynset	2	0	2
Sonjatun	6	8	4
Lofoten	-	-	16
Brønnøysund	-	-	6

*Ikke besvart

Noen av fødestuene har ikke besvart dette punktet, og tabellen viser systematisk de tallene vi fikk inn. Generelt sammenlignet med hvor mange kvinner som føder ved fødestuene, er tallene i tabellen lave.

Noen av fødestuene registrerer grunnen til at overflyttingen skjer mer systematisk, og andre har ikke systemer rundt dette. En fødestue kommenterer at de har lavterskel for overflytting grunnet tegn hos foster eller mor underveis i fødselsarbeidet. Dette fordi de ønsker best mulig utfall for mor og barn ved fødsel, samt at det er lang reisevei til sykehus. De må grunnet dette også være svært oppmerksomme og oppdaterte hva gjelder værvarsituasjonen i tilfelle det skulle bli behov for akutt transport.

I studien ønsket vi å se nærmere på hva årsakene til overflyttinger av kvinner i fødsel var.

Veilederen har anbefalte grunner til overflyttinger under fødsel, og fødestuenes instilling til dette illustreres i tabell 8.

Tabell 8: Overflyttinger av kvinner i fødsel per år samlet for alle fødestuene under årsak.

	Langsom fremgang	Vannavgang > 24 timer	Avvikende leie/presentasjon	Høytstående hode	Misfarget fostervann tidlig	Unormal blødning	Endret behov for fosterovervåking	Økt behov for smertelindring.	Behov for med. Avriering
2019	18	0	1	4	1	0	2	4	7
2020	12	0	0	0	3	0	0	4	6
2021	29	13	3	1	7	1	5	5	8

Tabellen viser antall overflyttinger av kvinner i fødsel fra fødestue, til et høyere fødenivå.

Tallene for 2021 er høyere da dette er det eneste året det forelå tall fra alle fødestuene.

Andre grunner til at kvinner ble overført i fødsel var kapasitetsproblemer ved fødestuen, langlatens hos kvinnene, infeksjon hos mor, høyt blodtrykk og premature rier, samt at en ble overflyttet grunnet feilmedisinering i fødsel som krevde videre observasjon.

Fødestuen i Alta registrerer ikke årsaker til overflyttinger, og fører dermed heller ikke statistikk over dette.

Vi ville også studere årsakene til at kvinner ble overflyttet til et høyere omsorgsnivå av etterfødsel, og hvor utbredt dette er. Vi ønsket å se på tall fra de tre siste årene. Dette vises i tabell 9.

Tabell 9: Årsaker til overflyttinger til et høyere omsorgsnivå av kvinner etter fødsel samlet for alle fødestuene.

	Fastsittende placenta	Unormal etterbyrdsblødning	Rifter som må sys av lege
2019	3	4	3
2020	1	4	1
2021	1	6	2

Det kan av tabellen se ut til at blødning etter fødsel er den vanligste årsaken til overflytting av kvinner etter fødsel. Andre årsaker til overflytting av kvinner etter fødsel var infeksjon eller mistanke om infeksjon.

Studien ønsket å se på de ulike grunnene til at nyfødte overflyttes til et høyere nivå etter fødsel, og hyppigheten av dette. Et trygt fødetilbud skisserer 5 tilstander som bør føre til overflytting av nyfødte, og dette er brukt som ramme for å synliggjøre funnene. Funnene vises i tabell 10.

Tabell 10: Overflyttinger av nyfødte til et høyere omsorgsnivå, delt opp i årsaker per år

	Resp. Symtomer eller tegn	Mistenkt sykdom	Skade eller fraktur	Misdannelser	Gulsot
2019	5	4	0	1	1
2020	3	0	0	0	0
2021	8	3	0	1	1

Fra tallene ser vi at det ikke er snakk om mange overflyttinger av nyfødte per år. Andre grunner til overflyttinger i perioden var barn med behov for kjølebehandling etter fødsel med skulderdystoci (ett barn) og prematuritet (to barn).

I studien ønsket vi å finne svaret på hvordan fødestuene gikk frem for å registrere overflyttinger fra fødestue til høyere omsorgsnivå. Her er resultatene svært ulike, og dette illustreres i tabell 11.

Tabell 11: Oversikt over hvor overflyttinger fra fødestuen dokumenteres

Midt-Troms	Det registreres i kvinnens journal, journalsystem for dokumentasjon av fødsel og i egne systemer (for statistikk)
Alta	I journalsystem hvor fødsel dokumenteres
Tynset	Det registreres på et eget papirskjema, ikke elektronisk
Sonjatun	I journalsystem hvor fødsel dokumenteres, samt i fødestuens system til bruk i statistikk
Lofoten	-*
Brønnøysund	I journalsystem om kvinnen (DIPS)

*Ikke besvart

Fra tabellen kan vi se at fødestuene ikke har samme prosedyrer for dokumentasjon av overflyttinger. Her er variasjonen stor, og inkluderer både dokumentasjon på digitale verktøy og papirskjema. Noen fødestuer dokumenterer overflyttingene på flere steder.

4.2 Drift og organisering av tjenestene ved fødestuene

I denne delen vil vi se nærmere på hvilke yrkesgrupper som jobber ved fødestuene, andre tjenester, følgetjeneste og kompetanseheving. Utover dette vet vi at tre av fødestuene driftes av helseforetak, én driftes av kvinneklinikk, én driftes av fødeavdeling og en av kommunen. Fødestuen som driftes av kvinneklinikk presiserer at kvinneklinikken har det *faglige* ansvaret mens kommunen har *driftsansvaret*.

4.2.1 Yrkesgrupper, tilstedeværelse og kompetanseheving ved fødestuene

Vi ønsket å finne ut av hvilke yrkesgrupper som jobber fast ved fødestuene, og hvordan tilstedeværelsen er gjennom døgnet. Dette illustreres i tabell 12.

Tabell 12: Tabellen viser hvilke yrkesgrupper som er fast ansatte ved fødestuen, samt tilstedeværelse gjennom døgnet.

Midt-Troms	Jordmor. Tilstedevakt gjennom hele døgnet.
Alta	Jordmor. Tilstedevakt på dag og kveld.
Tynset	Jordmor, barnepleier, en sykepleiestudent og en legestudent i helestillinger. Barnepleier i 3-delt turnus med tilstedevakt, jordmor tilstede fra 8.30 til 16.00 hver dag. Jordmødrene har hjemnevakt kveld og natt. Jordmor i bakvakt hele døgnet.
Sonjatun	Jordmor, sykepleier. Tilstedevakt dag og kveld, telefonvakt gjennom hele døgnet. Ikke nødvendigvis jordmor i bakvakt. Alltid tilgjengelig sykepleier ved sykestua som er samlokalisert med fødestua.
Lofoten	Jordmor, barnepleier.

	En gynekolog fast i ukedagene på dagtid, samt gynekolog bakvakt/hjemmevakt resten av døgnet, gjennom hele året.
Brønnøysund	Jordmor, barnepleier, sykepleier. Fast tilstedevakt på dagtid. Har tilstedevakt gjennom døgnet ved inneliggende pasienter. Utover dette er det hjemmevakt på kveld, natt og helg, samt telefonvakt gjennom døgnet alle dager. De har 30 minutters innstillingstid

Fødestuene skiller seg noe fra hverandre i hvordan de er bemannet, og av hvem. Ved to av fødestuene jobber det kun jordmødre, mens en annen har jordmor, barnepleier, sykepleierstudent og medisinstudent. Noen har fast tilstedevakt gjennom hele døgnet, hele året, mens andre har telefonvakt utenom på dagtid.

I studien ønsket vi også å få svar på hvilke videreutdanninger de ansatte ved fødestuene hadde utover jordmorutdanning. Dette illustreres i tabell 13.

Tabell 13: Oversikt over videreutdanninger hos de ansatte på fødestuen

	Ultralydjordmor	Akupunktur for jordmødre	Seksuell helse	Lederutdanninger
Midt-Troms		X		
Alta	X	X		X
Tynset	X	X	X	X
Sonjatun		X	X	X
Lofoten	X			X
Brønnøysund	X	X		

5 av 6 fødestuer har kompetanse på akupunktur for jordmødre, og 4 av 6 har ultralydjordmor ved fødestuen. Utover videreutdanningene skissert i tabellen har en av fødestuene jordmødre med opplæring i bruk av kiwi-vakum, og en annen har videreutdanninger innen amming, nettverk og relasjon.

Vi ønsket å finne ut av hvordan fødestuene jobbet med kompetanseheving. Felles for fødestuene er krav om hospitering årlig, men det nevnes at det ikke alltid er gjennomførbart i så stor utstrekning som er skissert i deres rutiner. Dette kan være eksempelvis fordi sykehuset de hospiterer ved er et universitetssykehus, som har ansvar for et større antall studenter i flere ulike fag. Det er også beskrevet hvordan jordmødrene selv må ta ansvar for å organisere hospiteringen, og at dette ikke alltid er lett.

Det er få fagdager og lite videreutdanning hos flere av fødestuene grunnet dårlig økonomi. Flere har innsparingstiltak som rammer blant annet reising. Noen arrangerer egne fagdager med akuttøvelser 1-2 ganger per år. En fødestue har initiert et samarbeid med AMK, hvor jordmødrene underviser i scenarioer rundt fødsel, mens AMK underviser i akutte hendelser. Det er også kursing med fantom hvor det øves på blødninger eller skulderdystoci. En fødestue har øvelse i nyfødtriesuscitering årlig.

Alle jordmødre skal hospitere ved fødeavdeling eller kvinneklinikk minst en gang i året, varighet minst 1 uke. Ikke eget opplegg for hospitering, hver og en må ringe rundt og arrangere. Behovet er størst for mengdetrening. Jordmødrene har trening sammen med prehospitaltjenester. De underviser i HLR, jordmødrene holder undervisning i obstetikk. De holder samkjørt sim-trening i nyfødtriesuscitering årlig.

I studien ønsket vi å finne ut av hvilke andre tjenester som fantes ved de ulike fødestuene utover fødsel-, svangerskap- og barselomsorg. Dette illustreres i tabell 14.

Tabell 14: Andre tjenester ved fødestuene utover fødselshjelp.

	Finnsnes	Alta	Tynset	Sonjatun	Lofoten	Brønnøysund
Svangerskapskontroll	X	X	X	X	X	X
Ultralyd utført av jordmor		X	X		X	X
Ultralyd utført av lege		X				
Tidlig ultralyd (uke 11-13)		X	X		X	X
Barselopphold	X	X	X	X	X	X
Føllingsprøve av nyfødt	X	X	X	X	X	X
RhD-vaksinering	X	X	X	X	X	X

Behandling av gulsot	X		X	X	X	
Celleprøver			X	X	X	X
Prevensjonsveiledning		X	X	X	X	X
Innsetting av LARC		X	X	X		X
Hjemmebesøk etter fødselen	X	X		X		X
Modningsakupunktur hos gravide	X	X	X	X	X	X
Klipping av tungebånd hos nyfødte			X			
Hørselest av nyfødte	X	X	X	X	X	X
Bilirubinkontroll av nyfødt (både TC-måling og blodprøve)	X		X	X	X	X (kun TC)
Seksukerskontroll mor	X	X	X	X	X	X
Seksukerskontroll barn						
Glukosebelastning av gravide		X		X		
Ammepoliklinikk	X	X	X	X		
Vektkontroll av nyfødt	X	X	X	X		

Av tabellen ser vi at fødestuene tilbyr en rekke tjenester utover fødsel-, svangerskap og barselomsorg. Generelt for fødestuene ser det ut til at det er hjelp de iblant tilbyr, men som ikke nødvendigvis ligger under deres «offisielle» tilbud. Flere av fødestuene utfører celleprøver og prevensjonsinnsettelse, selv om det nevnes at dette er noe kvinnene helst skal gjøre hos egen fastlege. Klipping av stramt tungebånd er ikke en standard prosedyre på fødestuene, men er noe legene i tilknytning til fødestuen utfører ved behov. En fødestue nevner at klipping av stramt tungebånd egentlig skal utføres på en ØNH-avdeling, men at denne ligger tre timer unna, og at man derfor forsøker å få det gjort på fødestuen hvis mulig.

Noen av fødestuene har andre tilbud utover punktene i tabellen. Sonjatun har helsestasjon for ungdom, og tilbud om kvinnehelse fra 12 års alder opptil 70 år, samt tilbud om støttende samtaler til kvinner, ungdommer og familier. Brønnøysund tilbyr medisinsk abort, hvor kvinnene tar kontakt direkte med fødestuen uten henvisning.

Fødestuen i Lofoten tilbyr lavterksel svangerskapsgrupper uten påmelding, en gang per uke. Fødestuen i Brønnøysund holder flere grupper for gravide. De har avtale med fysioterapeut som holder en gruppe for gravide med fokus på de fysiologiske forandringene kroppen går gjennom i

løpet av et svangerskap. I tillegg til dette holder de to grupper til: en går gjennom fødselsforløpet, og en handler om barseltid og amming. Denne gruppen holdes av enten jordmor eller barnepleier.

Fødestuene tilbyr også barselopphold, og dette er et tilbud både også til kvinner som fødte ved et høyere omsorgsnivå. Liggetiden varierer noe, varierer mellom et gjennomsnitt 2 døgn til 2,7 døgn. Barseloppholdenes lengde vurderes individuelt, og fødestuene kan selv vurdere hvor lenge kvinnene trenger å bli, i samråd med kvinnen og hennes familie. Det påpekes at noen kvinner ønsker tidlig hjemreise, mens andre har et barselopphold på nærmere 4 døgn.

4.2.2 Følgetjeneste

Denne studien ønsket å få svar på hvordan følgetjenesten er organisert, og hvilke kvinner som har krav på dette. Dette beskrives i tabell 15.

Tabell 15: Oversikt over hvilke kvinner som har krav på følgetjeneste ved de ulike fødestuene

	Alle kvinner med reisevei over 90 minutter	Kvinner som har født raskt tidligere	Kvinner med uttalt fødselsangst	Kvinner med underliggende tilstander som krever overvåking	Annet
Midt-Troms	X	X	X	X	
Alta	X				
Tynset		X	X	X	
Sonjatun					X
Lofoten					X
Brønnøysund	X	X		X	X

Bruk av følgetjeneste varierer fra fødestue til fødestue. I Alta har alle kvinner krav på følgetjeneste, da sykehuset ligger to timer unna opptaksområdet. Ved Tynset fødestue vurderes

behovet for følgetjeneste individuelt etter at den gravide har blitt undersøkt på fødestua. Avgjørelsen tas i samråd med foreldrene.

Sonjatun har ansvar for følge til sykehus etter vurdering av behov. Ingen av kommunene i opptaksområdet deres har reisevei på mer enn 90 min til fødestua. Vurdering av følge er en faglig vurdering som gjøres av jordmor i hvert enkelt tilfelle. Målet er at de reiser inn så tidlig at de ikke har behov for følge.

Lofoten har ingen fast følgetjeneste, men følger ved behov om det skjer overflyttinger i fødsel. De rykker også ut ved mistanke om at den gravide kan føde på veien. Følgetjeneste til fødeavdeling eller kvinneklinikk ligger ikke under Lofoten fødestues ansvarsområde.

I Brønnøysund oppfordres kvinner med kjent fødselsangst å reise i god tid. Jordmødrene jobber med å være oppmerksomme under fødsel slik at man eventuelt kan overflytte til sykehus i god tid før det er behov for følgetjeneste.

Flere av fødestuene fører ikke statistikk over hvor mange som ble overflyttet, eller når i fødsel dette skjedde. Mange av avgjørelsene rundt følgetjeneste tas etter behov og skjønn, og oftest i samråd med den fødende og eventuelt partner.

4.3.3 Andre prosedyrer

I studien ønsket vi å undersøke om fødestuene utfører ruintemessig CTG-overvåking, og kvinner som kom til fødestuen ved fødselsstart. Dette illustreres i tabell 16.

Tabell 16: Oversikt over rutinemessig CTG.

	Rutine-CTG på kvinner som føder på fødestuen	Rutine-CTG på kvinner som skal føde ved et høyere nivå*
Midt-Troms	Noen kvinner med gitte kriterier får innkomst-CTG	Ja
Alta	Nei	Ja
Tynset	Nei	Ja
Sonjatun	Nei	Som hovedregel ikke, individuell vurdering

Lofoten	Nei	Kvinner med kjent risiko som er i fødsel
Brønnøysund	Ja	Ja

*CTG hos kvinner som skal føde ved et høyere nivå gjelder for kvinner som er innom fødestuen for å vurdere om de er i aktiv fødsel, og om de skal reise inn eller ikke.

Alle fødestuene utfører rutinemessige vurderinger av kvinner i fødsel som er selektert til et høyere fødenivå, for å avgjøre når det er rett tid å reise inn til planlagt fødested. Rutinene rundt innkomst-CTG for kvinner som er innom fødestuen for å kartlegge om de er i fødsel, men som er selektert til et høyere fødenivå, er litt ulike. Fire fødestuer utfører dette som rutine, en gjør det ikke, og den siste gjør det oftest ikke, men iblant for å kartlegge situasjon og hvilken transportmetode som er mest hensiktsmessig.

5.0 DISKUSJON

5.1 Oppsummering av de viktigste funnene

Seleksjonskriteriene er jevnt over ganske like hos alle fødestuene, men de skiller seg noe ved øvre gestasjonsalder for å få føde ved fødestuen og øvre grenser for BMI. En fødestue ønsker ikke førstegangsfødende, og skiller seg ut med dette. Tallet på overflyttinger per år er jevnt over lave, men besvarelsene var noe mangelfulle, og det kan være vanskelig å generalisere uten det totale bildet. Følgetjeneste er noe samtlige fødestuer jobber med, men det kan tolkes dithen at de ser på definisjonen av følgetjeneste ulikt, da noen viser til følge fra hjemmet og til fødestuen, mens andre viser til følge under overflyttinger. Samtlige av fødestuene har et utvidet tilbud av tjenester ved fødestuen, men det er noen variasjoner. Noen av fødestuene har et sterkt fokus på kvinnehelse generelt, og tilbyr tjenester til nesten alle aldersgrupper. Noen har tjenester mest rettet mot graviditet. Det jobbes noe med kompetanseheving, men det kan tolkes slik at dette er begrenset av dårlig økonomi ved fødestuene.

5.2 Seleksjon og seleksjonskriterier

Resultatene fra kartleggingen viser at fødestuene jobber likt med nesten alt rundt seleksjon av gravide. De skiller seg noe vedrørende hvor sent i svangerskapet de gravide får føde på fødestuen, men det er særlig ett funn om seleksjon som er påfallende. Ved Tynset fødestue anbefaler de ikke førstegangsfødende å føde ved fødestuen. Veilederen nevner at kriteriet for å føde ved en fødestue er friske *første-* eller flergangsfødende, og gir dermed ingen føringer for at førstegangsfødende ikke skal få føde ved en fødestue. Det er interessant å vike fra dette, da veilederen er tydelig på at dette er trygt også for kvinner som skal føde sitt første barn. Høringsutkastet til forslag til revidering av veilederen (Helsedirektoratet, 2022) viser heller ikke tegn til å ville endre på denne anbefalingen, og holder fast ved at det er trygt også for de førstegangsfødende.

Den Engelske studien Birthplace in England (Brocklehurst et al., 2011), fant at det var trygt å føde ved fødestuer, men at førstegangsfødende hadde en noe høyere sjanse for å bli overflyttet i fødsel. Med god informasjon i forkant av fødsel, vil dette gjøre kvinnene mer rustet til fødselen, og mer forberedt skulle behovet for overflytting oppstå. Det er ikke mulig å overføre funnene direkte til Norge, da fødselsomsorgen i England er organisert på en annen måte enn i Norge, og geografi og demografi er svært annerledes.

Hva årsaken til at Tynset fødestue har valgt å gjøre det på denne måten er vanskelig å si. Det som er sikkert er at de frittstående fødestuene er et godt tilbud for kvinner i distriktene, og de bør vurdere å endre på dette kriteriet, slik at tilbudet blir tilgjengelig for flere gravide.

5.3 Overflyttinger og dokumentasjon

Resultatene viser i denne studien at de vanligste årsakene til overflyttinger av kvinner i fødsel er langsom fremgang. Dette punktet skårer høyere enn de andre alternativene. Det er vanskelig å si hva årsaken til dette er, og tallene er i noen grad ufullstendige. I eldre studier har årsakene vært noe annerledes, hvor de vanligste årsakene var vannavgang over 24 timer uten rier (Holt et al., 2001; Schmidt et al., 2002), lang latens (Schmidt et al., 2002) og uoppdaget seteleie (Huitfeldt et al., 2015). Punktet med vannavgang uten etablerte rier er noe det vurderes å endre på, ifølge høringsutkastet til ny veileder (Helsedirektoratet, 2022). Det foreslås her å senke grensen fra vannavgang over 24 timer som står i veilederen i dag, til vannavgang over 18 timer. Det kommer ikke tydelig frem hva bakgrunnen for dette er, men man kan anta at det begrunnes med forskning som viser til bedre utfall for mor og/eller barn.

Et interessant resultat i studien er at alle fødestuene har ulikt system for dokumentasjon av overflyttinger, der noen kun har det for egen statistikk. Dette er ikke noe allmennheten har tilgang på, og det blir vanskelig å få innsyn. Veilederen sier at det er spesielt viktig med god dokumentasjon av alle fødsler og overflyttinger. Man kan spørre seg om det er fødestuenes ansvar å organisere et felles system for denne registreringen, men det er antageligvis ikke like vanlig med overflyttinger fra de høyere fødenivåene, da de har et annet utgangspunkt for behandling og oppfølging under fødsel. Informasjon om overflyttinger kunne med hell vært en

del av offentlig statistikk på lik linje med statistikk om fødsler, og burde vært en del av registreringen som sendes til Medisinsk fødselsregister. Det er påfallende at hverken allmennhet eller fagfelt har tilgang til dette.

Hvorfor er det slik at det ikke finnes bedre systemer for dokumentasjon av overflyttinger? Utarbeiding av et felles system vil kunne antas å være kostbart og tidkrevende å implementere. Samtidig vil det antageligvis lønne seg i sluttenden, da vi vil få en mer omfattende og konkret statistikk, som igjen kan hjelpe til å få oversikt over fødestuenes virke.

5.4 Følgetjeneste

Resultatene viser at bruk av følgetjeneste varierer fra fødestue til fødestue. Hos noen av fødestuene har alle kvinner krav på det, mens andre fødestuer vurderer behovet individuelt. En fødestue nevner at de har som mål at den gravide reiser til fødestedet så tidlig at hun ikke skal ha behov for følgetjeneste.

Det ser ut til at mye avhenger av skjønn, av værforhold og bemanning. Det fremstår ikke som mer tydelig etter kartleggingen hvordan følgetjenesten er organisert. Det kan tolkes slik at lite er skrevet ned i systematiske prosedyrer med ansvarsfordeling og en skikkelig plan for hvordan det skal utføres. På den ene siden kan det hende at dette kanskje ikke går å systematisere under de ulike forholdene fødestuene virker i. Det kan hende at det brukes så mye skjønn, at situasjonene er så ulike og at eventuelle samarbeidspartnere varierer så mye at det blir vanskelig å utarbeide en systematisk prosedyre. På den andre siden bør vi kunne forvente et likt tilbud til alle kvinner med de samme forutsetningene som føder i samme område. Et grep for å sørge for at alle får tilgang til de samme tjenestene, med samme kvalitet, vil være å systematisere og lage tydelige prosedyrer.

Men det er allikevel ikke sikkert at alle kvinner vil ha det samme behovet for ulike tilbud. Kvinner vil være like individuelle i fødsel som i resten av livet ellers, og det er trygt å si at i fødsel er det ingen «one size fits all».

Engjom et al. (2013) utførte en omfattende studie av tilgang på fødsteder og sentralisering av fødetilbudet, som strakte seg over 30 år. Tall fra tiden etter modellen med tre fødenivåene ble innført, viste at andelen kvinner som fikk mer enn en time til nærmeste fødested økte, andelen fødsler utenfor fødeinstitusjon økte og de regionale forskjellene økte. Forutsetningene så ut til å bli dårligere, med lenger avstand til fødested.

Til tross for dette, ble konklusjonen på rapporten bestilt av Helsedirektoratet (Ames et al., 2021) at grensen for følgetjeneste ikke skulle senkes til 60 minutter. Begrunnelsen var at det ikke var tydelige nok funn, samtidig som forskningen tilgjengelig ikke var sammenlignbar med norske forhold.

5.5 Svangerskapsomsorg og andre tjenester ved fødestuen

Resultatene viser at fødestuene tilbyr en rekke tjenester utover fødselsomsorg. Alle tilbyr svangerskap- og barselomsorg, men organiseringen av svangerskapsomsorgen er gjort på ulike måter. Noen jobber slik at jordmor ved fødestuen reiser ut til kommunene og har svangerskapskontroller der. Andre har organisert det slik at svangerskapskontrollene for kvinnene i området foregår ved fødestuen. Har organiseringen av svangerskapsomsorgen noe å si for de gravide kvinnene? Man kan si at det å få komme til fødestuen kan ses som en måte å bli kjent med lokalene man skal føde i. På den annen side skal ikke alle kvinnene i opptaksområdet føde ved fødestuen, og denne organiseringen vil kanskje bare medføre en lengre reisevei til oppfølgingen i svangerskapet. Et annet positivt aspekt for kvinnene som skal føde ved fødestuen, er opplevelsen av kontinuitet. De vil kunne møte jordmødre som de senere møter i fødsel. (Cummins et al., 2020; Symon et al., 2018) finner i sine studier at kontinuitet er et viktig moment for kvinner i svangerskap-, fødsel- og barselid. Kontinuitet er også et viktig moment i QMNC-rammeverket (Renfrew, McFadden, et al., 2014). Kontinuitet var også formålet med Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009).

Et annet viktig funn er den lange listen med andre tjenester som tilbys ved flere av fødestuene. Det tilbys også tjenester som ikke er i forbindelse med svangerskap-, fødsel- eller barselomsorg, som for eksempel celleprøver, prevensjonsveiledning og innsetting av LARC. Dette er flott tilbud til kvinner i distriktene. En av fødestuene har helsestasjon for ungdom, og tilbud rundt

kvinnehelse for kvinner fra 12 til 70 år. Kan vi si at fødestuene virker som et kvinnehelsesentrum? Kanskje for kvinner som ellers er langt unna tilgang på spesialisert omsorg rundt kvinnehelse. I Norge skal omsorgen være desentralisert, men er den egentlig det? Det er tydelig i resultatene hva en fødestue kan gjøre for kvinner mer enn fødselshjelp. Sett i lys av QMNC-rammeverket kan man si at fødestuene tilbyr kunnskap, kontinuitet og omsorg. Samtidig favner den de friske kvinnene uten risiko, mens kvinnene med risiko (i de rosa boksene) faller på utsiden.

5.6 Kompetanseheving

Resultatet viser at fødestuene ikke får jobbet med kompetanseheving i den grad de ønsker selv. Det er få kurs og fagdager som skjer «utenfor huset» grunnet at det ikke er økonomi til reise. Økonomien strekker heller ikke til for å kunne tilby videreutdannelser. Et interessant funn er hvordan fødestuene selv sørger for å vedlikeholde egen kompetanse. Fødestuen i Brønnøysund har selv ordnet et samarbeid med AMK, hvor de bytter på å holde kurs og treninger for hverandre. Veilederen sier at det internundervisning skal skje minst hver andre måned, og at dette skal loggføres (Helsedirektoratet, 2010, s. 30). Ingen av fødestuene nevner at de jobber med internundervisning i så stor grad. Det nevnes heller ingenting om plan for vedlikehold av kompetanse, slik det også står i veilederen. Men hva er god nok kompetanse? Jordmødrene hospiterer ved fødeavdeling eller kvinneklinikk en gang hvert år, men hvor mange fødsler må man være med på for å vedlikeholde kompetansen? Og hvilken kompetanse er det de øver på? De driver med fødselshjelp på fødestuene også.

Flere nevner økonomi som et hinder for kompetanseheving. Burde det ikke være en økonomisk prioritet å sørge for at de ansatte er oppdaterte, får den mengdetreningen de trenger samt holder seg så faglig oppdatert som mulig? Med lang vei til sykehus, og varierte yrkesgrupper å samarbeide med vil de jobbe mye alene, og må kunne ta beslutninger selv. Høringsforslaget til den nye veilederen viser ingen tegn til å endre særlig på kravene til kompetanseheving

(Helsedirektoratet, 2022). For å beholde fødestuene og deres unike erfaringer knyttet til den normale, fysiologiske fødselen, burde kompetansekravene vært prioritert i høyere grad.

5.7 Fødestuer i Norge og Quality Maternal and Newborn Care

Ser vi på resultatene som er presentert over, ser vi at det på flere punkter er rom for forbedring. Men det er også mye ved fødestuene som fungerer veldig godt, og som er i tråd med rammeverket Quality Maternal and Newborn Care. Fødestuene jobber helsefremmende, og fremmer den fysiologiske fødselen. De jobber med kontinuitet i kraft av å møte kvinner i svangerskapet, under fødsel og i barseltiden. Disse punktene er viktige momenter i QMNC.

Man kan si at fødestuene skiller seg noe fra rammeverket i kraft av de kun fokuserer på de friske «grønne» kvinnene, uten risiko. Tjenestene er ikke tilgjengelige for de fleste gravide i Norge, grunnet beliggenheten. Det kan av resultatene i studien også se ut til at de ikke har de ønskelige midlene til å jobbe med kompetanseheving på den måten de selv ønsker (og i tråd med veilederen), men de viser at de tar ansvar selv ved å ta initiativ til egen kursing og øvelser.

Symon et al. (2018) og Cummins et al. (2020) finner flere positive funn ved forsøk på å implementere rammeverket på fødesteder har likhetstrekk med norske fødestuer, og det bør være rom for å se nærmere på dette også i Norge. Fødestuene dekker behov som er nevnt i rammeverket som er vanskelig å få dekket ved høyere fødenivå, da særlig med tanke på kontinuitet. På så vis er fødestuene unike i Norge. Fødestuene er i en unik stilling når det kommer til å tilby kvinner kontinuitet, og dette er noe norske kvinner har vært tydelige på at de ønsker (Vedeler et al., 2021). Kontinuitet og et mer sammenhengende forløp i svangerskap, fødsel og barseltiden var også målet med stortingsmelding nr. 12 (2008-2009), men som desverre ikke ser ut til å ha hatt så stort gjennomslag.

5.8 Styrker og svakheter ved studien

Å bruke spørreskjema som metode for innhenting av opplysninger har hatt sine styrker og svakheter. En styrke er at respondentene har hatt anledning til å finne frem tall og statistikk, og føre inn svarene sine i eget tempo. Tjønndal og Fylling (2021, s. 62) påpeker at digitale spørreskjemaer er både kostnads-, og tidseffektive. Respondente hadde også mulighet til å fylle ut skjemaet uten innblanding av forfatteren av studien. En svakhet ved dette har vært at det ikke har vært rom for å be om forklaringer eller utdypinger der noen av svarene har vært utydelige.

En svakhet ved denne type studier er at respondentene kan tolke spørsmålene ulikt. Eberhard-Gran (2017, s. 10) skriver at dårlig formulerte spørsmål kan føre til lavere kvalitet på materialet. Det har blant annet blitt tydelig at det har vært ulikheter i hvordan respondentene har tolket spørsmålet om følgetjeneste. Noen har tolket dette som en tjeneste mellom hjemmet og fødestuen, mens andre har tolket det som en tjeneste fra fødestuen til et høyere fødenivå. Det kan være en svakhet at ikke alle besvarelsene er lagt inn på samme måte.

To av besvarelsene er lagt inn av forfatteren, i forbindelse med telefonsamtaler med leder ved fødestuen. Dette grunnet kapasitetsutfordringer som gjorde at fødestuene opplevde at de ikke hadde tid til å fylle ut skjemaet. I utfyllingen vil noe av forfatterens holdninger ha hatt mulighet til å komme inn, da spennende kommentarer fra lederene ikke nødvendigvis passet inn i spørreskjemaets mal og måtte legges inn i ullike fritekstsvar. Dette kan ha påvirket hvordan resultatene ble tolket. Samtidig vil det være ulikheter i det at det er ulike personer som har lagt inn besvarelsene, og de kan ha tolket spørsmålene ulikt.

En styrke ved studien er at den ved mange momenter har svar fra hele utvalget. Dette gir et mer helhetlig bilde av fødestuene, samt at det gir mer validitet til funnene når man kan si at det er funn fra alle fødestuene i Norge. Validiteten sier noe om hvorvidt studien er relevant (Dalland, 2020) eller hvor troverdige resultatene er (Tjønndal & Fylling, 2021).

Det kan diskuteres hvorvidt purringsprosessen burde vært annerledes for å få inn flere svar tidligere. Eberhard-Gran (2017, s. 18, 22) skriver at det er viktig med en plan for purring ved frafall. Hun nevner også at det ikke bør sendes ut mer enn 2 purringer. Det ble sendt ut noe fler purringer i forbindelse med denne studien. Samtidig var det ferieavvikling ved flere av fødestuene da kartleggings skjemaet ble sendt ut, og det er naturlig at det blir noe forsinkelse i

forbindelse med dette. Hadde forfatteren tatt kontakt per telefon med de siste fødestuene, ville det kanskje vært mulig å få inn alle besvarelsene noe tidligere. Det er samtidig ikke sikkert at dette ville hatt så mye å si for det endelige resultatet. Eberhard-Gran (2017, s. 22) sier videre at alle studier vil ha frafall, men at antallet deltagere vil påvirke hvor presise resultatene blir. I denne studien var det viktig med svar fra alle fødestuene for at kartleggingen skulle bli så presis som mulig.

En svakhet er at det er flere punkter under andre tjenester ved fødestuene som kunne vært med i kartleggingsskjemaet. Blant annet nevner en fødestue at de driver med aborter, og en nevner helsestasjon for ungdom. Det finnes en «annet»-boks med mulighet til å føre inn andre tjenester. Det kan også hende at det ikke er ført inn «annet» fordi det ikke er andre tjenester enn de som var på listen, og vi kan dermed ha gått glipp av viktig informasjon.

Det er en styrke å ha samlet inn mye nyttig informasjon om en del av fødselsomsorgen som det ikke finnes mye offentlig statistikk eller litteratur om. Dette vil danne grunnlaget for å kunne jobbe videre med kartleggingen av de frittstående fødestuene.

Da det ikke foreligger fullstendige svar fra alle fødestuene, må resultatet tolkes med noe varsomhet

6.0 KONKLUSJON

0,5% av fødslene i Norge skjer ved en frittstående fødestue. Funnene i studien viser at mange kvinner benytter seg av tjenestene ved fødestuen, også de som ikke omhandler fødsel. Kvinner som ikke skal føde ved fødestuen benytter seg av både svangerskapsomsorg og barselopphold der. I tillegg tilbys det en rekke andre tjenester ved fødestuene, og kan være en stor ressurs for kvinnene i opptaksområdet.

Fødestuene følger i stor grad seleksjonskriteriene fra veilederen. En fødestue skiller seg ut ved å fra de andre ved å ikke anbefale førstegangsfødende ved sin fødestue. Dette har ikke hold i veilederen, og det er ingen åpenbar årsak til hvorfor de velger å gå bort fra denne.

Resultatene viser at få kvinner overflyttes i fødsel, og det kan se ut til at seleksjonskriteriene utarbeidet for fødestuene virker. Overflyttingene fra fødestuene til et høyere omsorgsnivå dokumenteres ikke tilstrekkelig, og alle fødestuene gjør dette på ulik måte. Dette vil kunne ha implikasjoner for innhentig av informasjon og statistikk for allmennheten. Det bør utforskes videre hvordan et overordnet system for registreringen kan utarbeides.

Det kan se ut til at fødestuene jobber ulikt med organiseringen av følgetjenesten, men det er en svakhet ved studien er at det ser ut til at noen av spørsmålene rundt følgetjenesten er stilt på en slik måte at det er rom for misforståelser. Funnene viser et behov for å systematisere organiseringen av følgetjenesten for at alle kvinner skal få det samme tilbudet.

De frittstående fødestuene jobber på mange punkter nært rammeverket QMNC, og har mange av egenskapene skissert der for friske kvinner uten risiko, deriblant helsefremmende arbeid, fremming av fysiologisk fødsel og redusering av unødvendige medisinske intervensjoner. De arbeider også i større grad med kontinuitet, da noen kvinner har både svangerskap, fødsel og barselid ved fødestuen.

Fagfeltet vil dra stor nytte av videre kartlegging på området frittstående fødestuer, for å få frem et enda bredere perspektiv på hvordan de frittstående fødestuene virker, og hvorfor de er en

viktig del av fødselsomsorgen i Norge. Området seleksjon, overflyttinger og følgetjeneste vil med hell kunne studeres nøyere for å kunne finne en mer hensiktsmessig måte å organisere og dokumentere dette på.

Frittstående fødestuer er en viktig del av fødselsomsorgen i Norge, og organisering og drift bør optimaliseres for at tjenestene skal være like og av samme kvalitet for alle kvinner som benytter seg av tjenestetilbudet.

LITTERATURLISTE

- Ames, H., Forsetlund, L., Larun, L., Hval, G. & Muller, A. E. (2021). *Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende: Systematisk oversikt* Folkehelseinstituttet. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2758907/Ames-2021-Bety.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Benestad, H. B. & Laake, P. (2015). Forskning: metode og planlegging. I P. Laake, B. R. Olsen & H. B. Benestad (Red.), *Forskning i medisin og biofag* (2. utg., s. 124-125). Gyldendal akademisk.
- Blix, E. (2017). Ulike fødesteder. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka. Ansvar, funksjon og ansvarsområde* (2. utg., s. 418-421).
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M. & Petrou, S. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>
- Børdahl, P. E., Kakad, M., Kumle, M., Lie, R. T., Moster, D., Myrhaug, H. T. & Schmidt, N. (2006). *Jordmorstyrte fødestuer* (ISBN 82-8121-108-3 ISSN 1503-9544). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. <https://www.fhi.no/publ/eldre/jordmorstyrte-fodestuer/>
- Cummins, A., Coddington, R., Fox, D. & Symon, A. (2020). Exploring the qualities of midwifery-led continuity of care in Australia (MiLCCA) using the quality maternal and newborn care framework. *Women and birth*, 33(2), 125-134. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.013>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Eberhard-Gran, M. (2017). *Spørreskjema som metode for helsefagene*. Universitetsforlaget.
- Engjom, H. M., Morken, N.-H., Norheim, O. F. & Klungøyra, K. (2013). Availability and access in modern obstetric care: a retrospective population-based study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(3), 290-299. <https://doi.org/10.1111/bjo.12510>

Finnmarkssykehuset. (U.å). *Fødestue, Alta*. Hentet 11. mai 2022 fra

<https://finnmarkssykehuset.no/avdelinger/klinikk-alta/somatisk-avdeling/fodestue-alta#les-mer-om-fodestue-alta>

Halvorsen, K. (2012). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (7. utg.). Cappelen Damm.

Helgelandssykehuset. *Føde- og barselstue, Brønnøysund*. Hentet 12. mai 2022 fra

<https://helgelandssykehuset.no/avdelinger/kirurgisk-klinikk/brønnoysund/fode-og-barselstue-brønnoysund#les-mer-om-fode--og-barselstue-brønnoysund>

Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeselsomsorgen*.

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/13edf7e-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet. (2022). *Fødselsomsorgen. (HØRINGSUTKAST). Nasjonal faglig retningslinje [Høring]*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen-horingsutkast>

Holt, J., Vold, I. N., Backe, B., Johansen, M. V. & Øian, P. (2001). Child births in a modified midwife managed unit: Selection and transfer according to intended place of delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(3), 206 - 212.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.080003206.x>

Huitfeldt, A. S., Voldner, N. & Blix, E. (2015). Outcomes of care at 'Føderiket Midwifery Unit' 2007–2011, a freestanding midwifery-led unit in Oslo, Norway: A prospective cohort study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 38-43.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0107408315602641>

Huuse, C. F. (2019). VG gransker: kampen om fødeveien. *VG*.

<https://www.vg.no/spesial/2019/fodselsrigget/>

Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Medisinsk fødselsregister. (2022a). *Statistikkbank* [Statistikk]. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

Medisinsk fødselsregister. (2022b). *Statistikkbank- 1b: fødte per måned og fødeinstitusjon*

[Statistikk].

http://statistikkbank.fhi.no/mfr/index.jsp?FODEINSTITUSJON_HR_HF_HISubset=0000%2C1+-+9%2C1_22107+-+9_ZZZZ%2C1_22107_40701+-+9_ZZZZ_10001&headers=FAAR&headers=FMND_K&headers=virtual&stubs=FODEINSTITUSJON_HR_HF_HI&FAARslice=2021&measure=common&virtuallslice=ANTALL_value&study=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfStudy%2Fmfr1b&FMND_Kslice=12&mode=cube&FMND_Ksubset=99%2C1+-+9&v=2&virtuallsubset=ANTALL_value&FODEINSTITUSJON_HR_HF_HISlice=0000&FAARsubset=2021&measuretype=4&cube=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfCube%2Fmfr1b_C1&top=yes

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Pileggi Castro, C., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P. & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Maternal health*, 388(10056), 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Intrapartum care for healthy women and babies. *Nice Guidelines*.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>

Nilsen, S. T., Daltveit, A. K. & Irgens, L. M. (2001). Fødeinstitusjoner og fødsler i Norge i 1990-årene. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 27(121), 3208-3212.

<https://tidsskriftet.no/2001/11/kronikk/fodeinstitusjoner-og-fodsler-i-norge-i-1990-arene>

Nordlandssykehuset. (U.å). *Fødestue, Lofoten*.

<https://nordlandssykehuset.no/avdelinger/kirurgisk-klinikk/fodestue-lofoten#les-mer-om-fodestue-lofoten>

Renfrew, M. J., Homer, C., Downe, S. & Mcfadden, A. (2014). Midwifery: An Executive Summary for the Lancet's Series. *The Lancet*.

- https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery_exec_summ-1407728206867.pdf
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L. & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Schmidt, N., Abelsen, B. & Øian, P. (2002). Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study: Deliveries in maternity homes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(8), 731-737. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2002.810808.x>
- St.meld. nr. 12. (2008-2009). *En gledelig begivenhet— Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/?ch=1>
- Statistisk sentralbyrå. (2022). *04231: Levendefødte, etter kjønn (K) 1972 - 2021* [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/04231/>
- Stortinget. (2020). *Møte tirsdag den 4. februar 2020*. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2019-2020/refs-201920-02-04?m=8#2020-02-04-5>
- Sykehuset Innlandet HF. *Fødestua, Tynset*. Hentet 12. mai 2022 fra <https://sykehuset-innlandet.no/avdelinger/fodestua-tynset>
- Symon, A., McFadden, A., White, M., Fraser, K. & Cummins, A. (2018). Adapting the Quality Maternal and Newborn Care (QMNC) Framework to evaluate models of antenatal care: A pilot study. *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200640>
- Tjønndal, A. & Fylling, I. (2021). *Digitale forskningsmetoder*. Cappelen Damm Akademisk.
- Universitetet i Oslo. (2022). *Nettskjema*. Hentet 14.juni fra <https://nettskjema.no/user>
- Universitetssykehuset Nord-Norge. (U.å-a). *Fødestua, Finnsnes*. Hentet 12. mai 2022 fra <https://unn.no/avdelinger/kirurgi-kreft-og-kvinnehelseklinikken/kvinneklinikken/fodestua-finnsnes>

- Universitetssykehuset Nord-Norge. (U.å-b). *Fødestua, Sonjatun*. Hentet 12. mai 2022 fra <https://unn.no/avdelinger/kirurgi-kreft-og-kvinnehelseklinikken/kvinneklinikken/fodestua-sonjatun#les-mer-om-fodestua-sonjatun>
- Vedeler, C., Nilsen, A. V. B., Blix, E., Downe, S. & Eri, T. S. (2021). What women emphasise as important aspects of care in childbirth – an online survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(4), 647-655. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16926>
- Øian, P., Askeland, O. M., Engelund, I. L., Roland, B. & Ebbing, M. (2018). Fødestuefødsler i Norge 2008–10. En populasjonsbasert studie. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, . <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0842>

Vedlegg I- Kartleggings skjema

Fødestuer

Før du starter på besvarelsen: hvilken fødestue svarer du på vegne av?

Dette skjemaet er utarbeidet for å kartlegge de frittstående fødestuenes virksomhet, med fokus på både resultater (tall), drift og faglige avgjørelser.

Kartleggings skjemaet er delt opp i 3 deler:

Del 1 fokuserer på utfall. Dette innebærer antall fødende på fødestuen per år, antall overflyttinger og lignende.

Del 2 fokuserer på driften og organiseringen av fødestuen.

Del 3 omhandler faglige avgjørelser, med fokus på seleksjon og faglige prosedyrer.

Skjemaet og kartleggingen er en del av en masteroppgave.

På forhånd takk for at du/dere deltar!

Del 1: Utfall

Spørsmål 1: Hvor mange fødsler var det på fødestuen totalt?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 2: Hvor mange førstegangsfødende fødte på fødestuen?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 3: Hvor mange flergangsfødende fødte på fødestuen?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 4: Hvor mange vannfødsler var det på fødestuen?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

De neste spørsmålene fokuserer på antall overflyttinger og årsaker til disse. Jeg vil ramse opp de ulike mest vanlige grunnene til overflyttinger, og knytte hvert av disse opp mot et årstall. Jeg ønsker da svaret på eksempelvis hvor mange kvinner som ble flyttet til et sykehus eller kvinneklinikk grunnet langsom fremgang i 2019.

Jeg vil gjøre oppmerksom på at der jeg nevner at noe skjer under fødsel, menes det her før barnet er født.

Spørsmål 5: Hvor mange kvinner ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk under fødsel?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 6: Hvor mange kvinner ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk under fødsel grunnet langsom fremgang?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 7: Hvor mange kvinner ble overlyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk under fødsel grunnet forstervannsavgang > 24 timer uten rier?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 8: Hvor mange kvinner ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk under fødsel grunnet avvikende leie/presentasjon av fosteret?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 9: Hvor mange kvinner ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk under fødsel grunnet høystående hode til tross for gode rier?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 10: Hvor mange kvinner ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk under fødsel grunnet misfarget fostervann tidlig i fødselsforløpet?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 11: Hvor mange kvinner ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk under fødsel (før barnet er født) grunnet rikelig/unormal blødning?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 12: Hvor mange kvinner ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk under fødsel grunnet endret behov for fosterovervåking ved truende asfyksi eller annen usikkerhet vedrørende fosterlyden?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 13: Hvor mange kvinner ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk under fødsel grunnet økt/endret behov for smertelindring?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 14: Hvor mange kvinner ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk under fødsel grunnet behov for medikamentell stimulering av rier?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Andre grunner til at kvinner har blitt overflyttet i fødsel:

Vennligst spesifiser antall/år (2019, 2020 og 2021).

Kommentar eller tillegg til spørsmål om overflyttinger av kvinner i fødsel:

Spørsmål 15: Hvor mange kvinner ble flyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk etter fødsel grunnet fastsittende placenta (med eller uten blødninger)?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 16: Hvor mange kvinner ble flyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk etter fødsel grunnet unormal etterbyrdsblødning, atoni eller blødning fra rifter?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 17: Hvor mange kvinner ble flyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk etter fødsel grunnet rifter som må sys eller tilses av lege?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Andre grunner til overflyttinger?

Vennligst spesifiser antall/år (2019, 2020 og 2021).

Spørsmål 18: Hvor mange nyfødte ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk etter fødsel grunnet respiratoriske symptomer eller tegn?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 19: Hvor mange nyfødte ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk etter fødsel grunnet mistenkt sykdom hos den nyfødte?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 20: Hvor mange nyfødte ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk etter fødsel grunnet skade eller fraktur?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 21: Hvor mange nyfødte ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk etter fødsel grunnet misdannelser?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 22: Hvor mange nyfødte ble overflyttet fra fødestue til fødeavdeling eller kvinneklinikk etter fødsel grunnet gulsot?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Andre grunner til overflyttinger av nyfødte til fødeavdeling eller kvinneklinikk etter fødsel?

Vennligst spesifiser antall/ år (2019, 2020 og 2021).

Spørsmål 23: Hvor registreres overflyttingene?

I journalsystem hvor fødsel dokumenteres

I journalsystem om kvinnen

Det dokumenteres i fødestuens egne systemer

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Spørsmål 24: Hender det at kvinner som er selektert til fødeavdeling eller kvinneklinikk føder på fødestuen?

Ja

Nei

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Hvis ja, hvor mange var det?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 25: Hvor mange kvinner fikk svangerskapsoppfølging ved fødestuen?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 26: Hvor mange kvinner benyttet seg av barselopphold på fødestuen som ikke har født ved fødestuen?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 27: Hva er gjennomsnittlig liggetid på barsel (i døgn)?

Mindre enn 1 døgn

1 døgn

2 døgn

3 døgn

4 døgn

Mer enn 4 døgn

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Spørsmål 28: Utfører dere rutinemessige vurderinger av kvinner i latens/fødsel som er selektert til fødeavdeling eller kvinneklinikk for å avgjøre når de bør reise til planlagt fødested?

Ja

Nei

Hvis ja, er dette en fast rutine på fødestuen?

Ja

Nei

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Hvis ja, hvor mange slike kontroller anslås det at dere utfører per år?

Valgfritt- kommentarer til kartlegginsskjemaets del 1

Her kan du fylle inn om du har kommentarer eller tillegg til skjemaets del 1.

Del 2: drift og organisering

I denne delen vil spørsmålene omhandle daglig drift, ansvar for fødestuen samt spørsmål om personalet som jobber på fødestuen

Spørsmål 29: Hvem har øverste ansvar for driften av fødestuen?

Helseforetak

Kommune

Fødeavdeling

Kvinneklinikk

Annet

Hvis annet, hvem?

Spørsmål 30: Hvilke yrkesgrupper jobber fast på fødestuen?

Her vil vi finne ut av hvilke yrkesgrupper som er tilstede under daglig drift av fødestuen. Du kan krysse av for flere alternativer.

Jordmor

Barnepleier

Lege

Sykepleier

Helsefagarbeider

Helsesykepleier

Jordmorstudenter

Sykepleierstudenter

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Spørsmål 31: Er det tilstedevakt gjennom hele døgnet på fødestuen?

Ja

Nei

Hvis nei, er det personale tilstede:

Kun på dagtid

Kun på dag og kveld

Telefonvakt gjennom hele døgnet

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Spørsmål 32: Hvem har tilstedevakt på fødestuen?

Jordmor

Sykepleier

Barnepleier

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Spørsmål 33: Er det alltid jordmor i bakvakt på fødestuen?

Ja

Nei

Spørsmål 34: Hvilke tjenester finnes tilgjengelig på fødestuen i tillegg til fødselshjelp?

Kryss av på de alternativene som passer.

Svangerskapskontroller

Ultralyd av jordmor

Ultralyd av lege

Tidlig ultralyd (uke 11-13)

Barselopphold

Føllingsprøve av nyfødt

RhD-vaksinering

Behandling av gulsot

Celleprøver

Prevensjonsveiledning

Innsetting av LARC

Hjemmebesøk etter fødsel

Modningsakupunktur hos gravide

Klipping av tungebånd hos nyfødte

Hørsestest av nyfødte

Bilirubinkontroll av nyfødt (både TC-måling og blodprøve)

Seksukerskontroll av mor

Seksukerskontroll av barn

Glukosebelastning av gravide

Ammepoliklinikk

Vektkontroll av nyfødt

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Spørsmål 35: Hvordan organiseres svangerskapsomsorgen ved fødestuen?

Alle gravide kommer til fødestuen

Jordmor fra fødestuen utfører kontroller ved helsestasjon i kommunen

En blanding av de to ovenstående

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Spørsmål 36: Hvem har krav på følgetjeneste i deres opptaksområde?

Kryss av for det/de svarene som gjelder for dere. Du kan krysse av i flere bokser.

Kvinner med reisevei på mer enn 90 min

Kvinner som har født raskt tidligere

Kvinner med uttalt fødselsangst

Kvinner med underliggende sykdommer eller tilstander som krever overvåkning

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Spørsmål 37: Hvor mange kvinner benytter seg av følgetjeneste årlig?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 38: Hvor mange av kvinnene som trengte følgetjeneste var i latensfasen av fødselen?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Spørsmål 39: Hvor mange av kvinnene som trengte følgetjeneste var i aktiv fase av fødselen?

I 2019:

I 2020:

I 2021:

Valgfritt- kommentarer til kartlegginsskjemaets del 2

Fyll gjerne i om det er noe du mener ikke har kommet frem eller om det er noe du ønsker å spesifisere til skjemaets del 2.

Del 3: faglige avgjørelser

I denne delen dreier spørsmålene seg om avgjørelser rundt seleksjon og andre faglige prosedyrer.

Spørsmål 40: Veilederen "Et trygt fødetilbud" nevner en rekke seleksjonskriterier de anbefaler for å kunne føde ved en fødestue. Vi ønsker informasjon om hvordan fødestuen håndterer disse seleksjonskriteriene.

Kriteriene presenteres fortløpende under, med svaralternativ JA, NEI eller ANNET. Velg JA om kriteriet som nevnes er et seleksjonskriterie på fødestuen. Om du velger "annet", vil det komme et felt under spørsmålet hvor dette kan presiseres.

-Frisk første- eller flergangsfødende

-Et normalt svangerskap

-Kun ett foster, i hodeleie

-Ingen kjente sykdommer hos mor eller barn som kan medføre komplikasjoner

-Tidligere normale svangerskap og fødsler

-Spontan fødselsstart mellom fullgatte svangerskapsuker 36+0 og 41+3 dager

-Fødselen er definert som lavrisiko når riene begynner og er fortsatt normal fram til etter barnet er født

Frisk første- eller flergangsfødende

Ja

Nei

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Et normalt svangerskap

Ja

Nei

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser

Kun ett (1) foster i hodeleie

Ja

Nei

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser

Ingen kjente sykdommer hos mor eller barn som kan medføre komplikasjoner

Ja

Nei

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser

Tidligere normale svangerskap og fødsler

Ja

Nei

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser

Spontan fødselsstart mellom fullgatte svangerskapsuker 36+0 og 41+3 dager kan føde ved fødestuen

Ja

Nei

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser

Fødselen er definert som lavrisiko når riene begynner og er fortsatt normal fram til etter barnet er født

Ja

Nei

Annet

Hvis annet, vennligst presiser:

Hvis fødestuen har egne tilleggskriterier, vennligst spesifiser hvilke disse er:

Hvis fødestuen har egne varianter av kriteriene, vennligst skriv her:

Vi har ved muntlig kommunikasjon med en fødestue fått informasjon om at denne for eksempel tar imot kvinner som føder mellom uke 37+0 og 41+3, og ikke 36+0 og 41+3 som veilederen beskriver. Om fødestuen har lignende eller andre kriterier, vennligst fyll inn under.

Spørsmål 41: Veilederen nevner i tillegg til kriteriene ovenfor en liste med relative seleksjonskriterier.

De relative seleksjonskriteriene er

-Tenåringsgravide

-Moderat overvekt

-Uspesifikke forhold som psykososiale utfordringer,

-Tidligere forløsning med vakum eller tang, med liten fare for gjentakelse

Er det en nedre og øvre aldersgrense for å få føde ved fødestuen?

Ja

Nei

Annet

Hvis ja, hva er den nedre og øvre aldersgrensen?

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Er det en nedre og øvre grense for BMI for å få føde ved fødestuen?

Ja

Nei

Annet

Hvis ja, hva er de?

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Spørsmål 42: Ved beregning av BMI som verktøy for å finne ut om kvinner kan føde ved fødestuen, er det pregravid BMI eller BMI i svangerskapet som ses på?

Pregravid vekt

Vekt i/gjennom svangerskapet

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Spørsmål 43: Hvor ofte revideres seleksjonskriteriene ved fødestuen?

Hvert tredje år

Årlig

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Er det andre momenter rundt seleksjon du vil nevne?

Spørsmål 44: Utføres det innkomst-CTG på kvinner som skal føde ved fødestuen?

Ja, alle kvinner får innkomst-CTG

Noen kvinner med gitte kriterier får innkomst-CTG

Nei

Annet

Ved annet, vennligst spesifiser:

Spørsmål 45: Hvis kvinner som skal føde ved fødeavdeling eller kvinneklinikk kommer for vurdering av fødselsstart på fødestuen, utføres det da CTG-overvåkning?

Ja

Nei

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Spørsmål 46: Hva fokuseres det på av kompetanseheving på fødestuen?

Videreutdanninger

Hospitering ved fødeavdeling eller kvinneklinikk

Kurs

Fagdager

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Spørsmål 47: Om de ansatte har videreutdanninger via fødestuen, hvilke videreutdanninger er dette?

Ultralydjordmor

Akuttsykepleie

Akupunktur for jordmødre

Seksuell helse

Lederutdanninger

Annet

Hvis annet, vennligst spesifiser:

Valgfritt- Kommentarer til kartleggingskjemaets del 3

Vedlegg II- Informasjonsbrev, vedlagt første mail til fødestuene

Hei!

Mitt navn er (...), og jeg er masterstudent i jordmorfag ved OsloMet. Jeg er så heldig at jeg har får være en del av doktorsgradsprosjektet til Heidi Strand Nørstebø ved Tynset fødestue nå når jeg skal skrive min masteroppgave. Masteroppgaven vil omhandle de 6 frittstående fødestuene i Norge, og oppgaven vil bygges rundt tre hovedpunkter: utfall, drift og organisering, og faglige avgjørelser. Punktet utfall vil omhandle det vi kan måle i tall. Dette kan være antall fødsler, overflyttinger, kvinner som følges opp under svangerskap, kvinner som benytter seg av barseltilbud, følgetjenesten og lignende. Punktet drift og organisering omhandler driften og organiseringen av fødestuene. Her vil spørsmålene handle om hvilke yrkesgrupper som finnes tilgjengelige, organiseringen av legehjelp, samt hvilke andre tjenester som tilbys på fødestuen. Punktet faglige avgjørelser vil dreie seg om seleksjon og seleksjonskriterier, når seleksjonen skjer og hvor den registreres.

Vi vet mye om hvordan kvinneklinikkene og fødeavdelingene i Norge fungerer, men fødestuene finnes det ikke like mye offentlig informasjon om. I veilederen Et trygt fødetilbud fra 2010 finnes det informasjon om hvordan kvinneklinikkene og fødeavdelingene bør driftes, men informasjonen rundt de frittstående fødestuene er ikke like utdypet. Hensikten med oppgaven vil være å lære mer om frittstående fødestuer i Norge, og hvordan de skiller seg fra de høyere nivåene i fødselsomsorgen. Dette er viktig kunnskap både fagmiljøet og allmennheten vil kunne ha nytte av, og det vil være kunnskap som også kan komme fødestuene til gode. Informasjonen som innhentes vil også være nyttig grunnlagskunnskap for Heidis doktorgradsprosjekt. Når dataene er samlet inn og systematisert vil det gi et tydeligere bilde av praksis i dag.

Utfyllingen av skjemaet vil kunne ta litt tid da det dels er en del spørsmål, og dels en del svar som vil kunne kreve at det innhentes opplysninger fra deres egne tall eller egne prosedyrer. Skjemaet vil bestå av både avkryssningsspørsmål og fritekstsvaer. Avkryssningsspørsmålene vil følges av et fritekstsvaer som heter «annet» for å sikre at all viktig informasjon kommer med om det skulle være noe som er glemt. Noen spørsmål vil være rene fritekstspørsmål. Kartleggingsskjemaet vil inneholde spørsmål rundt drift, bemanning og tall (for eksempel antall overflyttinger, svangerskapskontroller og lignende). Det vil også som nevnt være spørsmål

knyttet til seleksjon, prosedyrer, og noe rundt følgetjeneste. Det kan være lurt å ha dette tilgjengelig når du begynner på besvarelsen.

Jeg velger å sende ut dette infoskrivet nå i forkant slik at det kan settes av tid til å få besvart det før sommeren og ferieavviklingen er i gang for fullt. Kartleggingsskjemaet vil forhåpentligvis bli sendt dere i uke 25, og jeg håper det vil være mulig å få svarene tilsendt innen uke 28.

Ved spørsmål rundt masteroppgaven eller kartleggingsskjemaet kan dere kontakte meg på mail (...) eller på telefon(...), eller min veileder fra OsloMet, (...), på mail (...) eller telefon (...).

På forhånd takk!

Beste hilsner, (...).

Vedlegg III- Første mail til fødestuene

Sendt 31. mai 2022

Hei!

Mitt navn er (...), og jeg er jordmorstudent ved OsloMet.

Jeg jobber for tiden med min masteroppgave, som vil omhandle de frittstående fødestuene i Norge. Målet er kort forklart å kartlegge hvordan disse jobber, blant annet med seleksjon og organisering. Jeg vil innhente data ved hjelp av et kartlegginsskjema. Mer om kartlegginsskjemaet og masteroppgaven finnes i infoskrivet jeg legger ved.

I forkant av utsendingen av kartlegginsskjemaet ville jeg satt stor pris på om jeg kunne fått tilgang til årsrapporten deres for 2021. På denne måten vil jeg selv kunne hente ut nødvendige opplysninger, og ikke be dere om å bruke ekstra tid på å besvare spørsmål jeg kan finne svaret på selv. Det vil også bidra til å gjøre spørsmålene i kartlegginsskjemaet mer presise.

Ta gjerne kontakt med meg eller min veileder om det er spørsmål. Kontaktinformasjonen finnes i infoskrivet jeg legger ved.

Beste hilsner,

(...)