



Krav og faglige anbefalinger til organiseringen
af fødeområdet

—
Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet

© Sundhedsstyrelsen, 2019.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: [xx]
Versionsdato: [x.xx.xxxx]
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Resume.....	5
Anbefalinger	7
1. Indledning og lovgrundlag	8
1.1. Formålet med anbefalingerne	9
1.2. Baggrund.....	9
1.3. Fagligt grundlag	15
1.4. Tryghed og information til fødende	17
2. Information til den gravide	18
3. Fødsel på sygehus.....	20
3.1. Fødeafdeling	20
4. Fødsel uden for sygehus	30
4.1. Fødsel i hjemmet	30
5. Implementering	40
Referenceliste.....	41
Bilagsfortegnelse	42
Bilag 1 – Erfaringer fra de tidligere sygehusklinikkfødsler	43

Forord

(forord udestår).

UDKAST

Resume

I Danmark kommer cirka 60.000 børn til verden hvert år, og fødselstallet er i disse år stigende. Danmark er generelt et af de sikreste lande i verden at føde i og siden årstusindskiftet er der sket en generel og betydelig faglig forbedring på fødeområdet. I samme periode er der sket en samling og specialisering af både obstetriske og pædiatriske funktioner på de danske sygehuse og der eksisterer i dag 21 fødeafdelinger på landsplan, hvor 97 % af fødslerne varetages.

Regionerne udarbejder som led i deres sundhedsplanlægning fødeplaner, der beskriver samarbejdet mellem det regionale svangre- og fødetilbud, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. Regionerne skal i følge Sundhedsloven indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen ved udarbejdelse af sundhedsplaner. Anbefalinger for organiseringen af fødetilbud i Danmark skal sikre et hensigtsmæssigt og fokuseret fagligt grundlag for Sundhedsstyrelsens rådgivning til regionerne på fødeområdet og hermed sikre en fælles faglig ramme for organisering af de forskellige fødetilbud i Danmark. Samtidig skal anbefalingerne skabe en national ramme for den information der gives til de fødende og deres familier.

Gravide kan vælge mellem de fødetilbud som regionen stiller til rådighed. Sundhedsvæsenet har en væsentlig opgave i at sikre kvinderne og deres familie let adgang til relevant information, så de kan træffe et informeret valg. Denne information skal ses i sammenhæng med en stærk sundhedsfaglig visitation, der bl.a. tager højde for kvindens paritet og risiko for komplikationer.

Alle fødsler kan visiteres til fødsel på en fødeafdeling, både komplicerede og ukomplicerede. Hvis et graviditets- og fødselsforløb er omfattet af en specialfunktion, skal den fødende visiteres til et relevant sygehus. Jordemoderen er den primære fødselshjælper ved planlagte vaginale fødsler, og kan selvstændigt yde fødselshjælp ved den spontane, ukomplicerede fødsel. Komplicerede fødsler skal varetages under lægefagligt ansvar og det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik, anæstesiologi og pædiatri. Organiseringen på en fødeafdeling skal understøtte samarbejdet mellem jordemoder og læge, og sikre at de forskellige sundhedspersoner har kendte og veldefinerede kompetenceniveauer og -områder.

Det er uhensigtsmæssigt at arbejde med begreber som 'fødeklিনikker for ukomplicerede fødsler' da en fødsel er en kontinuerlig proces, og på trods af skarp visitation, vil der være fødsler der overgår fra komplicerede til ukomplicerede. Vælger en region at lave afsnit for lavrisikofødende bør dette tilbud rettes mod den gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel. Derudover bør der være faste rammer for, at indgreb som udgangspunkt ikke skal foretages på afsnittet, og at den fødende ved komplikationer

skal overflyttes til en fødeafdeling. Afsnit for lavrisikofødende bør fagligt og ledelsesmæssigt høre sammen med fødeafdelingen, og der bør sikres klar ansvarsfordeling og fælles faglige retningslinjer med fødeafdelingen.

Gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel kan visiteres til fødsel i hjemmet. Jordmoderen assisterer ved fødslen i hjemmet, og ved behov for lægelig intervention under eller efter fødslen skal den fødende overflyttes til en fødeafdeling. Der bør foreligge en klar beskrivelse af ansvarsfordelingen imellem de aktører som er, eller potentielt kan blive involveret i forløbet ved en hjemmefødsel og det bør tilstræbes at sikre sammenhængende forløb for den fødende, uanset at der skulle opstå komplikationer og behov for overflytning. Det anbefales at etablere en samlet ordning, fx regional hjemmefødselsordning eller kendt jordemoderordning, for dermed at sikre en stabil organisering.

Fødsel på klinik uden for sygehus kan fagligt ligestilles med hjemmefødsler, og organisationen af fødsel på klinik uden for sygehus bør følge hjemmefødslerne.

Generelt bør der sikres en national ensartet faglig kvalitet i alle landets fødte tilbud via faglige evidensbaserede retningslinjer for undersøgelse, behandling og visitation af fødende. Ydermere bør der løbende foretages kvalitetssikring af tværfaglige og akutte indsatser.

Anbefalinger

(opsummering udestår)

UDKAST

1. Indledning og lovgrundlag

I sundhedslovens § 3 og § 4 fastslås det, at regioner og kommuner har ansvar for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient, og de skal i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde m.v. Regionerne har jf. Sundhedslovens § 5 ansvar for at tilbyde fødselshjælp.

Reglerne om frit sygehusvalg (sundhedslovens § 86) betyder, at gravide kan vælge mellem fødesteder på bopælsregionens sygehuse samt fødesteder på andre regioners sygehuse. Et sygehus kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage personer fra andre sygehuses optageområde eller fra andre regioner. Særlige forhold vedr. graviditet, fødsel, familiedannelse eller barn kan betyde, at den fødende skal visteres til fødsel på sygehus med specialfunktion. Regionen har pligt til at yde jordemoderhjælp hvis kvinden ønsker at føde i hjemmet jfr. sundhedslovens § 83.

Regionerne skal efter Sundhedslovens § 206 stk. 2 indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen ved udarbejdelse af sundhedsplaner, herunder akut- og sygehusplaner, psykiatriplaner, fødeplaner mv., samt ved væsentlige ændringer heri.

Regionerne udarbejder som led i deres sundhedsplanlægning fødeplaner, der beskriver samarbejdet mellem det regionale svangre- og fødetilbud, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. Fødeplanerne er grundlaget for den regionale planlægning af svangreomsorgen, de lokale retningslinjer for visitation, de fælles kliniske retningslinjer m.v.

Udgangspunktet for Sundhedsstyrelsens rådgivning og nærværende anbefalinger er jfr. Sundhedslovens § 2 blandt andet det generelle planlægningsprincip om, at 'øvelse gør mester', samt de generelle principper om lighed i adgang til sundhedsydelser, høj kvalitet i behandling i hele landet, sammenhæng mellem ydelser, valgfrihed og let adgang til information.

Ifølge sundhedslovens § 208 fastsætter Sundhedsstyrelsen krav til specialfunktioner på regionale og private sygehuse og godkender placeringen af specialfunktioner på sygehuse. Specialeplanlægning omfatter de offentligt finansierede opgaver på sygehusområdet, og formålet er at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen og helhed i patientforløbene under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse.

Derudover baseres Sundhedsstyrelsens rådgivning på nærværende anbefalinger, 'Anbefalinger for Svangreomsorgen'(1), Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det

regionale sundhedsvæsen'(2) samt specialeplanen, herunder særligt de gældende specialevejledninger i gynækologi og obstetrik og pædiatri(3,4).

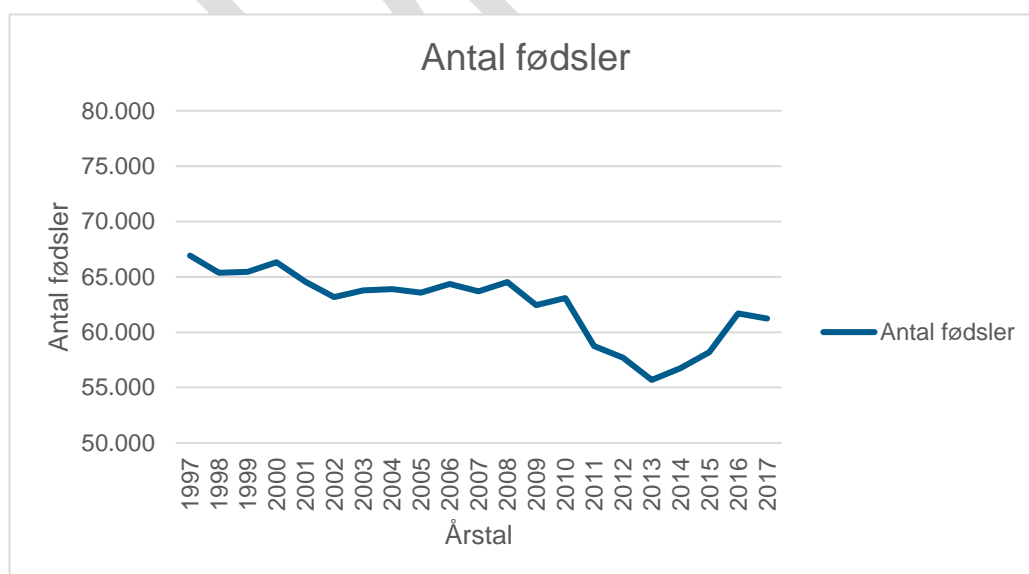
1.1. Formålet med anbefalingerne

De samlede anbefalinger for organiseringen af fødetilbud i Danmark skal sikre et hensigtsmæssigt og fokuseret fagligt grundlag for Sundhedsstyrelsens rådgivning til regionerne på fødeområdet. Med anbefalingerne etableres en fælles faglig ramme for organisering af fødeområdet og de forskellige fødetilbud i Danmark i en tid hvor fødselstallet er stigende.

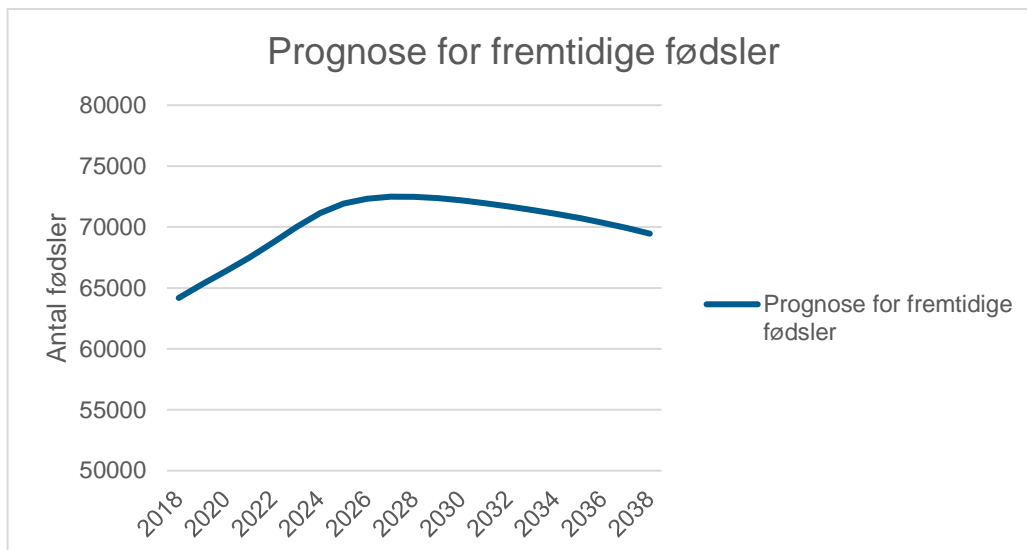
Et særskilt formål med anbefalingerne er at skabe en national ramme for indholdet i den information, der gives til de fødende og deres familier, således at de har det bedst mulige grundlag for at træffe beslutninger omkring valg af fødested.

1.2. Baggrund

I Danmark kommer cirka 60.000 børn til verden hvert år, og fødselstallet er i disse år stigende, således at det næsten er oppe på samme niveau som inden dykket i 2010. I 2017 var der således 61.235 fødsler, og i takt med at de store fødselsårgange fra 1990'erne selv får børn, forventes en yderligere stigning, således at man i 2027 forventer at der vil være omkring 72.500 fødsler. Herefter forventes det, at fødselstallet langsomt vil falde igen, men ikke til det nuværende niveau i dag. Fertilitetskvotienten har de sidste 25 år ligget rimelig stabilt i Danmark, og var i 2017 på 1,75 barn per kvinde.



Kilde: Det Medicinske Fødselsregister (MFR), Sundhedsdatastyrelsen, udtræk d. 23. oktober 2018



Kilde: Danmarks Statistik, udtræk d. 23. oktober 2018

Danmark er generelt et af de sikreste lande i verden at føde i vurderet på både faktorer som mødre- og spædbarnsdødelighed, men også på parametre som komplikationer og indgreb i fødslen og iltmangel hos det nyfødte barn. Siden årstusindeskiftet er der sket en generel og betydelig faglig forbedring på fødselsområdet. Der er en stor anvendelse af tværfaglige og evidensbaserede kliniske retningslinjer på fødeområdet i Danmark. Ydermere har der været en række succesfulde tiltag på fødeområdet såsom uddannelse og certificering af personale blandt andet i føtalmedicinske undersøgelser og operativ forløsning samt forebyggelse og håndtering af fødselsbristninger, instrumentel forløsning, blødning efter fødslen og genoplivning af nyfødte børn. Endelig har der på fødeområdet i Danmark været en stærk tradition for brug af kvalitetsdatabaser m.v.

Sundhedsstyrelsen har understøttet udviklingen på fødeområdet, bl.a. med udarbejdelse af anbefalinger og krav i specialevejledninger, for eksempel i form af krav til kompetencer på fødeafdeling og placering af specialfunktioner¹. Derudover har Sundhedsstyrelsen udarbejdet nationale anbefalinger på fødeområdet, herunder 'Anbefalinger til svangreomsorgen'(1), 'Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen'(2), samt udarbejdelse af 'Nationale Kliniske Retningslinjer om dystoci'(5), 'Retningslinjer for fosterdiagnostik'(6), 'Retningslinjer for neonatal hørescreening'(7) m.v.

Sammenlignet med andre lande er vi i Danmark generelt gode til, på tværs af landet, at sikre hurtig og ensartet implementering af nye faglige tiltag på fødeområdet som f.eks. kliniske retningslinjer og fosterdiagnostik. Derudover er håndteringen af gravide, fødende,

¹ Se eksempelvis specialevejledningerne for Gynækologi og obstetrik og Pædiatri (3,4)

nyfødte og den ny familie i Danmark kendetegnet ved et stærkt tværfagligt samarbejde mellem jordemødre, fødsels- og børnelæger, sundheds- og sygeplejersker m.v.

Siden årtusindeskiftet er der sket en samling og specialisering af både obstetriske og pædiatriske funktioner på de danske sygehuse. Der eksisterer i dag 21 fødeafdelinger på landsplan, hvor 97 % af fødslerne varetages. Der er en betydelig variation i antallet af fødsler på de respektive fødeafdelinger, fra henholdsvis omkring 260 fødsler årligt til knap 7000 fødsler årligt. Størstedelen af fødeafdelingerne varetager dog omkring 1500-3500 fødsler årligt. Af nedenstående oversigt fremgår det, at størstedelen af fødeafdelingerne, foruden at have obstetrisk beredskab, også har pædiatri og anæstesi på matriklen, således at det er muligt at få assistance fra speciallæger i obstetrik, pædiatri og anæstesiologi ved eventuelt opståede komplikationer under fødsel.

Oversigt over fødeafdelinger i Danmark, 2017

	Antal fødsler	Gynæko- logisk/ Obstetrisk afdeling	Anæstesi- ologisk afdeling	Pædiat- risk afde- ling med neonato- logi
Region Hovedstaden	21.932			
Hillerød Hospital	4.014	X	X	X
Rigshospitalet	5.471	X	X	X
Bornholms Hospital	261		X	
Hvidovre Hospital	6.778	X	X	X
Herlev Hospital	5.408	X	X	X
Region Midtjylland	ca. 14.500**			
Regionshospitalet Horsens	2.166	X	X	
Regionshospitalet Randers	2.225	X	X	X
Herning Hospital	2576*	X	X	X
Holstebro Hospital	587*	***	X	
Viborg Hospital	2.242	X	X	X
Aarhus Universitetshospital	4.730	X	X	X
Region Nordjylland	5.431			
Hjørring Hospital (varetager fødsler fra uge 34)	1.363	X	X	(X) ****
Aalborg Universitetshospital	3.471	X	X	X
Thisted Sygehus	597	X	X	
Region Sjælland	6.571			
Holbæk Sygehus	1.467	X	X	X
Slagelse Sygehus (flyttet fra Næstved maj 2018)	1.848	X	X	X
Nykøbing Falster Sygehus (varetager fødsler fra uge 34)	724	X	X	(X) ****
Roskilde Sygehus	2.532	X	X	X
Region Syddanmark	11.590**			
Esbjerg Sygehus	1.890	X	X	X
Odense Universitetshospital	3.714	X	X	X
Svendborg Sygehus	816*	***	X	
Aabenraa Sygehus	1.789	X	X	X

Kolding Sygehus	3.277	X	X	X
Ukendt	1.210			
Hovedtotal	61.235			

Kilde: Det Medicinske Fødselsregister (MFR), Sundhedsdatastyrelsen, udtræk d. 23. oktober 2018

*Tallene bygger på regionernes egne opgørelser

**Summen bygger både på tal fra MFR og regionernes egne opgørelser, som kan give en mindre usikkerhed

***Gynækologisk/Obstetrisk udefunktion (fra Herning for Holstebro og fra OUH for Svendborg)

****Pædiatrisk afdeling på hovedfunktionsniveau, med begrænsede kompetencer indenfor neonatologi

Af nedenstående tabel fremgår en række udvalgte indgreb og komplikationer i forbindelse med fødsel fordelt på første- og flergangsfødende. Disse indikatorer er valgt ud fra, at indgrebene og komplikationerne tilsiger håndtering på sygehus. Den enkelte fødende kan være medtalt flere gange under de angivne indgreb og komplikationer, og tabellen opsummerer således ikke en samlet andel af første- og flergangsfødende, der gennemgår en fødsel uden indgreb eller komplikationer.

Af tabellen fremgår det, at førstegangsfødende har flere indgreb under fødsel end flergangsfødende, såsom cup-anlæggelse, vestimulation og smertelindring i form af epiduralblokade. Andelen af kvinder, der får kejsersnit ligger på omkring 20 %, og er nogenlunde ens for første- og flergangsfødende, fraset andelen af akutte kejsersnit der er større hos førstegangsfødende. Med hensyn til igangsættelse bliver henholdsvis 27,4 % af alle førstegangsfødende og 21,1 % af alle flergangsfødende igangsat. Igangsættelse af fødslen kan ske af mange grunde, herunder både overbårenhed, vandafgang uden veer, svangerskabsforgiftning m.v. Alvorlige fødselsbristninger som inkluderer den anale lukkemuskel forekommer hos 3,6 % af førstegangsfødende og 1,1 % af flergangsfødende.

Udvalgte indgreb og komplikationer i 2017 fordelt på paritet

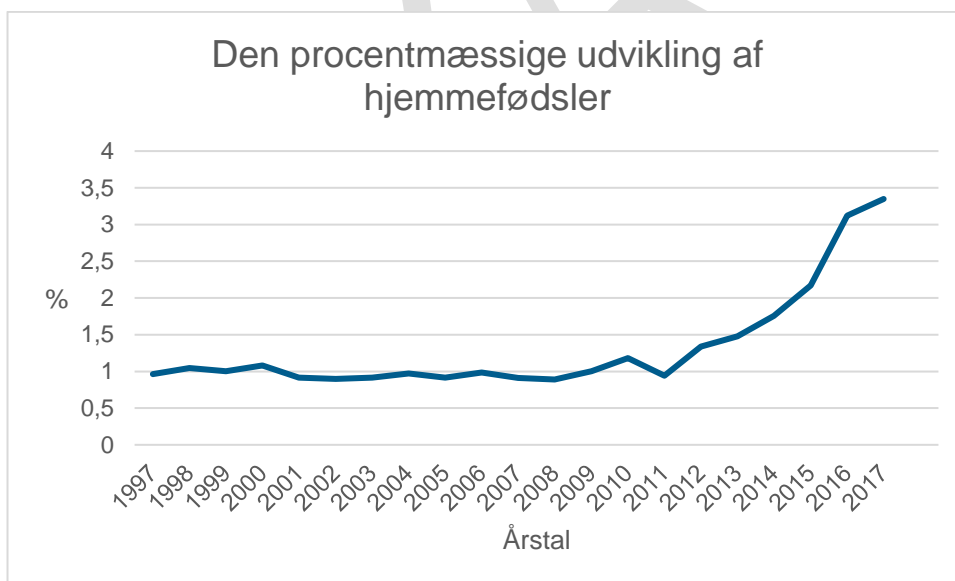
		Førstegangsfødsel (%)	Flergangsfødsel (%)
Instrumentel forløsning		3264 (11,0)	630 (2,0)
Kejsersnit	planlagt	1617 (5,46)	3398 (10,93)
	akut	4614 (15,57)	2329 (7,49)
	uspecificeret	52 (0,018)	26 (0,08)
Igangsættelse		8126 (27,4)	6573 (21,1)
Vestimulering		9774 (33,0)	3642 (11,7)
Epiduralblokade		9506 (32,1)	3974 (12,8)
Grad 3/4-bristninger		1067 (3,6)	338 (1,1)

Kilde: Det Medicinske Fødselsregister (MFR), Sundhedsdatastyrelsen, udtræk d. 23. oktober 2018. Det bemærkes at tabellen viser antallet af de enkelte indgreb og komplikationer, således at den enkelte fødende kan optræde flere gange i tabellen.

Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler estimerer at 64,6% af førstegangsfødende har en ukompliceret fødsel, defineret som fødsel til termin af rask barn med Apgar $\geq 9/5$, og uden indgreb eller komplikationer (kejsersnit, cup eller tang, episiotomi, grad III eller IV bristning, og blødning $\geq 1000\text{ml}$).

Andelen af hjemmefødsler er stigende, dog med regional variation, således at cirka 3 % af alle fødsler i 2017 var hjemmefødsler². En mindre gruppe af fødende vælger at føde på klinikker uden for sygehus, som i region Sjælland aktuelt er organiseret som private, offentligt finansierede fødeklinikker. I 2016 og 2017 fødte henholdsvis 171 og 177 kvinder på klinikkerne i Slagelse, Roskilde og Holbæk(8).

I Region Hovedstaden er man på sygehuse med fødeafdelinger ved at etablere særlige fødeafsnit til lavrisikofødende. Erfaringerne med lignende tidligere tilbud i hovedstaden, er beskrevet i bilag 1.



Kilde: Det Medicinske Fødselsregister (MFR), Sundhedsdatastyrelsen, udtræk d. 23. oktober 2018

² Hjemmefødsler inkluderer også fødsler på klinik uden for sygehus.

1.3. Fagligt grundlag

Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med dette arbejde gennemgået det faglige grundlag for organisering af fødetilbud.

Det er generelt meget sikkert at føde i Danmark for både mor og barn. De meget akutte og alvorlige hændelser, der kan opstå i forbindelse med en fødsel, er sjældne. Samtidig vælger kun få kvinder ikke at føde på en fødeafdeling og datagrundlaget for at sammenligne de enkelte fødetilbud i Danmark er derfor beskedent. Det faglige grundlag for organisering af fødetilbud i Danmark, bygger derfor både på udenlandsk og dansk forskning.

Der findes ikke evidens fra store, veltilrettelagte randomiserede kontrollerede studier på området. Dette skyldes blandt andet etiske udfordringer med at randomisere kvinder til et bestemt fødetilbud, uden at de selv har indflydelse på dette valg.

En række store kohortestudier sammenligner fødsel uden for en fødeafdeling med fødsel på en fødeafdeling. Det prospektive kohortestudie 'Birthplace England' (9), omfattende 64.538 lavrisikofødende kvinder, har sammenlignet overflytninger, indgreb under fødslen og perinatale komplikationer, imellem lavrisikofødende med planlagt fødsel på fødeafdeling, fødeklinikker (henholdsvis på sygehus med en fødeafdeling og udenfor sygehus) og i hjemmet. Resultaterne blev vurderet ud fra 'intention to treat-metoden' dvs. at resultater blev opgjort efter planlagt fødested, og ikke efter endeligt fødested efter f.eks. overflytning til sygehus. Generelt viste studiet ingen signifikant sammenhæng mellem valg af fødested og perinatale komplikationer, defineret som minimum én af følgende komplikationer: dødfødsel, tidlig neonatal død, neonatal encefalopati, meconium respiration, skade af plexus brachialis og fraktur af humerus eller klaviklerne. Dog fandt man for gruppen af førstegangsfødende, der planlagde at føde i hjemmet, en næsten dobbelt så stor risiko for komplikationer hos barnet (aOR=1.75, 95% CI 1.07-2.86). Der bemærkes dog at det er sjældne perinatale komplikationer, og den forøgede risiko i absolutte tal er beskedent³.

Blandt kvinder med planlagt fødsel uden for fødeafdeling fandt studiet samtidig en lavere hyppighed af indgreb i fødslen. Andelen af kvinder med en fødsel uden indgreb var på hhv. 76% for planlagt fødsel på fødeklinik på sygehus, 83% for planlagt fødsel på fødeklinik uden for sygehus og 88% for planlagt fødsel i hjemmet. En fødsel uden indgreb blev af forfatterne defineret som fravær af følgende: igangsættelse, smertelindring ved rygmarvsbedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning ved kop eller tang.

'Birthplace England' studiet har en række metodemæssige svagheder, herunder en vis skævvridning, bl.a. som følge af 'selvseleksion' (f.eks. at fødende, der måtte ønske smertelindring ved rygmarvsbedøvelse, forhåndsvælger en sygehusfødsel). Derudover bemærkes det, at datamaterialet fra 'Birthplace England' er selektivt, idet kun få procent i

perioden ikke var sygehusfødsler, ligesom der kan være forhold ved organiseringen i det britiske sundhedsvæsen, som ikke kan sammenlignes med danske forhold, herunder øget brug af forløsning med tang, forskelle i opgavedeling mellem jordemoder og læge, større lægeinvolvering i normale sygehusfødsler m.v.

Et Hollandsk retrospektivt kohortestudie⁽¹⁰⁾ med 743.070 fødende kvinder, har sammenlignet perinatale komplikationer hos børn af gravide, med hhv. planlagt hjemmefødsel og planlagt fødsel på en fødegang⁴. Studiet fandt ingen forskel i perinatale komplikationer i de to grupper. Forfatterne pointerer, at det kan være svært at overføre disse konklusioner til lande, hvor hjemmefødsler ikke er en integreret del af svangreomsorgen, som det er i Holland, hvor en betragtelig del af kvinderne føder hjemme.

Ved fødsler uden for en fødeafdeling er der risiko for overflytning under eller efter fødsel. Et nordisk prospektivt kohortestudie med 3.068 fødende viste at ca. hver tredje førstegangsfødende, der føder i hjemmet, vil blive overflyttet under eller efter en fødsel, mens det kun er hver tiende flergangsfødende. Langt størstedelen af overflytningerne sker på grund af manglende fremgang i fødslen, mens knap 4 % sker pga. akutte årsager som f.eks., blødning, grønt fostervand, feber eller dårlig fosterhertelyd. 'Birthplace England'⁽⁹⁾ studiet fandt nogenlunde de samme overflytningsrater på henholdsvis 36-45 % af førstegangsfødende og 9-13 % af flergangsfødende, alt efter om man overflyttes fra en fødeklinik (uden for sygehus eller på sygehus med en fødeafdeling) eller en hjemmefødsel.

Man bør generelt være forsigtig med at udlede meget konkrete konklusioner af de foreliggende studier om organisering af fødetilbud. Det er generelt en udfordring at sammenligne fødsler på fødeafdeling med fødsler uden for fødeafdeling, idet de inkluderede grupper i udgangspunktet er forskellige ved valget af fødetilbud. Endvidere kan studierne være vanskelige at sammenligne på tværs af lande pga. afgørende forskelle i organiseringen af landenes fødselshjælp og samlede sundhedsvæsen.

⁴ De sjældne perinatale komplikationer forekommer i 39/4488 (0,87%) fødsler i hjemmet ift. 52/10541 (0,5%) fødsler på en fødeafdeling

På baggrund af den foreliggende evidens på området kan følgende konkluderes:

- For flergangsfødende med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel vil der generelt ikke være en øget risiko for barnet ved planlagt fødsel hjemmet.
- For førstegangsfødende med ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel vil der generelt være en næsten dobbelt så stor risiko for komplikationer hos barnet ved planlagt fødsel i hjemmet. Det bemærkes dog, at fødselsrelaterede komplikationer, også hos førstegangsfødende, generelt er sjældne, så den forøgede risiko i absolutte tal er beskeden.
- Ved planlagt fødsel uden for fødeafdeling vil der generelt være en lavere hyppighed af indgreb i fødslen som f.eks. igangsættelse, smertelindring ved rygmarvsbedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning med kop eller tang.
- Ved planlagt fødsel uden for fødeafdeling kan omkring hver tredje førstegangsfødende og hver tiende flergangsfødende risikere at blive overflyttet under eller efter fødslen. Størstedelen af overflytningerne sker grundet manglende fremgang i fødslen.

1.4. Tryghed og information til fødende

Gravide kan vælge mellem de fødetilbud, som regionerne stiller til rådighed, og regionerne er forpligtet til at yde vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. I den forbindelse har sundhedsvæsenet som helhed en væsentlig opgave i at sikre kvinderne og deres familie let adgang til relevant information, så de kan træffe et informeret valg (for anbefalinger herfor, se kapitel 2).

Information til den fødende om valg af fødested skal ses i sammenhæng med en stærk sundhedsfaglig visitation, således at de fødende får det tilbud og den fødselshjælp, der passer bedst til dem, under hensyntagen til paritet, risiko for komplikationer, personlige præferencer mv. I disse anbefalinger gennemgås relevante parametre, som bør indgå i informationen til fødende og deres familie.

Den enkelte kvinde skal have mulighed for at vælge at føde det sted, der giver hende den størst mulige tryghed. Hvad der giver tryghed er ikke det samme for alle, og kvinder vil vægte forskellige elementer ved valg af fødested. Mens den ene kvinde kan finde tryghed i at føde i egne, rolige og kendte rammer, kan en anden føle sig tryk på sygehuset med mulighed for hurtig hjælp fra forskellige sundhedsfaglige kompetencer ved behov.

2. Information til den gravide

Det følger af sundhedslovens § 16, stk. 1, at en gravid kvinde har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal gives løbende og på en hensynsfuld måde, samt være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger.

I forbindelse med første graviditetsundersøgelse skal den praktiserende læge informere om generelle tilbud i løbet af graviditeten og om valg af fødested. Der skal således henvises til jordemoder og fødested. Der vil dog være behov for en løbende dialog omkring fødested, dels fordi der undervejs i graviditetsforløbet kan opstå komplikationer, som tilsiger valg af et andet fødested, dels fordi kvindens og hendes families præferencer kan ændre sig undervejs.

Sundhedsstyrelsen vil i forlængelse af nærværende anbefalinger i 2019 udsende informationsmateriale som skal kunne understøtte fælles beslutningstagning mellem den gravide, hendes partner, lægen og jordemoderen.

Det kan være svært at træffe beslutninger omkring fødested, idet der er tale om forskellige valg med mange forventninger til, hvor og hvordan man vil bringe sit nyfødte barn til verden. Det er vigtigt for fødselens forløb, at kvinden og hendes partner føler sig trygge og rolige, når kvinden skal føde. Trygge rammer under fødslen kan medvirke til, at vernearbejdet bedre og opleves som mindre smertefulde.

Informationsmaterialet skal give den gravide, såvel som hendes partner og øvrig familie, samt hendes jordemødre og læger konkrete og fælles værktøjer, så de sammen kan vurdere hvad der er bedst for den enkelte gravide. Informationsmaterialet skal ligeledes sikre at læger og jordemødre på tværs af landet har et fælles informationsgrundlag for rådgivning og visitation af den gravide, der inddrager den enkelte gravides livsomstændigheder og personlige præferencer.

Dialogen omkring valget af fødested skal tage udgangspunkt i den gravide og familiens forudsætninger, forventninger og præferencer, men skal samtidig baseres på evidensbaseret, lettilgængelig- og forståelig information, hvor fordele, ulemper og risici præsenteres både skriftligt og mundtligt. Det er væsentligt, at der er tale om en anerkendende dialog, med respekt for den gravides præferencer i forhold til fødested, for dermed at skabe tillid og fremme inddragelse og selvbestemmelse.

Informationsmaterialet vil blive differentieret til hhv. første- og flergangsfødende, og der bør være information målrettet ikke-dansktalende gravide og deres familier.

Anbefalinger til rammer for patientinformation

- Information om, hvordan forskellige fødsler kan forventes at forløbe.
- Information om rammerne for forskellige typer af fødetilbud, herunder beredskab, mulighed for smertelindring og indgriben ved opståede komplikationer, fremgangsmåde ved overflytning mv.
- Information om både mulige fordele og mulige ulemper ved de forskellige typer

National Health Service i England har udarbejdet informationsmateriale til de engelsk fødendes beslutningstagning omkring valg af fødested(11), og i det kommende arbejde med informationsmateriale til danske forhold vil dette, og andre internationale erfaringer blive inddraget.

Samtidigt skal regionerne og de enkelte fødeafdelinger løbende sørge for at der er opdaterede, fyldestgørende og let tilgængelige oplysninger (fx på sygehusenes hjemmesider) om de forskellige tilbud til gravide og fødende kvinder.

3. Fødsel på sygehus

I nedenstående afsnit beskrives målgruppe, visitationsprincipper, organisatoriske og kompetencemæssige udfordringer, patientinformation, ansvarsfordeling samt kvalitetssikring og monitorering først for fødsel på sygehus, og herefter for fødsel på afsnit for lavrisikofødende på sygehus med fødeafdeling.

I Danmark foregår 97 % af alle fødsler i dag på en fødeafdeling, dvs. en afdeling i tilslutning til en gynækologisk-obstetrisk sygehusafdeling. Foruden fødsler varetages undersøgelse og behandling af gravide med akutte eller kroniske medicinske sygdomme, øget risiko for komplikationer under graviditet og fødsel, samt kvinder, der henvender sig eller henvises fra jordemoder eller alment praktiserende læge på grund af opståede komplikationer under graviditeten eller mistanke herom. På fødeafdelingen kan tilbydes en bred vifte af diagnostik og behandling.

En række af landets fødeafdelinger har specialfunktioner for visse sygdomme hos gravide eller fostre samt for kommende familier med særlige behov. Regionerne fastlægger visitationsretningslinjer for gravide og fødende, som indebærer et samarbejde mellem sygehuse med både obstetriske og pædiatriske specialfunktioner, enten i eller uden for regionen, som skal sikre, at den gravide henvises til graviditetsundersøgelser og fødsel på et sygehus, der opfylder den gravide, det ufødte barn og familiens behov.

Fødeafdelingerne oplever en markant stigning i antallet af akutte henvendelser, der skal håndteres og afklares døgnet rundt, hvorfor akutte ambulatorier er etableret. Jf. Danske Regioners kortlægning af svangreomsorgen er antallet af både akutte og ambulante besøg per gravid kvinde steget i alle regioner over de sidste år(12).

3.1. Fødeafdeling

En fødeafdeling på et sygehus varetager fødsler. Jordemoderen er den primære fødsels-hjælper ved planlagte vaginale fødsler. Ved komplikationer hos den gravide eller fosteret, ved behov for indgreb som operativ forløsning eller ved smertelindring i form af epiduralblokada m.v. skal der være mulighed for umiddelbar assistance fra en læge inden for gynækologi og obstetrik og/eller anæstesiologi.

Målgruppen

På fødeafdelingen kan alle fødsler varetages, både komplicerede og ukomplicerede. Ved den ukomplicerede fødsel forstås fødsel af ét barn til termin i baghovedpræsentation. Fødslen indsætter, forløber og afsluttes spontant uden brug af vefremmende medicin, primær hindsprængning, eller instrumentel forløsning (dvs. uden sugekop eller kejsersnit)

⁵. Hvor graviditets- og fødselsforløb er omfattet af en specialfunktion, visiteres den gravide til relevant sygehus.

Visitationsprincipper

Ved første svangreundersøgelse hos egen læge foretages en indledende undersøgelse og risikovurdering af den gravide, og lægen henviser til ønsket fødested. Ved første undersøgelse hos jordemoder eller fødselslæge vurderes kvindens forhold og præferencer med henblik på rådgivning og visitation til fødested. Løbende i graviditeten foretages re-vurderinger ('kontinuerlig visitation'), da risikoen for komplikationer kan ændre sig. Der skal foreligge klare tværfaglige rammer for vurdering og visitation, således at den fødende får det mest hensigtsmæssige tilbud og fødselshjælp under hensyntagen til præferencer, paritet, komplikationer mv.

Visitationen skal tage højde for, at ikke alle fødeafdelinger kan varetage typer af fødsler.

Organisering og kompetencer

Jordemoder: Jordemoderen er den primære fødselshjælper ved planlagte vaginale fødsler, og skal understøtte den spontant forløbende fødsel. Det er vigtigt at sikre den fødende en kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson, fra kvinden er i aktiv fødsel, idet der er dokumentation for, at dette nedsætter kvindens behov for medicinsk smertelindring, øger hendes tilfredshed og chancen for, at fødslen forløber spontant.

Gynækologi og Obstetrik: På sygehus med fødeafdeling skal det være muligt at få umiddelbar assistance fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik.

Pædiatri: På sygehus med fødeafdeling skal der være kompetencer i neonatologi på et niveau, så der på matriklen kan varetages forventede normale fødsler og fødes forventede raske/normale børn fra 32. gestationsuge (32+0). Som udgangspunkt skal der på sygehuset være pædiatrisk afdeling med neonatologi på mindst hovedfunktionsniveau. På sygehuse med helt særlige geografiske forhold (øer og ø-lignende forhold) kan der være undtagelser. Det er dog en forudsætning, at den sundhedsfaglige kvalitet sikres gennem et tæt, formaliseret samarbejde med alle relevante parter, samt at borgerne er informeret om forholdene ved valg af fødested. Det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra speciallæge med særlige kompetencer i genoplivning af nyfødte.

Anæstesologi: På sygehuse med fødeafdeling skal det være muligt at få umiddelbar assistance fra en speciallæge i anæstesologi.

⁵Definition og afgrænsning af ukomplicerede versus komplicerede fødsler fremgår af Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv. kapitel 2.2 og 2.3 (13)

Øvrige specialer: der skal i relevant omfang sikres samarbejdsaftaler med øvrige specialer som f.eks. kirurgi, urologi, kardiologi, børnekirurgi og børnehjertekirurgi, så der kan sikres assistance ved komplikationer og tilstande hos mor og barn, når det er påkrævet. Afhængig af fødestedets størrelse, kompleksitet i visitation, varetagelse af specialfunktioner m.v. kan det være relevant, at øvrige specialer varetages på samme matrikel som fødeafdelingen.

Befolkningsunderlag og volumen: der findes ikke entydig evidens, som klarlægger det mest hensigtsmæssige befolkningsgrundlag for en fødeafdeling, herunder et evt. optimalt antal af fødsler. På meget store fødeafdelinger kan man med fordel overveje muligheder for opdeling. Fødeafdelinger med et stort antal fødsler kan have bedre muligheder for, at sikre beredskab med rutine og ekspertise, også i de sjældne komplikationer, som kan opstå i forbindelse med graviditet, fødsel, det nyfødte barn og den barslende kvinde. Men også på afdelinger med et lille fødselsvolumen kan beredskab sikres ved en særlig indsats med et kontinuerligt fokus på vedligeholdelse af kompetencer, bl.a. ved simulations- træning af akutte obstetriske tilstande, samt erfaringsudveksling og evt. fokuserede ophold på andre fødeafdelinger i regionen. Det kan ligeledes være relevant for mindre afdelinger at etablere faste rammer for samarbejde med en af regionens større obstetriske afdelinger for dermed at sikre solid faglig forankring.

Det er svært at angive en hensigtsmæssig størrelse på en fødeafdeling. Ud fra en række betragtninger, herunder hensyn til robusthed, opretholdelse af rutiner, organisatorisk sammenhængskraft m.v. kan der dog være særlige udfordringer ved fødesteder med mindre end 1500 eller mere end 5000 fødsler årligt. Det skal dog understreges, at der ikke foreligger stærk evidens på dette område.

Uanset størrelsen på en fødeafdeling skal normering af det sundhedsfaglige personale, herunder både jordemødre, læger og speciallæger inden for forskellige specialer, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter m.v. afstemmes i forhold til det aktuelle fødselsvolumen og kompleksiteten hos de gravide/fødende.

Faciliteter: På fødeafdelingen skal der være adgang til nødvendige faciliteter, udstyr, medicin m.v., herunder faciliteter som fødebadekar, instrumenter til operativ forløsning, udstyr til anæstesi og genoplivning, udtag af medicinske gasser m.v. Operationsstue til kejsersnit bør ligge i umiddelbar nærhed til fødeafdelingen.

Fødselsens spontane forløb skal understøttes for raske såvel som syge gravide, så længe en fødsel er ukompliceret. Også ved håndtering af komplikationer bør elementer, der forbliver ukomplicerede, understøttes. Det kan man blandt andet gøre ved at tænke i fødemiljøer, der giver kvinden/parret mulighed for at være i et mere hjemligt miljø, men med adgang til alt nødvendigt udstyr ved behov. Et fødemiljø bør også give kvinden/parret mulighed for bevægelse under fødslen, give mulighed for at bruge lys og lyd under fødslen samt understøtte parrets mulighed for at være sammen om fødslen.

Ansvarsfordeling

Rammerne for jordemoderens faglige virksomhed er fastlagt i vejledning nr. 151 af 8. august 2001 om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.(13) Jordemoderen kan selvstændigt yde fødselshjælp ved den spontane fødsel, som forløber uden komplikationer, dvs. fødsel af ét barn til termin i baghovedpræsentation, hvor fødslen indsætter, forløber og afsluttes spontant uden brug af vefremmende medicin, hindsprængning, eller instrumentel forløsning (dvs. uden sugekop eller kejsersnit). Andre fødsler, for eksempel fødsel før eller efter termin, fødsler, der søges fremskyndet eller standset ved særlig behandling, og flerfoldsfødsler må jordemoderen kun varetage under lægefagligt ansvar. Jordemoderen skal ved alle sygelige fund, komplikationer eller mistanke herom hos kvinden, fosteret eller barnet, henvise til eller tilkalde en læge.

I det kliniske arbejde vil der således være en lang række fødsler, som foregår i tæt samarbejde mellem jordemoder og læge med mulighed for gensidig faglig sparring og læring. Det er vigtigt, at organiseringen på fødeafdelingen understøtter dette samarbejde, og samtidig at sikre at de forskellige sundhedspersoner har kendte og veldefinerede kompetenceniveauer og -områder.

For kvinder med forløb fordelt mellem flere afdelinger (for eksempel ved kronisk sygdom, som følges på anden afdeling, ved akut opstået sygdom, eller forløb på familieambulatorium) er det vigtigt, at der er klare og fastlagte rammer for ansvarsfordeling imellem afdelinger.

Kvalitetssikring og monitorering

Ved varetagelse af fødsler på sygehus bør der være:

- Faglige evidensbaserede retningslinjer for undersøgelse og behandling
- Retningslinjer for visitation før, under og efter fødsel
- Planer og beredskab til håndtering af situationer med behov for obstetrisk, anæstesiologisk og/eller neonatologisk assistance
- Løbende kvalitetssikring af tværfaglige og akutte indsatser, herunder ved brug af simulationer, teamtræning, protokoller m.v.
- Indberetning af data til nationale registre og kliniske kvalitetsdatabaser
- Fastlagte indikatorer for både faglig kvalitet, patienttilfredshed/-oplevelser, servicemål m.v.
- Fastlagte rammer for læring, erfaringsopsamling, auditering m.v., f.eks. ved at afholde systematiske debriefinger, regelmæssige audits, systematiske gennemgange af utilsigtede hændelser m.v.

Anbefalinger

På ovenstående baggrund fremsættes følgende anbefalinger:

- En fødeafdeling skal kunne varetage alle fødsler, både komplicerede og ukomplicerede.
- Hvis graviditets- og fødselsforløb er omfattet af en specialfunktion, skal den gravide visiteres til relevant sygehus.
- Der bør løbende i graviditeten foretages revurderinger af visitationen, da risikoen for komplikationer kan ændre sig.
- Der bør sikres kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson fra kvinden er i aktiv fødsel.
- På et sygehus med fødeafdeling skal det være muligt at få umiddelbar assistance fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik, pædiatri og anæstesiologi, og der skal i relevant omfang sikres samarbejdsaftaler med øvrige relevante specialer som kirurgi, urologi, børnekirurgi m.v.
- Organiseringen på fødeafdelingen bør understøtte samarbejdet mellem jordemoder og læge, og sikre at de involverede sundhedspersoner har veldefinerede kompetenceniveauer- og områder.
- Der bør foreligge faglige evidensbaserede retningslinjer for undersøgelse, behandling og visitation, samt faste rammer for løbende kvalitetssikring og monitorering.

Anbefalinger til indhold i patientinformation

- Ved en fødsel på en fødeafdeling vil der være mulighed for umiddelbar assistance fra specialerne gynækologi og obstetrik, anæstesi og pædiatri. Det er derfor muligt at yde relevant sundhedsfaglig behandling umiddelbart eller inden for kort tid, såfremt der opstår behov herfor, herunder ved komplikationer, ved behov for smertelindring i form af epiduralblokade eller ved manglende fremgang i fødslen, hvor vestibulerende drop kan være nødvendigt.
- Ved planlagt fødsel på fødeafdeling vil der generelt være en lidt højere hyppighed af indgreb i fødslen som f.eks. igangsættelse, smertelindring ved rygmarvsbedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning med sugekop.

3.1.1. Sygehusafsnit for lavrisikofødende

Et sygehusafsnit for lavrisikofødende er et afgrænset afsnit på et sygehus med fødeafdeling, som varetager udvalgte fødselsforløb, som fagligt og ledelsesmæssigt er sammenhængende med fødeafdelingen, men som ikke har samme udstyr og lægeressourcer som selve fødeafdelingen.

Til afsnittet kan visiteres lavrisikofødende, som er kvinder med en ukompliceret graviditet, og som forventes at få en ukompliceret fødsel af et raskt barn.

Afsnittet vil være bemanded af jordemødre og andet sundhedsfagligt personale som for eksempel social- og sundhedsassistenter.

Fødestuerne på afsnittet vil ikke have samme udstyr som fødeafdelingen. Som udgangspunkt vil det ikke være hensigten, at der skal foretages indgreb på et sygehusafsnit for lavrisikofødende, men kvinden vil blive overflyttet til fødeafdelingen ved behov for smertelindring ud over lokalbedøvelse, ved behov for intravenøs behandling, ved behov for skærpet forsterovervågning, ved behov for operativ forløsning, suturering af større bristning m.v., ligesom der altid vil ske overflytning ved kompliceret fødsel. I særlige tilfælde hvor det er umiddelbart patientsikkerhedskritisk for enten mor eller barn at bruge tid på overflytning til fødegang, kan intervention på afsnittet være nødvendigt, hvorfor der skal foreligge beredskab og instruks for dette. I disse tilfælde kan der være behov for tilkald af læge til afsnittet.

Overvejelser omkring organisering af afsnit for lavrisikofødende

Sundhedsstyrelsen finder overordnet, at det er u hensigtsmæssigt at arbejde med begreber som 'fødeklinikker for ukomplicerede fødsler', 'sygehusklinikfødsler' mv. Selvom man kan sikre en meget skarp visitation, vil der alligevel være fødende, som vil opleve, at deres fødsel bliver kompliceret og dermed have behov for indgreb.

Fødeafdelingerne håndterer på nuværende tidspunkt hele spektret af fødsler fra den ukomplicerede fødsel til højrisikofødslerne. En del af fødslerne lægger sig et sted midt i mellem her, hvor man i dag udnytter muligheden for kontinuerlig sparring mellem jordemoder og fødselslæge, således at det sikres, at en fødsel er en kontinuerlig proces, hvor vurdering, tiltag og indgreb anvendes, når indikationen er der. Denne faglige sparring og sammenhængende fødselsforløb kan udfordres ved en organisering med afsnit for lavrisikofødende.

Vælger en region eller et sygehus at lave sygehusafsnit for lavrisikofødende, bør følgende iagttages ved organiseringen af disse afsnit:

Målgruppen

Gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel af et raskt barn og med et ønske om at føde i afsnittet kan visiteres til planlagt fødsel på et afsnit separe-

ret fra fødegangen. I vurderingen af og rådgivningen omkring fødested kan der med fordel lægges vægt på kvindens paritet, særligt set i lyset af at hver tredje førstegangsfødende kan forventes at skulle overflyttes til fødegangen.

Visitationsprincipper

For anbefalinger vedr. den kontinuerlige visitation før, under og efter fødsel, se samme overskrift i afsnit 3.1 (fødeafdeling). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at visitationsretningslinjerne for afsnit for lavrisikofødende lægger sig op ad retningslinjerne for 'fødsel uden for sygehus', da det er samme patientgruppe, som sygehusafsnit for lavrisikofødende kunne være relevant for. Visitationsretningslinjerne bør være ensrettede på nationalt plan for dermed at sikre ens visitation på tværs af landet.

Organisering og kompetencer

For anbefalinger vedr. jordemoderens rolle, herunder tilstedeværelse, se samme overskrift i afsnit 3.1 (fødeafdeling).

Det er vigtigt, at der kontinuerligt sikres kompetenceudvikling af jordemødre mv. på både fødeafdeling og sygehusafsnit for lavrisikofødende, eksempelvis ved en rotationsordning, der desuden kan fremme faglig udveksling og medvirke til undgå silodannelse mellem de enkelte afsnit. Sygehusafsnit for lavrisikofødende bør fagligt og ledelsesmæssigt høre sammen med fødeafdelingen.

I organiseringen af særlige fødeafsnit for lavrisikofødende bør der indføres faste rammer for, at indgreb som udgangspunkt ikke skal foretages på afsnittet, og såfremt der opstår komplikationer hos den fødende, kræver det overflytning til en fødegang. I tilfælde hvor det er umiddelbart patientsikkerhedskritisk for enten mor eller barn at bruge tid på overflytning til fødegang, kan intervention på sygehusafsnit for lavrisikofødende dog være nødvendigt.

I forlængelse af dette skal det pointeres, at det er nødvendigt at opretholde beredskab på fødeafdelingen/matriklen, som, ud over fødsler på fødegangen, også skal kunne varetage de kvinder, som overflyttes fra afsnittene for lavrisikofødende.

Jordemødre og andet personale på afsnittet bør være opdateret med færdighedstræning, herunder oplæring i neonatal genoplivning, og der skal sikres vedligeholdelse af disse kompetencer.

Overflytninger

Det bør tilstræbes at sikre sammenhængende forløb for den fødende, uanset at der skulle opstå komplikationer og behov for overflytning. Der bør udarbejdes klare aftaler og retningslinjer for overflytninger indeholdende faglige kriterier for, hvornår en kvinde skal overflyttes, og det vil også være hensigtsmæssigt at definere kriterier/scenarier for, hvor-

når jordemoderen bør konferere med kollega fra fødeafdeling. Det vil være hensigtsmæssigt, hvis jordemoderen kan følge med den fødende fra afsnittet til fødeafdelingen og fortsætte forløbet dér. Det anbefales, at man overordnet set anvender de samme faglige kriterier for overflytning som ved fødsel uden for sygehus (se samme overskrift i afsnit 4.1, Fødsel i hjemmet).

Der bør endvidere være overvejelser omkring afsnittet beliggenhed ift. selve fødeafdelingen, som har betydning for retningslinjerne for, hvordan (og hvor hurtigt) en overflytning kan foregå.

Der bør foreligge retningslinjer for pædiatrisk assistance i tilfælde af uventet behandlingskrævende nyfødte børn, samt en eventuel overflytning af disse børn til en neonatal afdeling.

Ansvarsfordeling

Overordnet set er det væsentligt, at der er beskrevet en klar ansvarsfordeling imellem de aktører, som er eller potentielt kan blive involveret i forløbet ved en fødsel på et sygehusafsnit for lavrisikofødende. Nogle af disse fødende vil få behov for at blive overflyttet før, under eller efter fødslen på grund af komplikationer. Overgangene, som dette medfører, understreger yderligere vigtigheden af, at der foreligger klare instrukser om ansvarsfordelingen imellem de forskellige aktører i kvindens forløb, også selvom der formentlig vil være tale om en overflytning mellem forskellige afsnit under samme afdeling eller på samme matrikel.

Kvalitetssikring og monitorering

For anbefalinger vedr. samarbejde mellem de involverede fagfolk og erfaringsopsamling, indberetning til relevante registre og monitorering, se samme overskrift i afsnit 4.1 (Fødsel i hjemmet).

Ved afsnit for lavrisikofødende bør der sikres fælles faglige retningslinjer med fødeafdelingen, og at regionens samlede fødertilbud har ensartet faglig kvalitet.

Såfremt sygehusafsnit for lavrisikofødende etableres, bør der desuden ske opfølgning og erfaringsopsamling for derved at sikre, at tilbuddet har samme høje kvalitet som de allerede eksisterende fødetilbud. Det vil i den forbindelse være hensigtsmæssigt, at kvinden registreres som fødende på et lavrisikoafsnit, og at man registrerer eventuel overflytning, samt at man monitorerer tæt på de eventuelle indgreb, der ville blive foretaget i konkrete patientsikkerhedskritiske tilfælde. Det anbefales i den forbindelse at oprette relevante koder for fødsel på afsnit for lavrisikofødende og overflytninger.

Anbefalinger

På baggrund af ovenstående fremsættes følgende anbefalinger:

- Sundhedsstyrelsen finder det uhensigtsmæssigt at arbejde med begreber som "fødeklinikker for ukomplicerede fødsler", da man på trods af skarp visitation ikke kan undgå at nogle forventede ukomplicerede fødsler bliver komplicerede.

Såfremt en region eller et sygehus vælger at organisere sig med sygehusafsnit for lavrisikofødende, anbefales følgende:

- Det bør kun være gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel af et rask barn der visiteres til at føde på et sygehusafsnit for lavrisikofødende.
- Sygehusafsnit for lavrisikofødende bør fagligt og ledelsesmæssigt høre sammen med fødeafdelingen, og der bør sikres fælles faglige retningslinjer med fødeafdelingen.
- Der bør sikres faste rammer for, at indgreb i fødslen som udgangspunkt ikke skal foretages på et sygehusafsnit for lavrisikofødende, og at den fødende, såfremt der opstår komplikationer, skal overflyttes til en fødegang.
- Der bør udarbejdes klare aftaler og retningslinjer for overflytninger og det bør tilstræbes, at sikre sammenhængende forløb for den fødende, uanset at der skulle opstå komplikationer og behov for overflytning.
- Der bør foreligge en klar beskrivelse af ansvarsfordelingen imellem de aktører som er, eller potentielt kan blive involveret i et fødselsforløb på et sygehusafsnit for lavrisikofødende, og der bør sikres erfaringsopsamling og løbende kompetenceudvikling af de involverede aktører.

Anbefalinger til indhold i patientinformation

- Ved fødsel på et sygehusafsnit for lavrisikofødende vil man som fødende ikke have de samme muligheder for smertelindring og umiddelbar lægelig assistance som på en fødeafdeling. Ved komplikationer til fødslen, herunder ved behov for smertelindring med epidural m.v., og ved behov for lægeassistance vil kvinden skulle overflyttes til fødeafdelingen.
- Ved planlagt fødsel uden for fødeafdeling vil der generelt være en lidt lavere hyppighed af indgreb i fødslen som f.eks. igangsættelse, smertelindring ved rygmarvsbedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning med kop eller tang.
- Omkring hver tredje førstegangsfødende og hver tiende flergangsfødende kan risikere at blive overflyttet til fødeafdeling ved planlagt fødsel på sygehusafsnit for lavrisikofødende.

Informationen om fødsel på sygehusene skal ses i tillæg til elementerne beskrevet i kapitel 2.

4. Fødsel uden for sygehus

I dette kapitel beskrives målgruppe, visitationsprincipper, organisatoriske og kompetencemæssige udfordringer, patientinformation, ansvarsfordeling samt kvalitetssikring og monitorering for fødsel uden for sygehus, og herefter hvad der gælder særligt ved fødsel på en jordemoderbemandet klinik uden for sygehus.

Nedenstående anbefalinger tager udgangspunkt i forhold, der gør sig gældende for fødsler uden for sygehus. Det skal præciseres, at der med fødsel uden for sygehus henvises til fødsler i hjemmet såvel som fødsler på jordemoderbemandede klinikker uden for sygehus. Det gælder, hvad enten disse ordninger er offentlige eller private, eftersom fødsel på en sådan klinik, hvor der ikke er mulighed for assistance fra speciallæger i gynækologi/obstetrik, anæstesiologi og pædiatri, fagligt set er at sammenligne med en hjemmefødsel mht. mulighed for assistance og risiko for overflytning ved komplikationer under fødslen. Efterfølgende gennemgås i afsnit 3.2.1. enkelte forhold, der er særligt relevante ved fødsel på klinik uden for sygehus.

Regionen skal jfr. sundhedslovens § 83 yde jordemoderhjælp til kvinder, der ønsker at føde i eget hjem. Efter vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv VEJ nr. 151 af 08/08/2001, kan det offentlige sundhedsvæsen ikke afvise at deltage ved hjemmefødsel, uanset at der kan være faglige forhold, der taler imod den konkrete hjemmefødsel. Jordemoderen har pligt til at informere kvinden, hvis der kan forudses komplikationer ved fødslen, og skal i givet fald tilråde kvinden at føde på et sygehus⁶. Har jordemoderen informeret om mulige komplikationer og risici som angivet og ført optegnelser i journalen om den givne information, vil jordemoderen ikke kunne pådrage sig ansvar for komplikationer, som jordemoderen ikke er i stand til at behandle i hjemmet(13).

4.1. Fødsel i hjemmet

En hjemmefødsel foregår hjemme hos kvinden selv og med assistance fra en erfaren jordemoder. Til rådighed vil jordemoderen have det nødvendige udstyr til den spontant forløbende, ukomplicerede fødsel samt nødhjælpsudstyr til at påbegynde behandling ved komplikationer hos mor og barn. Jordemoderen skal blive mindst to timer i hjemmet efter fødslen for at observere mor og barn. Ved behov for lægelig intervention under eller efter fødslen vil der være behov for overflytning.

Selv med en optimal visitation og selektion af gravide og fødende vil der kunne opstå uventede komplikationer i alle faser af fødselsforløbet. Generelt må man forvente en høj

⁶ Lov om jordemødre, §§ 8 og 14

overflytningsfrekvens for især førstegangsfødende ved fødsler, der ikke finder sted på en fødegang. Der skal således sikres kontinuitet mellem de involverede fagpersoner.

Målgruppen

Gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel kan visiteres til hjemmefødsel, såfremt kvinden har et ønske om dette. I vurderingen af og rådgivningen omkring fødested kan der med fordel stilles information omkring betydningen af paritet til rådighed.

Visitationsprincipper

For anbefalinger vedr. den kontinuerlige visitation før, under og efter fødsel, se samme overskrift i afsnit 3.1 (fødeafdeling). Visitationsretningslinjer for fødsel i hjemmet bør være ensrettede på nationalt plan for dermed at sikre ens visitation på tværs af landet jf. nedenstående boks.

Faglige kriterier til vurdering af om hjemmefødsel kan tilrådes

- Forventet ukompliceret graviditet og fødsel
- Et barn i hovedstilling
- Et barn til termin (gestationsalder 37+0 - 41+6)
- Spontan indsættende fødsel
- Estimeret fostervægt > -22% og <4500 g
- BMI <35
- < 5. para, grundet øget risiko for patologisk post partum blødning hos mange-gangsfødende
- Førstegangsfødende kan visiteres til hjemmefødsel, men bør særligt informeres om, at omkring hver tredje førstegangsfødende risikerer at blive overflyttet. Derudover bør den førstegangsfødende informeres om en næsten dobbelt så stor risiko for komplikationer hos barnet ved planlagt hjemmefødsel, men at det generelt er sjældne komplikationer og at den forøgede risiko i absolutte tal er beskeden.

I nedenstående boks fremgår eksempler på faglige forhold, der indikerer, at den fødende bør anbefales fødsel på sygehus⁷

Faglige forhold der indikerer at den fødende bør anbefales fødsel på sygehus

- Tidligere:
 - Komliceret graviditet
 - Dødfødt barn eller alvorlige fødselsskader
 - Fastsiddende skulder
 - Moderkageløsning
 - Svangerskabsforgiftning med kramper (eklampsi)
 - Kejsersnit
 - Kirurgisk behandling for svær overvægt
- Blødning på mere end 1000 ml efter tidligere fødsel
- Tidligere operationer på livmoderen, større muskelknuder (fibromer) i livmoderen og misdannelser af livmoderen
- Fødende der bærer af gruppe B streptokokker
- Medicinske sygdomme der kan have betydning for mor og/eller barn
- BMI > 35
- Gravide med misbrug
- Gravide med betydende psykisk lidelse, der ikke er velbehandlet eller i rolig fase

Kvinder med følgende forhold kan visiteres til hjemmefødsel, men skal anbefales at blive fulgt af obstetiker i svangreambulatorium (ved tvivlstilfælde ud over nedenstående tilbydes speciallægevurdering og/eller forløb på specialafdeling):

- Tidligere intrauterine growth retardation (IUGR)
- Tidligere svær præeklampsi

Der er altid behov for en faglig vurdering i det konkrete forløb, idet der kan være andre forhold, som taler imod en hjemmefødsel. Ønsker kvinden på trods af givent råd at føde hjemme, bør hun tilbydes samtale med speciallæge i gynækologi og obstetrik.

I vurderingen af og rådgivningen omkring valg af fødested bør der desuden være overvejelser omkring afstand/transporttid til nærmeste fødeafdeling, hvis man ønsker at føde hjemme. Selv med en optimal visitation og selektion af gravide og fødende vil der kunne

⁷ Adskillige af nedenstående tilstande er under graviditeten desuden omfattet af Sundhedsstyrelsens specialeplan og må således kun varetages på udvalgte sygehuse, der er godkendt hertil(14).

opstå uventede komplikationer i alle faser af fødselsforløbet, hvor intervention er tidskri-tisk, og hvor der er behov for assistance til kvinden og/eller barnet fra obstetriker, pædia-ter, anæstesiolog etc.

Organisering og kompetencer

Når kvinden er i aktiv fødsel eller behovet tilsiger det, skal der være en jordemoder til stede i hjemmet. Jordemoderen medbringer det nødvendige udstyr til den spontant forlø-bende, ukomplicerede fødsel samt nødhjælpsudstyr til at påbegynde behandling ved komplikationer hos mor og barn.

Rammerne for en hjemmefødsel adskiller sig væsentligt fra fødsel på en fødegang. Det er derfor vigtigt at sikre relevant erfaring og løbende kompetenceudvikling af de jorde-mødre, der deltager i en hjemmefødselsordning. Derudover kan man, ved at organisere sig med rotationsordninger, sikre at jordemødrene kan vedligeholde kompetencer ved jævnligt også at deltage i arbejdet på en fødeafdeling.

Det anbefales at etablere en samlet ordning, fx regional hjemmefødselsordning eller kendt jordemoderordning, for dermed at sikre en stabil organisering, som kan medvirke til en stabil organisering i beredskabet i vagterne, og undgå at fødeafsnittene skal prioritere jordemoderressourcer til hjemmefødsel midt i en vagt. Denne type organisering kan des-uden sikre tilknytning af den enkelte jordemoder til en bestemt fødeafdeling og herigen-nem understøtte faglig sparring.

Hvor hjemmefødsler i større eller mindre omfang varetages af jordemødre, der ikke er del af en regional hjemmefødselsordning (hvad enten der er tale om offentligt eller privat til-bud med regional aftale), er det vigtigt med et veletableret samarbejde med de regionale fødeafdelinger. Jf. ovenfor kan det blandt andet være ved at etablere kortere fokuserede ophold på en fødegang og fælles uddannelsesdage for derigennem at opretholde kom-petencer og styrke samarbejdet som ved en regional hjemmefødselsordning.

Derudover bør det sikres at alle jordemødre, der varetager fødsler i hjemmet, undervises i neonatal genoplivning samt relevant obstetrisk færdighedstræning, og at disse kompe-tencer vedligeholdes.

En væsentlig del af de kvinder, især førstegangsfødende, der har planlagt at føde hjemme, vil blive overflyttet i forbindelse med fødslen. Det er derfor nødvendigt at opret-holde et beredskab på fødeafdelingen, som foruden de fødende på den pågældende af-delning, skal kunne varetage overflytningerne fra fødsler uden for sygehus (både obstetrik-beredskab samt anæstesi- og pædiatriberedskab).

Overflytninger

Som beskrevet ovenfor vil en vis andel af fødsler i hjemmet udvikle sig på en sådan måde, at der er behov for overflytning til fødeafdeling. Det er vigtigt i denne forbindelse, at der sikres et sammenhængende forløb for den fødende.

Der bør være klare aftaler og planer for, hvortil og hvordan overflytning kan ske, hvis der opstår komplikationer under eller efter fødslen, herunder kriterier for hvornår det er relevant med beslutning om overflytning. Det kan i den forbindelse være relevant at definere kriterier/scenarier for, hvornår jordemoderen ved en hjemmefødsel bør konferere med kollega tilknyttet relevant obstetrisk afdeling/fødegang.

Ved nogle overflytninger kan den fødende selv transportere sig fra hjemmet til fødeafdelingen, og der er således ikke behov for akut lægelig indblanding. Ved andre overflytninger kan der være behov for et akut lægeligt beredskab, således at mor og/eller barnet kan blive transporteret med henblik på at modtage nødvendig livs- eller førlighedsredende behandling, f.eks. akut kejsersnit og/eller intensiv medicinsk behandling. Overflytninger kan således ske i egen bil eller med ambulance, evt. ambulance med ledsagelse af speciallæge i anæstesiologi fra akutlægebil, og der vil i det enkelte tilfælde være tale om en konkret faglig vurdering. Retningslinjer for overflytninger skal være beskrevet i lokale aftaler, og principperne for hvornår og hvordan man overflytter, kan med fordel være ensartede på tværs af landet for dermed at sikre samme forløb for alle fødende, dog under hensyntagen til lokale og geografiske forskelle. Uanset situationen er det nødvendigt med et beredskab til at håndtere overflytningerne, både præhospitalt og på fødegangen (se nærmere herom under *Organisatoriske og kompetencemæssige forudsætninger samt Det præhospitale akutberedskabs rolle*).

Nedenstående illustrerer de forskellige scenarier, hvor der ved fødsel i hjemmet er behov for overflytning.

Scenarier med behov for overflytning

- Kvindens eller barnets tilstand kræver overflytning inden barnets fødsel
- Kvindens eller barnets tilstand kræver overflytning efter barnets fødsel
- Både kvindens og barnets tilstand kræver overflytning efter barnets fødsel

Situationerne kræver forskellige fremgangsmåder og ansvarsfordeling, der som før nævnt bør konkretiseres i retningslinjerne for overflytninger, beskrivende både jordemødrenes, det præhospitale beredskabs og de modtagende fødeafdelingers rolle.

Nedenfor fremgår en række eksempler på faglige kriterier for, hvornår kvindens tilstand tilsiger, at hun skal overflyttes fra en hjemmefødsel til sygehus.

Eksempler på faglige kriterier for overflytning

- Under fødsel
 - Påvirket almentilstand hos kvinden
 - Tegn på iltmangel hos fosteret (grønt fostervand eller påvirket hjertelyd)
 - Utilstrækkelig lindring af smerte
 - Manglende fremgang af fødselens forløb, som ikke har kunnet afhjælpes i hjemmet
 - Erkendelse af andet end ét barn i hovedstilling
 - Kvindens ønske om sygehusfødsel
- Efter fødsel
 - Påvirket almentilstand hos kvinden
 - Blødning på mere end 500 ml
 - Fastsiddende moderkage
 - Feber > 38,5

Hvor det er organisatorisk muligt, kan jordemoderen fra den planlagte hjemmefødsel følge med ind på fødegangen for dermed at sikre kontinuitet i forløbet.

For at styrke sammenhængen og en optimal behandling i den fødendes forløb, når hun overflyttes, er det vigtigt at sikre, at alle involverede parter har adgang til relevante data for den fødende, herunder svangerskabsjournal, eventuelle blodprøvesvar samt øvrige oplysninger, der er relevante i forbindelse med fødslen.

Det præhospitale akutberedskab

Eftersom der er behov for overflytning af den fødende ved en vis del af fødslerne i hjemmet, stiller det krav til et effektivt og fagligt robust præhospitalt beredskab. Ved overflytninger vil der i udgangspunktet være tale om modtagelse af fødende, hvis fødsel ikke er ukompliceret og spontant forløbende, hvilket stiller særlige krav til det præhospitale beredskab. Det er således vigtigt at sikre de nødvendige ressourcer og kompetencer til at håndtere overflytninger på en sådan måde, at sikkerheden for både den fødende og barnet er i orden.

Overflytninger udgør en lille del af det samlede præhospitals akutberedskabs opgaver, og erfaringen med nyfødte og fødende kan for den enkelte læge, der kører lægebil, derfor være yderst sparsom. Det er således vigtigt, at man også tænker kompetencevedligeholdelse ind i det præhospitale akutberedskab.

Ansvarsfordeling

Det er væsentligt, at der er beskrevet en klar ansvarsfordeling imellem de aktører som er, eller potentielt kan blive, involveret i forløbet ved en hjemmefødsel. Nogle fødende vil få behov for at blive overflyttet før, under eller efter fødslen på grund af komplikationer.

Overgangene, som dette medfører, understreger yderligere vigtigheden af, at der foreligger klare instrukser for ansvarsfordelingen imellem de forskellige aktører i kvindens forløb.

Jordemoderen ved hjemmefødslen har ansvar for at vurdere og visitere den fødende til en fødeafdeling ved behov herfor. Såfremt fødslen føres til ende i hjemmet, er det jordemoderens ansvar at kontakte den relevante fødeafdeling, så den nyfødte registreres, og der bookes tider til relevante neonatale undersøgelser af den nyfødte, for eksempel neonatale screeningsundersøgelser (hælbloodprøve og hørescreening). Dette bør være konkretiseret i lokale retningslinjer, så det er klart for alle parter, hvor ansvaret ligger.

Kvalitetssikring og monitorering

Ved hjemmefødsler bør man sikre fælles faglige retningslinjer med fødegangen, og at regionens samlede fødetilbud har ensartet faglig kvalitet, herunder i det omfang at regionen har indgået kontrakt med private udbydere.

For at sikre det bedst mulige forløb for alle fødende, uanset om fødsel gennemføres i hjemmet, eller der sker overflytning under fødslen, bør der være et tæt samarbejde mellem de involverede fagfolk samt erfaringsopsamling. Dette kan eksempelvis være i form af journalaudit for dermed at sikre, at eventuelle u hensigtsmæssige forløb anvendes som læringspotentiale. På fødeafdelinger og neonatalafdelinger foretages tværfaglige audits på udvalgte fødselsforløb med henblik på at identificere ikke-tilfredsstillende faktorer, hvilket efterfølgende kan danne udgangspunkt for kvalitetsforbedring. I tilfældet med hjemmefødsler kunne et konkret eksempel være gennemgang af, om der, for kvinder der er blevet overflyttet til fødegang, i fødejournalen er indført notat om overflytning/henvisning eller foreligger kopi af overflytningsjournal. Der kan ligeledes ligge læringspotentiale i at gennemgå forløb, hvor samarbejde, håndtering etc. er foregået hensigtsmæssigt for dermed at fastholde den høje kvalitet i varetagelsen.

På samme måde som det gør sig gældende for fødsler på regionale fødeafdelinger bør der ved fødsel i hjemmet sikres indberetning til relevante registre, herunder kvalitetsdatabaser. Der er udarbejdet en række kvalitetsindikatorer for fødsler – indikatorer, som gør det muligt for de enkelte afdelinger løbende at søge oplysninger og sammenligne indgrebsfrekvenser. Ved en hjemmefødsel bør man, som man har på fødeafdelingerne, desuden have mulighed for at få et objektivi mål for barnets tilstand efter fødslen, og det anbefales i den forbindelse, at de relevante faglige selskaber beslutter og implementerer et sådant mål, der kan anvendes på tværs af landet.

Registrering af intenderet/faktisk fødested, overflytninger under/efter fødsel samt evt. årsag (manglende fremgang, problemer med mor/barn, manglende kapacitet på planlagt fødested) vil også bidrage til fremadrettet kvalitetssikring og forskning i kvaliteten af de enkelte fødetilbud. Det anbefales i den forbindelse at anvende relevante koder for fødsel i hjemmet og overflytninger.

Anbefalinger

På baggrund af ovenstående fremsættes følgende anbefalinger:

- Det bør kun være gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel af et rask barn der visiteres til at føde i hjemmet og kun såfremt at kvinden har et ønske herom.
- Der bør ved visitation af den gravide lægges vægt på kvindens paritet, således at særligt førstegangsfødende informeres om potentielle risici ved fødsel i hjemmet. Hvis den gravide mod givent råd, fortsat ønsker at føde i hjemmet bør hun tilbydes en samtale med en speciallæge i gynækologi og obstetrik.
- Ved komplikationer under eller efter fødsel skal kvinden overflyttes til en fødeafdeling. Der bør udarbejdes klare aftaler og retningslinjer for overflytninger og det bør tilstræbes, at sikre sammenhængende forløb for den fødende, uanset at der skulle opstå komplikationer og behov for overflytning.
- Der bør foreligge en klar beskrivelse af ansvarsfordelingen imellem de aktører som er, eller potentielt kan blive involveret i et fødselsforløb i hjemmet, og der bør sikres erfaringsopsamling og løbende kompetenceudvikling af de involverede aktører.
- Der bør etableres en samlet ordning, fx en regional hjemmefødselsordning eller kendt jordemoderordning, for dermed at sikre en stabil organisering af fødselstilbud i hjemmet.
- Der bør sikres fælles faglige retningslinjer med fødeafdelingen, og at regionens samlede fødetilbud har ensartet faglig kvalitet, herunder i det omfang at regionen har indgået kontrakt med private udbydere.

Anbefalinger til indhold i patientinformation

- Ved planlagt fødsel i hjemmet er der generelt en lidt lavere hyppighed af indgreb i fødslen som f.eks. igangsættelse, smertelindring ved rygmarvsbedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning med kop eller tang.
- Ved behov for smertelindring ud over lokalbedøvelse, ved komplikationer, ved behov for lægehjælp m.v. skal den fødende overflyttes til en fødeafdeling på et sygehus.
- Førstegangsfødende bør informeres om, at der er en næsten dobbelt så stor risiko for komplikationer hos barnet ved en planlagt hjemmefødsel, men at det generelt er sjældne komplikationer og at den forøgede risiko i absolutte tal er beskeden.
- Omkring hver tredje førstegangsfødende og hver tiende flergangsfødende kan risikere at blive overflyttet ved planlagt hjemmefødsel.

Informationen om fødsel på sygehusene skal ses i tillæg til elementerne beskrevet i kapitel 2.

4.1.1. Fødsler på klinik uden for sygehus

Ved fødsel på klinik uden for sygehus er der typisk tale om en klinik, som hverken geografisk, fagligt eller ledelsesmæssigt er en del af et sygehus med fødeafdeling. På klinikken varetages fødselshjælpen af en jordemoder som vil have det nødvendige udstyr til rådighed til den spontant forløbende, ukomplicerede fødsel, samt nødhjælpsudstyr til at påbegynde behandling ved komplikationer hos mor og barn. Ved behov for lægelig intervention skal kvinden overflyttes til sygehus med fødeafdeling.

Rammerne for fødsel på klinik kan fagligt ligestilles med hjemmefødsler. Anbefalinger til sådanne klinikker fremgår af ovenstående afsnit, *Anbefalinger til fødsler uden for sygehus*. Dog er det nødvendigt at gennemgå enkelte forhold, der er særlige for klinikkerne, herunder en skærpet informationsforpligtelse. Ligesom det fremgår af sundhedslovens § 16, at patienter har ret til at få information om deres helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger, er det specificeret, at hvis patienten i øvrigt skønnes at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingtagen, jf. sundhedsloven § 15, skal sundhedspersonen særligt oplyse herom, medmindre patienten har frabedt sig information (jf. § 16, hhv. stk. 5 og 2).

Ligesom for hjemmefødsler forventes det, at en del af fødslerne må overflyttes til en fødeafdeling. Derfor skal der på de enkelte fødeklinikker være retningslinjer for, hvad der skal ske, hvis der opstår komplikationer under fødslen.

Kvalitetssikring og monitorering

Såfremt private fødeklinikker planlægges inkluderet i de regionale fødetilbud, bør det, ligesom for hjemmefødsler i offentligt regi, sikres, at de har den nødvendige kvalitet. Det gælder desuden generelt set, at hvor der etableres fødetilbud, som hidtil ikke har været del af det regionale tilbud, bør der ske opfølgning og erfaringsopsamling for derved at sikre, at tilbuddet har samme høje kvalitet som de allerede eksisterende fødetilbud.

På samme måde som det gør sig gældende for fødsler på regionale afdelinger bør der ved fødsel på en jordemoderbemandet klinik uden for sygehus sikres indberetning til relevante registre, herunder kvalitetsdatabaser.

Anbefalinger

På baggrund af ovenstående fremsættes følgende anbefaling:

- En fødsel på klinik uden for sygehus kan fagligt ligestilles med fødsel i hjemmet. Anbefalinger til fødsel på klinik uden for sygehus følger således anbefalinger for fødsel i hjemmet.

Anbefalinger til indhold i patientinformation

- Det er vigtigt med relevant information om, at tilbud om fødsel på fødeklinik uden for sygehus med fødegang er at sidestille med hjemmefødsel med hensyn til mulighed for assistance og risiko for overflytning ved komplikationer under fødslen.

5. Implementering

Regionerne bør i deres opbygning af fødetilbud tage udgangspunkt i disse krav og anbefalinger til fødeområdet, samtidig med at man i forløbet med udvikling af fødetilbud afdækker både fordele og ulemper ved de forskellige konstruktioner i den enkelte regionale kontekst – herunder de organisatoriske og ressourcemæssige forudsætninger – for derved at sikre et solidt, fagligt beslutningsgrundlag funderet i den regionale drift.

Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden, at der i alle regioner etableres et formaliseret, velbeskrevet, tæt samarbejde mellem fødesteder, jordemodercentre, praktiserende læger, privatpraktiserende jordemødre og den kommunale sundhedstjeneste med henblik på at udarbejde beslutningsgrundlaget for den regionale organisering af fødeområdet, og sikre fælles kliniske retningslinjer og læring mellem de relevante aktører.

I forlængelse af ovenstående finder Sundhedsstyrelsen det relevant at anbefale inddragelse af borgere, patienter og pårørende i det organisatoriske arbejde med fødeområdet. Brugere har en helt særlig viden om sundhedsvæsenet, og denne viden er afgørende i forhold til at skabe den bedst mulige kvalitet i sundhedsvæsenet og kan bidrage med erfaringer og perspektiver, som fagfolk ikke i samme grad er opmærksomme på. Formen kan både være med inddragelse af relevante patient-/brugerorganisationer samt inddragelse af gravide, fødende og barslende samt pårørende med erfaringer fra kontakt med sundhedsvæsenet.

Referenceliste

- (1) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen. 2013.
- (2) Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. 2007.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Pædiatri af den 10. december 2018. Available at: https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gældende-specialeplan/~/_media/45E8EB595B4545559BE67AEA6D3207A5.ashx.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Gynækologi og obstetrik af den 10. december 2018. Available at: https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gældende-specialeplan/~/_media/76D43EB774C44156A3BB995B07C42831.ashx.
- (5) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje om førstegangsfødende med dystoci (manglende fremgang) 2014.
- (6) Sundhedsstyrelsen. Retningslinjer for fosterdiagnostik - prænatal information, risikovurdering, rådgivning og diagnostik. 2017.
- (7) Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens retningslinier af 12. august 2004 for neonatal hørescreening. 2004.
- (8) Region Sjælland. Evaluering af for-søgsordningen med private fødeklinikker i Region Sjælland. Maj 2017.
- (9) Birthplace in England Collaborative Group. 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 2011 Nov;23;343:d7400.
- (10) de Jonge A1, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. BJOG 2015 Apr;122(5):720-8.
- (11) NHS. Where to give birth: the options. 2018.
- (12) Danske Regioner. Kortlægning af svangreomsorgen. 2017.
- (13) Sundheds- og Ældreministeriet. VEJ nr 151 af 08/08/2001 - Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv. 2001.
- (14) Sundhedsstyrelsen. Gældende specialeplan 2017. Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gældende-specialeplan>.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Erfaringer fra de tidligere sygehusklinikfødsler

Bilag 1 – Erfaringer fra de tidligere sygehusklinikfødsler

Sundhedsstyrelsen noterer sig, at der fra 1984 til 2012, i det daværende Københavns Amt og enkelte andre steder i landet, har eksisteret særlige afsnit for lavrisikofødende, såkaldte fødeklinikker på sygehusene. Funktionen af afsnittene blev også kaldt ABC-afsnit (alternative birth care) og kunne beskrives som en "hjemmefødsel på en specialafdeling". Baggrunden for oprettelsen udsprang af flere faktorer, blandt andet et (politisk) ønske om at give kvinderne mulighed for i højere grad selv at kunne vælge, hvor de ønskede at føde. Øget viden om betydningen af tid, ro og faglig kontinuitet for fødselens forløb og den efterfølgende barsel samt for begrænsning i antallet af indgreb, var også en betydende faktor, og fødeklinikkerne havde til formål at skabe et trygt og naturligt fødemiljø, hvor kvinden og hendes partner var i fokus. En anden faktor af betydning var et stigende fødselstal i perioden, samt en vurdering af at en fødsel på en sygehusklinik var en økonomisk god løsning.

De kvinder, som blev visiteret til afsnittene, var fødende med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel. Kvinderne blev visiteret på forhånd, tidligt i graviditeten, og det var kun kvinder der selv ønskede at føde på en klinik.

Organisatorisk lå klinikkerne tæt på fødegangen, og ved behov for indgreb (vestimulerende drop, skalp pH, epiduralblokade, sugekop eller andet), blev de fødende overflyttet til fødegangen. Klinikkerne var bemandede med jordemødre og ledet af en vicechefjordemoder som refererede til afdelingsledelsen for den samlede fødeafdeling. Der var to parallelle jordemoder- og SOSU-beredskaber på henholdsvis fødeklinikken og fødegangen, og på nogle klinikker skulle der være en rotation af jordemødrene mellem fødeklinik og fødegangen for at sikre en vedligeholdelse af kompetencer. Lægerne skulle ikke udføre indgreb på klinikken, men kunne tilkaldes til vurderinger efter behov.

I løbet af den tid ABC-afsnittene eksisterede, opstod en række udfordringer. Kvinderne blev blandt andet ofte overflyttet til fødegangen pga. problemer i fødslen eller efter fødsel (primært smertelindring og vesvækkelse), og der var på enkelte klinikker ikke et tilstrækkeligt antal fødsler på klinikkerne til at opretholde et døgnberedskab.

Organiseringen og arbejdsmiljøet blev udfordret, da man ikke uden videre kunne flytte personalet til det eller de afsnit hvor der var behov i hverdagen. Rotationsordningerne mellem afsnittene fungerede ikke altid optimalt, og det medførte "silodannelse", hvor man oplevede at man ikke fulgte retningslinjerne ensartet og dermed ikke sikrede ensartethed i erkendelse af mulige komplikationer og handling herpå.

Endvidere begyndte de faglige kriterier for, hvilke indgreb der måtte foretages på ABC-afsnittene, at skride, og grænsen mellem fødegang og -klinik blev med tiden mere udvasket. Indretningen af fødestuerne på fødegangen og fødeklinikken kom også efterhånden til at ligne hinanden mere og mere. Der dukkede udstyr til mindre indgreb op på stuerne på klinikken, mens fødegangsstuer blev indrettet mere hjemligt.

