

VISITATIONS- RETNINGLINJER

DADJ OG DSOG 2002

Indledning

DADJ og DSOG aftalte på et fællesmøde i 1999 at nedsætte 3 arbejdsgrupper, der skulle udarbejde fælles retningslinjer for den normale fødsel, kvindens valg i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode og visitationsretningslinjer. Den sidste arbejdsgruppe kom til at bestå af følgende:

Jordemoder, uddannelseskonsulent i DADJ Anne-Jette Raben Bye
Jordemoder Jette Aaroe Clausen
Overlæge Jens Lyndrup, Roskilde
Jordemoder Lis Munk, Hvidovre
Overlæge Margrethe Møller, Ålborg
Overlæge Tom Weber, Hvidovre

Kommissorium for gruppens arbejde

Gruppens kommissorium lød som følgende:

” Arbejdsgruppen skal komme med anbefalinger til retningslinjer for primær visitation til:

- Hjemmefødsel/fødeklínik adskilt fra obstetrisk afdeling
- Kirurgisk fødested
- Fødeklínik i tilknytning til obstetrisk afdeling
- Obstetrisk afdeling uden pædiatrisk afdeling
- Obstetrisk afdeling med pædiatrisk afdeling
- Obstetrisk afdeling med lands- landsdelsfunktion.

Endvidere komme med anbefalinger til sekundær visitation under igangværende fødsel fra:

- Hjemmefødsel/fødeklínik adskilt fra obstetrisk afdeling
- Kirurgisk fødested
- Fødeklínik i tilknytning til obstetrisk afdeling
- Obstetrisk afdeling uden pædiatrisk afdeling
- Obstetrisk afdeling med pædiatrisk afdeling

Anbefalingerne skal være evidensbaserede, hvor dette er muligt, alternativt baseret på god obstetrisk praksis, som skal begrundes og som der skal være konsensus om.”

Gruppens arbejdsform.

Gruppen har ikke med de midler der var til rådighed kunnet udarbejde egentlige evidensbaserede retningslinjer for visitation.

Når en af gruppens medlemmer har haft specielt kendskab til eller specifikt arbejdet

med enkelte indikationer er der angivet referencer i visitationslisterne. Der ligger således ikke en systematisk litteraturgennemgang og fælles bearbejdning af referencerne til grund for forslagene til visitation.

Gruppen foreslår at arbejdet med at skabe evidensbaserede retningslinjer fortsættes og at der afsættes tilstrækkelige ressourcer til, at dette arbejde kan udføres. Arbejdet kræver, at der ansættes en person, som kun beskæftiger sig med det i en længere periode, støttet af en følgegruppe med medlemmer fra begge faglige selskaber. Hvis visitationsretningslinjerne bruges nationalt, bør grundlaget for at gennemføre arbejdet være i orden og der skal ligge en faglig og seriøs bearbejdning af litteraturen til grund for disse anbefalinger.

Gruppen har anvendt følgende litteratur:

Til den overordnede diskussion af visitation er anvendt følgende litteratur. Ved de specifikke referencer - se venligst litteraturliste bagerst i rapporten.

Svangeromsorg.

Retningslinier og redegørelse.

Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode. Sundhedsstyrelsen 1998.

Obstetric manual

Final report of the Obstetric working group of the national health insurance board of the Netherlands, 1998. Med tilhørende referencer.

Handlagning av normal förlossning.

State of the art rapport

Socialstyrelsens ekspertgrupp I obstetric og gynekologi

Lennart Nyström og Ulla Waldenström

Cirkulære om jordemodervirksomhed

Cirkulære nr. 149 af 8. august 2001, Sundhedsstyrelsen

Lov om patienters retstilling

Sundhedsstyrelsen 1998

Neonatologiens fremtidige organisation

Sundhedsstyrelsen, 1994

Derudover lokalt udarbejde retningslinjer fra Hvidovre, Roskilde, Ålborg, Sandbjerg og DSOG.

Kvindens rettigheder vedrørende visitation til fødsel.

Ifølge Lov om Svangerskabshygiejne og Fødselshjælp (Lovbekendtgørelse nr.622 af 19. juli 1995 §1 stk.) har kvinden ret til vederlagsfri fødselsbetjening på sygehus eller anden offentlig institution efter eget valg samt ret til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Omkring hjemmefødsler fremhæves det i Sundhedsstyrelsens Retningslinjer for Svangeromsorg og Cirkulære om jordemodervirksomhed, at det er

kvindens ret at vælge fødested uanset at der er faglige forhold, der taler imod en hjemmefødsel, ligesom kvinden ikke kan overflyttes til sygehus mod sin vilje. Det fremhæves ligeledes at :

"Kvinden skal sikres muligheder for at træffe reelle valg om undersøgelsestilbud, fødested/måde, behandlingsforslag, omsorg og anvendelse af teknologi" . (Sundhedsstyrelsen, 1998, s. 16)

Der er således en række rammer og krav til de professionelle, når de vejleder kvinden om valg af fødested. Udgangspunktet er, at kvinden suverænt kan vælge, hvor hun vil føde og de professionelle skal bidrage med information, der gør kvinden i stand til at vælge. Der kan således være andre forhold end alene den medicinske og obstetriske vurdering, der skal have plads, når valg af fødested træffes. Det er dog vigtigt, at kvinden er nøje rådgivet om de medicinske og obstetriske forhold.

I Cirkulære om Jordemodervirksomhed står der, at jordemoderen varetager den spontant forløbende fødsel og at hun skal kalde læge ved komplikationer. Jordemoderens kompetence til at varetage fødselshjælp er således ikke bundet til et nærmere angivet sted og hun kan derfor varetage spontant forløbende fødsler i såvel hjem som på højt specialiseret fødeafdeling.

Generelt om visitation

Der er forskellige organisatoriske niveauer af fødselshjælp og neonatal omsorg afhængig af speciallægeberedskab på gynækologisk/obstetrisk, anæstesiologisk og pædiatrisk afdeling, og andre medicinske specialer. Visitationen bør indrettes efter dette.

De fleste kvinder, der føder i Danmark kan grundlæggende betragtes som sunde og raske. Ifølge Sundhedsstyrelsens Medicinsk Fødsels- og Misdannelsesstatistik 1994 og 1995 fødte cirka halvdelen uden indgreb. Ud fra denne betragtning ville størstedelen af de fødende kunne føde på alle organisatoriske niveauer i fødselshjælpen. De fleste fødende føder imidlertid på større eller mindre specialafdelinger, kun ca. 2% af fødslerne finder sted på kirurgiske fødesteder. Der er således flere kvinder, der vælger den service der forefindes på en specialafdeling.

Gynækologisk/obstetriske afdelinger med gynækologisk og anæstesiologisk speciallæge i tilstedeværelsesvagt og pædiatrisk afdeling med neonatal funktion kan i sagens natur varetage stort set alle fødsler, gynækologisk/obstetrisk afdeling uden pædiatrisk funktion en mindre del, mens kirurgiske fødesteder, jordemoderledede klinikker, geografisk adskilt fra specialafdeling, kan modtage fødende med forventet ukompliceret fødsel ligesom til hjemmefødsler.

Herudover skal det fremhæves at gravide med behandlingskrævende medicinske sygdomme behandles og kontrolleres i samarbejde mellem gynækologisk/obstetrisk afdeling og relevant medicinsk afdeling. Særlig skal det fremhæves, at indikationen for og fortsættelse af farmakologisk behandling stilles af relevant specialist i intern medicin. Visitationen vil således afspejle dette.

Traditionelt visiteres der oftest fra et mindre specialiseret organisatorisk niveau til det

mere specialiseret niveau f.eks. fra fødeklinik til specialafdeling. Der kan imidlertid visiteres mellem niveauerne begge veje også fra et højt specialiseret organisatorisk niveau til et mindre specialiseret organisatorisk niveau. Har en gravid en øget risiko for en komplikation og denne komplikation undervejs i graviditeten afvises, f.eks. diagnosen truende for tidlig fødsel, kan hun visiteres fra det mere specialiserede til det mindre specialiserede niveau, såfremt hun ønsker det.

Overordnet er gruppens medlemmer enige om følgende:

- Den alment praktiserende læge er den centrale fagperson i forbindelse med konstatering af graviditeten og foretager på grundlag af 1. konsultation visitation til jordemoder, fødested og eventuelt speciallægeundersøgelse.
- Jordmoderen er den sundhedsperson, kvinden hyppigst har kontakt med under graviditeten, og hun er den centrale fagperson under fødslen.
- Den alment praktiserende læge og jordmoderen er ansvarlig for at visitere til obstetrisk speciallæge i fornødent omfang.
- Jordmoderen varetager selvstændigt fødselshjælpen ved den spontant forløbende fødsel.
- Jordmoderen samarbejder med speciallæge, hvor det er påkrævet.
- At kvinden under fødslen skal have mulighed for at have en jordemoder hos sig under hele forløbet.¹⁾
- At der bør være evidens for visitationsretningslinjerne så langt, det lader sig gøre.
- At der på gynækologisk/obstetriske afdelinger med fødselsfunktion er gynækologisk/obstetrisk og anæstesiologisk speciallæge i tilstedeværelsesvagt.
- At lægehjælp til fødende bør gives af speciallæger i gynækologi og obstetrik.
- At der bør udarbejdes profiler *) af de enkelte fødesteder og jordemodercentre som skal være tilgængelige på Internettet
- At der udarbejdes informationsmateriale om visitation og faglige retningslinjer til kvinden/familien. Dette informationsmateriale bør ligge på internettet, gerne som "klikke" mulighed under de enkelte fødesteders profil. Informationsmaterialet bør oversættes til relevante sprog af hensyn til de fremmedsprogede kvinder/familier
- At materialet sendes til høring på forskellige afdelinger med henblik på kommentarer så bredt som muligt.

*) Med profiler menes kvalitets vurderinger f.eks. ud fra de ti grupper. F. eks hyppighed af vakuumbekstraktion eller sectio på gruppe 1 kvinder.

Herefter følger lister over primær visitation og visitation under og efter fødslen.

Fødsel i hjemmet eller på fødeklinik adskilt fra obstetrisk afdeling.

Kvinder med en forventet ukompliceret graviditet og fødsel, der føder mellem uge

37+0 og 42+0 og en skønnet fostervægt på mellem 2500 og 4500 gram. Kvinder, der ved en tidligere fødsel har fået anlagt ukompliceret vacuum extractor og/eller har fået vestimulation i forbindelse med igangsættelse af fødslen eller ve-svækkelse.

Fødsel på fødeklínik ved specialafdeling.

Ved fødsel på fødeklínik i umiddelbar tilslutning til specialafdeling kan forskellige principper for visitation tages i anvendelse.

Man kan organisere visitationen ud fra forskellige perspektiver

A: - at det primært er gravide, der forventes at føde spontant. Såfremt der er indikation for indgreb flyttes kvinden til specialafdelingen.

B: - at det primært er gravide, der forventes at føde spontant. Såfremt der er indikation for nogle få indgreb (f.eks. ve-stimulation og vacuum ekstraktion), kan den fødende forblive på klinikken og få behandlingen udført der.

At arbejde fagligt og bevidst med principperne og konsekvenser af forskellige principper for visitation kan bruges som et afsæt for faglig refleksion og udvikling.

A fremmer og sætter fokus på den spontant forløbende fødsel uden indgreb. B har fokus på at minimere antallet af overflytninger fra klinik til specialafdeling og arbejde for at kvinden så vidt muligt bliver, hvor hun er og lade specialisterne komme til kvinden.

Retningslinjerne kan ændres over tid, afhængig af hvilke forhold afdelingen ønsker at sætte fokus på, ligesom belastningen på den ene eller anden type fødegang også kan spille en rolle. Endelig vil afstanden mellem fødeklínik og specialafdeling indgå i overvejelserne om hvilke retningslinjer, der bør tages i anvendelse.

Fødsel på kirurgisk afdeling.

Der visiteres som til hjemmefødsel.

På kirurgisk afdeling er der mulighed for at foretage akut kejsersnit, vacuum extractor og behandle post partum blødning. Det vil sige, at kvinderne ikke skal overflyttes til specialafdeling med henblik på disse indgreb.

Ved tegn på føtal distress, der kræver akut forløsning, kan dette udføres på kirurgisk fødested.

Fødsel på specialafdeling uden pædiatrisk service (evt. med fødeklínik)

Hvor der ikke er angivet referencer, har gruppen taget udgangspunkt i god obstetrisk og

jordemoderfaglig praksis.

Gestationsalder > 35 + 0

- Statura parva **)
- 1. para over 40 år**)
- IVF/ICSI ²⁾
- BMI > 35 ³⁾
- Vaginal fødsel efter tidligere sectio*) ⁴⁾
- Tidligere kompliceret fødsel f. eks vakuummextr./tang (ukompliceret udgangskop undtaget), skulderdystoci, atoni, sphincterruptur, retentio placentae, collumriff, blødning > 1000 ml. ^{5) 6) 7)}
- Tidligere abruptio placentae ⁸⁾
- Tidligere misdannet barn, Tidligere intrauterin fosterdød, Kvinder med medicinske sygdomme, forudsætning at barnet ikke har behov for pæd. service.
- Fibromer i uterus ⁹⁾
- Placenta prævia
- Gemelli - dichoriske, estimeret vægtforskel mindre end 500 g.
- Mistanke om stort barn >4500 gram**)
- Leverbetinget graviditetskløe ¹⁰⁾
- Foetus mortus
- Graviditas prolongata
- Let polyhydramnios uden påviste misdannelser
- Præelamsi uden påvist væksthæmning i den aktuelle graviditet
- Igangsættelse af fødslen i tilfælde hvor pædiatrisk service til barnet ikke skønnes nødvendig ¹¹⁾
- Præmatur fødsel mellem uge 35 + 0 og 37 + 0
- Planlagt sectio uanset indikation.

***) Disse indikationer bør ikke betragtes som absolutte. Der bør altid tages individuel stilling i den enkelte kvindes tilfælde.

Fødsel på specialafdeling evt lands- landsdelsspeciale med pædiatrisk service eller neonatalafdeling, (evt. med fødeklinik).

(lands-landsdelsspecialerne er markeret med **LANDS-LANDSDELSPECIALE**)

- Kvinder med medicinske sygdomme i tilfælde hvor barnet kan forventes at have brug for pæd. service. (f.eks. epilepsi, vækstretardering)
- Moderat til svær IUGR > 22%
- Præmatur fødsel før uge 35+0. Fødsel mellem uge 32+0 og 35+0: Gynækologisk specialafdeling med tilknyttet pædiatrisk afdeling.
Fødsel mellem 28+0 og 32+0: Gynækologisk specialafdeling med tilknyttet neonatal afdeling. Fødsel før uge 28+0: Lands-landsdelsspeciale. ¹²⁾
- Gravide misbrugere ^{13) 14) 15)}
- Oligohydramnios
- Hydramnios, mere udtalt.

- Gemelli. Dichoriske gemelli med estimeret vægtforskel mere end 500 g. Monochoriotiske gemelli.
- Fødsel i underkroppræsentation planlagt vaginal fødsel.
- Truende for tidlig fødsel.
- Gestationel diabetes, ikke insulinkrævende ¹⁶⁾
- Gestationel diabetes, insulinkrævende. Lands- landsdelsspeciale
- Prægestationel diabetes, Lands- landsdelsspeciale
- Blodtypeimmunisering, Lands- landsdelsspeciale. ¹⁷⁾
- Thrombocytimmunisering, alloimmuniserede, lands- landsdelsspeciale
- Autoimmuniserede på afdelinger med neonatalafd.
- Gravide med mistanke om sygdom eller malformation af fosteret
- Gravide med mistanke om sygdom hos fosteret, der kan nødvendiggøre børnekirurgisk ekspertise ved eller kort efter fødslen. Skejby, Rigshospitalet, Odense Universitetshospital.

Visitation under fødslen

Overflytning af kvinder til specialafdeling fra hjemmefødsel, jordemoderledet klinik geografisk adskilt fra specialafdeling eller kirurgisk afdeling.

Det må i hvert enkelt tilfælde skønnes om overflytning er mulig bl.a. med henblik på at undgå fødsel under transporten.

1. Tyndt grønt fostervand tidligt i fødslen.
2. Tykt grønt fostervand på hvilket som helst tidspunkt i fødslen, såfremt overflytning kan nås.
3. Abnorm fosterpræsentation : UK eller en fosterpræsentation der er årsag til et protaheret forløb.
4. Blødning, fraset tegnblødning
5. Temperaturforhøjelse > 38 grader
6. Påvirket hjertelyd: ved påvirket hjertelyd forstås her alle afvigelser fra det normale, dvs. også hjertelydspåvirkning, der skal observeres og som ikke kræver umiddelbar forløsning.
7. Protraheret forløb : ¹⁹⁾
 - I den aktive udvidelsesfase :ved manglende progression efter 3-4 timer gøres status med henblik på, om der er indikation for overflyttelse til specialafdeling eller hvile.
 - I overgangsfasen : fra orificium er fuldt dilateret + *regelmæssige gode veer* til caput er på bækkenbunden foreslås det, at der ikke går mere end 2 timer.
 - Anvendes valsalva metoden i uddrivelsesfasen, hvor orificium er udslettet, caput på bækkenbunden og fuldt roteret med diameter recta i midtplanet og der er gode regelmæssige veer foreslås det, at der overflyttes, hvis der er manglende progression efter 1 time.
8. Præeklampsi.

Visitation efter fødslen

1. Blødning på grund af atoni > 500 ml; hvor kvinden er påvirket, kræver behandling eller observation.
2. Sphincterrupturer
3. Store hæmatomer
4. Retentio placentae. Ved placentarettention uden blødning, må der afventes ½ time¹⁸⁾
5. Patologiske forhold hos barnet. F.eks. SGA børn, dysmaturitet, fostervægt over 5000 gram eller almen påvirket tilstand hos barnet.

Referencer:

1. Hodnett ED : Caregiver support for women during childbirth.
Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000199. Review.
2. Tan SL et al: Obstetric outcome of in vitro fertilization pregnancies compared with normally conceived pregnancies.
Am J Obstet Gynecol. 1992 Sep;167(3):778-84.
3. Chrisensen HB et al : Den overvægtige gravide Oplæg
til Sandbjerg guidelines 1999
4. Enkin et al : Labor and birth after previous cesarean section
A guide to effektive pregnancy and childbirth. 3. udgave 2000
5. Mashburn J : Identification and management of shoulder dystocia.
J Nurse Midwifery. 1988 Sep-Oct;33(5):225-31.
6. Jander C et al : Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital.
Acta Obstet Gynecol Scand. 2001 Mar;80(3):229-34.
7. Parnell C et al : Conduct of labor and rupture of the sphincter ani.
Acta Obstet Gynecol Scand. 2001 Mar;80(3):256-61.
8. Blaakjær J : Abruptio placentae Ugeskrift for Læger, 25. august 1986, 148 årg. Nr 35 s 2205-07
9. Coronado GD et al : Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study.
Obstet Gynecol. 2000 May;95(5):764-9.
10. Holmskov A et al : Leverbettinget graviditetskløe
Oplæg til Sandbjerg guidelines 1999
11. Hannah M et al : Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. The Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group.
N Engl J Med. 1992 Jun 11;326(24):1587-92.
12. Lewis DF et al : preterm delivery from 34-37 weeks of gestation: Is respiratory distress syndrome a problem.
American journal of Obstetrics and gynecology vol. 174, nr 2, 1996
13. Lindenskov L et al : ”Graviditet og misbrug af narkotiske stoffer”

Ugeskrift for læger side 5005 161/50 13. december 1999

14. Balle J et al : Cannabis og graviditet
5024 161/36 6. september 1999 Ugeskrift for læger s.
15. Kesmodel U : Alkohol og graviditet
praksis d. 12 juli 1999 s 4989-4994 Videnskab og
16. Møller D : American
journal of Obstet Gynecol 2001, vol. 185, nr. 2, 413-19.
17. Bock J et al : Screening, kontrol og behandling af blodtypeimmunisering 2000
18. Tandberg A et al : Manual removal of the placenta. Incidence and clinical significance.
Acta Obstet Gynecol Scand. 1999 Jan;78(1):33-6.
19. Enkin et al: Prolonged labor . A guide
to effective care in pregnancy an childbirth, 3. udgave 2000, 333-46.

Der henvises I øvrigt til Sundhedsstyrelsens vejledning om specialeplanlægning og lands- landsdelsfunktioner, 2001 side 51 – 54.