



<b>Fødsler uten større inngrep og komplikasjoner</b>		
<b>1. Definisjon</b>	Andel fødsler uten større inngrep og komplikasjoner hos fødende	
<b>2. Sektor</b>	Spesialisthelsetjeneste	
<b>3. Fagområde</b>	Somatisk helse	
<b>4. Type</b>	Resultat	
<b>5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)</b>	Trygge og sikre	
<b>6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet</b>		
<b>7. Fokusområde</b>	Pasientsikkerhet	
<b>Godkjenning</b>		
<b>8. Godkjent dato først gang</b>	Saksnr i 360 – 13/10392	
<b>9. Godkjent av</b>	Helsedirektoratet	
<b>10. Revisjonshistorikk</b>	1.0- juni 2016 etablert som ny nasjonal kvalitetsindikator	
<b>Faglig begrunnelse/målsetning</b>		
<b>11. Begrunnelse for valg</b>	<p>Å unngå unødvendig inngripen i det normale fødselsforløpet samtidig som barnet fødes uten sykdom og skade som kunne vært unngått, samt at mor har hatt en god fødselsopplevelse, er viktige prinsipper for moderne fødselsomsorg. WHO sitt Europakontor introduserte i 2001 prinsipper for perinatal omsorg nettopp for å demme opp for unødvendig inngripen og uhensiktsmessig bruk av teknologi i normale fødselsforløp og for å fremme kunnskapsbasert praksis (1). En studie fant at 72 prosent av de gravide som deltok i den norske mor og barn-undersøkelsen ønsket i utgangspunktet å føde naturlig (2).</p> <p>Mindre inngrep i fødselsforløpet som f. eks. epiduralbedøvelse (34%), medikamentell stimulering av fødselsrier (34%) og kunstig igangsettelse av fødselen (18%) (3) er blitt så utbredt at noen regner det som en del av den normale fødselen. Det er imidlertid ikke faglig enighet om dette. Noen mener at flere kvinner bør tilbys epiduralbedøvelse og at det burde være unødvendig å oppleve smerte under fødselen. Andre mener at fødselsmerten er en del av en fysiologisk prosess, og at fødselshjelperne ikke skal tilby epiduralbedøvelse uten god grunn (4). For å forstå at det finnes slike uenigheter blant fagpersoner og brukere, er det viktig å være klar over at det eksisterer ulike syn på hva en fødsel er, eller oppfattes som. Vanligvis beskrives to ytterpunkter, dette kalles «fødselsparadigmet». På den ene siden kan fødselen oppfattes som en naturlig, biologisk hendelse som enhver sunn og frisk kvinne kan beherske, og fødselshjelperne skal bare gripe inn dersom det er nødvendig. På den andre siden kan fødselen oppfattes som en medisinsk tilstand forbundet med risiko og unødvendig smerte, og at den beste hjelpen er at fødselen kontrolleres og overvåkes og at smerte lindres eller fjernes helt (5). I virkeligheten er det nok slik at fødselshjelpere, helsemyndigheter og brukere ikke har enten den ene eller den andre oppfatningen. De fleste mener nok litt av det ene og litt av det andre og er ikke bevisst disse forskjellene.</p> <p>Det er imidlertid enighet om at større inngrep som keisersnitt og operative vaginale forløsninger bare skal utføres når det er god grunn for det, og at komplikasjoner som store fødselsrifter, store blødninger og barn som fødes med surstoffmangel skal unngås så godt det lar seg gjøre. I Norge selekterer vi gravide under svangerskapet for å vurdere hvilken type fødeinstitusjon kvinnen bør føde ved (6). Ved innleggelse i fødeavdeling eller kvinneklinikk blir det også gjort en risikovurdering for å finne ut hvilken type overvåking og beredskap som er best for den enkelte kvinne (7). Både norske og internasjonale studier tyder på at seleksjon fører til mindre unødvendige inngrep og bedre ressursutnytting (8).</p> <p>Det vil være nyttig med en kvalitetsindikator som setter fokus på ønskete forløp (9). Både i Danmark og Storbritannia finnes kvalitetsindikatorer for ukompliserte fødselsforløp (10). Foruten å sette fokus på å fremme ukompliserte forløp, kan den – sett i sammenheng med de andre kvalitetsindikatorene – være et uttrykk for om svangerskapsomsorgen, fødselsovervåkning og den fødselshjelp som drives, er kvalitetsmessig god.</p>	
<b>12. Målsetning</b>	Redusere uønsket variasjon og øke andel av fødsler uten større inngrep og komplikasjoner	
<b>13. Målgruppe for denne indikatoren</b> (Beskriv formål med denne indikatoren per aktuell målgruppe)	13.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet på et overordnet nivå om det er store variasjoner mellom helseregioner, helseforetak og sykehus.
	132. Ledelse i sektor	Ledelsen i helsesektoren har sørget for ansvaret innen fødselsomsorgen, og kan styre og evt omprioritere ressurser for å sikre at helsetjenesten innen fødselsomsorgen har god kvalitet og pasientsikkerhet.

	13.3. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet for å forbedre sin praksis innen fødselsomsorgen og gjennomføre lokalt forbedringsarbeid.
	13.4. Innbygger/pasient/bruker/pårørende/media	Brukere og pårørende får informasjon om hvorvidt helsetjenesten utøves med god kvalitet og pasientsikkerhet og kan benytte dette for å ta informerte og kvalifiserte valg på helsetjenester av god kvalitet. Offentligheten får innsikt i kvaliteten på helsetjenestene, og se at pasientsikkerheten i helsetjenestene ikke har uønsket variasjon i landet.
<b>14. Begrepsavklaringer</b>	<p><b>Førstegangsfødende</b> (Robson gruppe 1): Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, <math>\geq 37</math> uker, med spontan fødselsstart.</p> <p><b>Flergangsfødende</b> (Robson gruppe 3): Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, <math>\geq 37</math> uker, med spontan fødselsstart</p> <p><b>Større inngrep og komplikasjoner:</b> defineres her som ikke tang, sugekopp eller keisersnitt, ikke blødning <math>&gt; 1500</math> ml eller transfusjon, ikke fødselsrift grad 3 eller 4, og ikke Apgar <math>&lt; 7</math> ved 5 min</p> <p><b>Robsons 10 grupper:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, <math>\geq 37</math> uker, med spontan fødselsstart</li> <li>2. Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, <math>\geq 37</math> uker, med induisert fødsel eller keisersnitt før spontan fødselsstart</li> <li>3. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, <math>\geq 37</math> uker, med spontan fødselsstart</li> <li>4. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, <math>\geq 37</math> uker, med induisert fødsel eller keisersnitt før spontan fødselsstart</li> <li>5. Alle med tidligere keisersnitt, ett foster i hodeleie, <math>\geq 37</math> uker</li> <li>6. Alle førstegangsfødende med ett foster i seteleie</li> <li>7. Alle flergangsfødende med ett foster i seteleie</li> <li>8. Alle med flerlinger</li> <li>9. Alle fosterleier som ikke er sete- eller hodeleie</li> <li>10. Alle premature <math>&lt; 37</math> uker med ett foster i hodeleie</li> </ol> <p>Klassifiseringen er utformet av den engelske gynekologen Michael Robson</p>	
<b>Beregning</b>		
<b>15. Utvalg i fokus (teller)</b>	Måltall 1: Alle fødende i Robson gruppe 1 med fødsel uten større inngrep og komplikasjoner Måltall 2: Alle fødende i Robson gruppe 3 med fødsel uten større inngrep og komplikasjoner	
<b>16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)</b>	Måltall 1: Alle fødende i Robson gruppe 1 Måltall 2: Alle fødende i Robson gruppe 3	
<b>17. Hovedmåltall</b>	Andel fødsler uten større inngrep og komplikasjoner hos førstegangsfødende (ett foster i hodeleie, $\geq 37$ uker, med spontan fødselsstart)	
<b>18. Andre måltall</b>	<p>Andel fødsler uten større inngrep og komplikasjoner hos flergangsfødende (ett foster i hodeleie, <math>\geq 37</math> uker, med spontan fødselsstart)</p> <p>Antall fødsler uten større inngrep og komplikasjoner hos førstegangsfødende (ett foster i hodeleie, <math>\geq 37</math> uker, med spontan fødselsstart)</p> <p>Antall fødsler uten større inngrep og komplikasjoner hos flergangsfødende (ett foster i hodeleie, <math>\geq 37</math> uker, med spontan fødselsstart)</p>	
<b>19. Presiseringer rundt utvalg</b>	Ekskluderer nemndbehandlete svangerskapsavbrudd. Ekskluderer institusjoner med færre enn 20 fødsler det aktuelle året.	
<b>20. Manglende rapportering</b>	Neglisjerbart for dette utvalget.	
<b>21. Teknisk beregning av indikator</b>	Se punkt 15-19.	
<b>22. Nivå for publisering eksternt</b>	Landet, helseregion, helseforetak, sykehus	
<b>23. Standard klassifikasjoner</b>	<b>Bedrifts- og foretaksnummer:</b> Bedrifts- og foretaksnummer er benyttet for identifisering av enheter	
<b>Datainnsamling/kilder</b>		
<b>24. Datakilder</b>	Medisinsk fødselsregister (MFR), Folkehelseinstituttet	
<b>25. Bearbeiding/revisjon av data</b>	Innrapportering direkte til MFR. Tallene kvalitetssikres fortløpende gjennom året, med publisering av foreløpige tall i juni påfølgende år. MFR tar kontakt med den enkelte rapporteringsenhet i kvalitetssikringsprosessen.	
<b>26. Type datakilde og lov hjemmel</b>	Elektronisk melding til MFR. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften) (7)	
<b>27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde</b>	Fortløpende innhenting gjennom året	
<b>28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator</b>	Årlig	

Tolkning av tallene	
<b>29. Sammenlignbarhet over tid og sted</b>	Sammenlignbare mellom institusjoner med samme risikoprofil, mellom regioner, mellom land og over tid.
<b>30. Feilkilder og usikkerhet</b>	Forskjeller mellom fødeinstitusjoner kan generelt ha mange forklaringer; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilfeldigheter</li> <li>• Ulik bruk av diagnostiske kriterier</li> <li>• Risikosentralisering</li> <li>• Variasjoner i fødejournalssystemenes data</li> <li>• Variasjoner i meldepraksis og meldesvikt</li> <li>• Feil i MFR (Medisinsk fødselsregister)-rutiner</li> <li>• Reelle forskjeller i kvalitet</li> </ul> Det er ofte en kombinasjon av flere av disse
<b>31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren</b>	I Norge er fødeinstitusjonene inndelt i tre nivåer: fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner er basert på en risikovurdering etter gitte kriterier (12). Fødselsantallet varierer ved de ulike fødeinstitusjonene og institusjoner med et lite antall fødsler kan få store utslag i statistikken.
<b>32. Relaterte indikatorer</b>	Keisersnitt, Forekomst av fødselsrifter
Videreutvikling	
<b>33. Videre utvikling av datakilder/indikator</b>	
Publisering	
<b>34. Publiseringsarena</b>	<a href="http://www.helsenorge.no">www.helsenorge.no</a>
<b>35. Andre publiseringsarena</b>	<a href="http://www.helsedirektoratet.no">www.helsedirektoratet.no</a>
Referanser	
<b>36. Referanser</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chalmers, B., et al. (2001). "WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course." Birth 28(3): 202-207.</li> <li>2. Kringeland, T., et al. (2010). "What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkillers or intervention?" Sex Reprod Healthc 1(1): 21-26.</li> <li>3. MFR årstabeller 2014</li> <li>4. Innslag og debatt i NRK 2015, <a href="https://www.nrk.no/ostlandssendingen/_-unodvendig-a-fode-med-smerte-1.12196750">https://www.nrk.no/ostlandssendingen/_-unodvendig-a-fode-med-smerte-1.12196750</a>; <a href="https://www.nrk.no/ytring/fodselsmerter-er-mestring-1.12228480">https://www.nrk.no/ytring/fodselsmerter-er-mestring-1.12228480</a></li> <li>5. Blix E. Ulike syn på svangerskap og fødsel. Kap 5, s 53-55. I: Brunstad A, Tegnander E (redaktører.) Jordmorboka: Ansvar funksjon og arbeidsområde. Oslo: Akribe, 2010</li> <li>6. St.meld. nr. 12 (2008-2009) (2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. D. k. h.-o. omsorgsdepartement. Oslo.</li> <li>7. Helsedirektoratet (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Oslo, Helsedirektoratet. 12/2010; Andreassen G, Øian P, Blix E. Differensiert fødselsomsorg ved Kvinneklinikken, UNN. Sykepleien forskning 2014;9:142-50; Lippert, T., et al. (2013). "Change in risk status during labor in a large Norwegian obstetric department: a prospective study." Acta Obstet Gynecol Scand 92(6): 671-678.</li> <li>8. Nesheim, B. I. (2012). "Low-risk labor - outcomes after introduction of special guidelines combined with increased awareness of risk category." Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 91(4): 476-482; Bernitz, S., et al. (2011). "Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial." BJOG: An International Journal of Obstetrics &amp; Gynaecology 118(11): 1357-1364; Birthplace in England Collaborative, G., et al. (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: d7400.</li> <li>9. Helsedirektoratet, Et trygt fødetilbud, forslag til kvalitetskrav til fødeinstitusjoner, Oslo 2010, IS-1803; Hals E. Hva er normal fødsel, og hvor ofte forekommer det. Masteravhandling. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik, 2015.</li> <li>10. Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (2011) Datadefinisjoner [online]. URL: <a href="http://www.kcks-vest.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/foedsler/">http://www.kcks-vest.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/foedsler/</a>; Maternity Care Working Party (2007) Making Normal Birth a Reality. Consensus Statement from the Maternity Care Working Party: Our Shared Views About the Need to Recognize, Facilitate, and Audit Normal Birth. National Childbirth Trust, Royal College of Midwives, Royal College of Obstetricians Gynaecologists [online]. London. URL: <a href="http://www.appg-maternity.org.uk/11.html">http://www.appg-maternity.org.uk/11.html</a></li> <li>11. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften). <a href="https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483?q=medisinsk_fodselsregistre">https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483?q=medisinsk_fodselsregistre</a></li> <li>12. Helsedirektoratet, Et trygt fødetilbud, forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner, IS-1803, Oslo 2010</li> </ol>