

1. Hensikt

Helsedepartementet har vedtatt seleksjonskriterier for fødselsomsorg som er felt ned i Helsedirektoratets veileder ”Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen”. Kravene er gjeldende for hele Helse Norge.

I veilederen ”Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav for fødeinstitusjoner” legges vekt på at implementering av kvalitetskravene skal tilpasses lokale og geografiske forhold. For seleksjonskriteriene er det slik at noen er formulert på en måte som gjør det tydelig at det ikke er rom for fortolkninger, mens det for noen andre er valgt formuleringer hvor de gis rom for lokale tilpasninger.

Denne prosedyren beskriver gjeldende seleksjonskriterier med presiseringer som er utarbeidet av et omforent fagråd i gynekologi og fødselshjelp i Helse Nord. Vurderinger og evt. endringer i forhold til kriteriene slik de er formulert i veilederen er utelukkende gjort på bakgrunn av medisinsk forsvarlighet og trygghet for pasienten og ikke med utgangspunkt i dagens situasjon, evt. utfordringer eller ”ønsker” fra fagmiljøet.

2. Omfang

Alle fødeinstitusjoner i Helse Nord.

Jordmødre, leger og andre yrkesgrupper som håndterer gravide, fødende og nyfødte barn.

Seleksjonskriteriene gjelder elektiv virksomhet. ØHJ situasjoner vurderes individuelt.

Det er kun tatt stilling til faglige krav og vurderinger og medisinsk indikasjon for seleksjon. Krav til organisering og utstyr vil inngå i arbeidet med tiltaksplan for fødselsomsorg.

3. Grunnlagsinformasjon

Evt. lokale tilpasninger må komme i tillegg til beskrevne seleksjonskriterier.

Evt. avvik skal begrunnes og dokumenteres nøye og gjøres i samråd med ansvarlig fødeavdeling/kvinneklinikk.

Kvinneklinikker og tilhørende fødeavdelinger/fødestuer må lage prosedyrer som avklarer ansvarsforhold og kommunikasjon i de tilfeller hvor det er lagt opp til individuell vurdering. Når det er foretatt individuelle vurdering skal dette dokumenteres.

Fødeavdelingen i Hammerfest inntar en særstilling i regionen da den er den eneste med barneavdeling og dessuten også har nyfødt intensiv senger. Derfor mener fagrådet at det er medisinsk forsvarlig at fødeavdelingen ivaretar noen oppgaver som eller ivaretas av kvinneklinikker. Allikevel kan ikke fødeavdelingen likestilles med en kvinneklinikk da det blant annet ikke er tilstedevakt av barnelege og det mangler en del spisskompetanse som det stilles krav om på kvinneklinikkene. Derfor betyr seleksjonskriteriene slik de er presentert i vedlagte dokument en innskjerping og vil føre til en del overflytting av pasienter fra Hammerfest til UNN. Kriteriene for hvilke oppgaver som ivaretas på fødeavdelingen i Hammerfest er fastsatt i tett samarbeid med gynekolog- og barnelegemiljøene i Hammerfest

og Tromsø og er i den formen de foreligger i vedlagte dokumenter godkjent av et omforent fagråd.

4. Arbeidsbeskrivelse

Seleksjon gjøres ved første kontroll og revurderes fortløpende.

Vurdering vedrørende planlagt fødested gjøres rutinemessig tre ganger i løpet av svangerskapet, utover det avhengig av behov eller endrede forhold.

Vurdering i svangerskapet gjøres:

- 1. trimester – primærhelsetjeneste
- Screening 18 uker – spesialisthelsetjeneste
- Uke 35/36: avhengig av hvem som følger pasienten

Informasjon om seleksjonskriterier for valg av fødested bør gis til den gravide tidlig i svangerskapet, gjerne ved første kontroll.

Felles mål for vurdering seleksjon planlegges implementert både i primærhelsetjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Det er ønskelig å bruke PARTUS-systemet som alle fødeinstitusjonene allerede har tilgang til. Primærhelsetjenesten har ikke tilgang til PARTUS elektronisk, det er derfor nødvendig med en papirløsning inntil videre. Skjemaet som er utarbeidet av fagrådet (etter PARTUS) bør følge pasienten gjennom hele svangerskapet sammen med helsekortet.

4.1 Fødestuer

Fødestue er et fødetilbud til friske kvinner med et normalt svangerskap som ønsker å føde der.

Gravide må være forberedt på overflytting til sykehus dersom komplikasjoner oppstår før/under eller etter fødsel.

Kvinner som kan føde på fødestuer

- Friske flergangsfødende
- Friske førstegangsfødende ≤ 35 år
- Et normalt svangerskap
- Bærer et foster i hodeleie
- Ingen kjente sykdommer som kan medføre komplikasjoner
- Tidligere normale svangerskap og fødsler
- Fødselen starter spontant mellom fullgatte svangerskapsuker 36 +0 og 41 +3 dager. Kontroll av den gravide etter uke 41 +3 kan gjøres på fødestue v/jordmor så fremt det finnes CTG og ultralydkompetanse
- Fødselen er definert som lavrisiko når riene starter og er fortsatt normal frem til etter barnets fødsel
- Kvinner som tidligere har vært forløst med tang/vakuum og hvor det ikke forventes gjentagelsesrisiko kan føde på fødestue etter individuell vurdering i dialog med ansvarlig fødeavdeling/kvinneklinikk

Kvinner som bør føde på fødeavdeling/kvinneklinikk

Kvinner med følgende tilstander skal som hovedregel henvises til fødeavdeling eller kvinneklinikk, men kan etter spesiell vurdering i samarbeid med fødeavdeling eller kvinneklinikk føde på fødestue:

- Tenåringsgravide < 18 år
- Moderat overvekt, pregravid BMI > 27. Kvinner med pregravid BMI mellom 27 og ≤ 30 kan føde på fødestue etter individuell vurdering. Den som har pasienten har ansvar for vurderingen. Vurderingen dokumenteres i journal.
- Uspesifikke forhold som psykiske eller psykososiale problemstillinger
- Pasienter med tidligere sectio anbefales ikke fødsel på fødestue selv om de har født normalt etterpå.

Jordmor kan anbefale sykehusfødsel ut fra en helhetsvurdering uten nødvendigvis å vise til nevnte kriterier. Spesiell aktsomhet skal vises hvis mor er storrøyker eller har født >4 barn før.

Overflytting fra fødestuer

Fødestuer vil i gitte situasjoner overflytte kvinner til en fødeavdeling eller kvinneklinikk. Det vil vanligvis være behov for kompetent ledsager under syketransporten, både før og etter fødsel.

Indikasjoner for overflytting under eller i forbindelse med fødsel

- Fostervannsavgang > 24 timer uten etablerte rier
- Avvikende leie/presentasjon av foster
- Høytstående hode til tross for gode rier
- Misfarget fostervann tidlig i fødselsforløpet
- Rikelig/unormal blødning
- Behov for fosterovervåking ved truende føtal asfyksi eller annen usikkerhet vedrørende fosterhertelyden
- Vurdert behov for følgende medikamentell smertelindring:
 - parenterale opiater
 - parenteral smertelindring skal som regel ikke brukes på fødestue men kan under gitte forutsetninger brukes i henhold til lokale rutiner
 - epiduralbedøvelse
 - spinalbedøvelse
- Vurdert behov for medikamentell stimulering av rier
 - Stimulering på fødestue kan vurderes dersom hodet står på bekkenbunn og det ikke er mistanke om dystoci – ved tvil konsulteres ansvarlig fødeavdeling/kvinneklinikk
- Protrahert forløp
 - Hovedregel er at man ikke skal gjøre amniotomi tidlig i åpningsfasen på fødestue. Avvik skal begrunnes og dokumenteres.
 - Ved tvil skal ansvarlig fødeavdeling/kvinneklinikk konsulteres

Indikasjoner for overflytting etter fødselen – kvinnen

- Fastsittende placenta, med eller uten blødning
- Sfinkterruptur grad III og IV, dype vaginal-/perinealrifter, cervixruptur
- Unormal etterbyrdsblødning, atoni eller blødning fra rifter
- Andre indikasjoner

Indikasjoner for overflytting – nyfødt

- Mistenkt sykdom hos nyfødt
- Respirasjonsproblemer
- Misdannelser, skade eller fraktur
- Gulsott
 - Fysiologisk gulsott kan behandles på fødestue i samarbeid med tilhørende barneavdeling under forutsetning at utstyr for både diagnostikk og behandling er tilgjengelig og oppdatert
- Andre indikasjoner

4.2 Fødeavdelinger

Fødeavdelinger skal ta hånd om kvinner med pasienter med moderat risiko tilpasset avdelingens kompetanse.

Kvinner som kan føde på fødeavdeling

Kvinner med følgende risikofaktorer kan føde på fødeavdeling, eller et høyere nivå, under forutsetning av nødvendig kompetanse i avdelingen

- Hypertensiv sykdom, mild og moderat preeklampsi
 - Alvorlig preeklampsi forløses lokalt etter individuell vurdering
- Overvektige pasienter, Pregravid BMI > 30 og < 35)
 - Pasienter med Pregravid BMI mellom 35 og 40 kan forløses på fødeavdeling etter individuell vurdering. Den som har pasienten har ansvar for vurderingen. Vurderingen dokumenteres i journal.
- Undervektige pasienter Pregravid BMI < 19)
- Estimert fostervekt > 4500 g
- Trombofilier med moderat risiko
- Tidligere alvorlig komplikasjon under svangerskap eller fødsel
- Induksjoner
- Kvinner som er omskåret med antatt behov for legekompentanse
- Førstegangsfødende > 35 år
- Svangerskap $\geq 41 + 4$
- Pasienter som har kjent mindre liv over flere dager
- Langvarig vannavgang > 24 timer
- Kostregulert diabetes, velregulert
- Preterm fødsel $\geq 35 + 0$ dager
 - Antatt friske premature uten kompliserende faktorer (veksthemming¹, tvillinger/flerlinger, alvorlig preeklampsi eller annen patologi) mellom fullgått uke 32 og 35 kan forløses på fødeavdelingen i Hammerfest
- Epilepsi uten anfall i svangerskapet evt. i dialog med kvinneklinikk
- Tvillingfødsler

¹ < 2,5 percentil nivå eller > 22 % avvik

- Planlagt elektiv keisersnitt ved termin
- Tvillinger > 36 uker uten veksthemning² og planlagt forløsning med keisersnitt
- Tvillinger > 35 uker kan forløses på fødeavdelingen i Hammerfest

Følgende fødsler bør foregå i sykehus med barneavdeling

- Oligohydramnion³
 - Oligohydramnion⁴ > 35 uker kan føde på fødeavdeling uten barneavdeling etter individuell vurdering
- Polyhydramnion⁵
- Planlagt vaginal fødsel etter tidligere operasjon på livmoren (individuell vurdering av de som har født vaginalt etter tidligere keisersnitt)
 - Kan føde på fødeavdeling uten barneavdeling under forutsetning at de håndteres som risikofødende og relevant personell er tilstede. Ved behov for induksjon gjøres individuell vurdering i dialog med kvinneklinikk/fødeavdelingen i Hammerfest.
- Kvinner med dårlig regulert kostregulert diabetes
- Insulinkrevende diabetes > fullgått uke 35 og uten organkomplikasjoner kan føde på fødeavdeling i Hammerfest

4.3 Kvinneklinikker

Kvinneklinikkene er de største fødeinstitusjonene med tilgang til spesialkompetanse innen fødselshjelp. De skal kunne ivareta både de normalt fødende og de med stor risiko for komplikasjoner, dvs. fødsler der den fødende har kjente risikofaktorer.

Pasienter med følgende risikofaktorer skal føde på kvinneklinikk

- Diabetes mellitus (insulinkrevende)
 - > 35 uker uten kompliserende faktorer kan forløses på fødeavdeling i Hammerfest, ved tvil i dialog med barneavdelingen i Tromsø
- Dårlig regulert kostregulert diabetes, kan også forløses på fødeavdeling i Hammerfest
- Preeklampsi (alvorlig)
 - Kan forløses på fødeavdeling etter individuell vurdering evt. i dialog med kvinneklinikken ved gestasjonsalder > 35 uker
- Foster med påvist utviklingsavvik (med behov for intervensjon kort tid etter fødsel)
- Veksthemning⁶
 - < 35 uker skal forløses på kvinneklinikk
 - > 35 uker kan forløses på fødeavdelingen i Hammerfest
 - > 37 uker uten tilleggssykdommer kan forløses på fødeavdeling etter individuell vurdering i dialog med ansvarlig kvinneklinikk
- Flerligner/vaginale tvillingfødsler
 - > tvillinger 35 uker kan forløses på fødeavdelingen i Hammerfest

² < 2,5 percentil nivå eller > 22 % avvik

³ AFI ≤ 5 eller dypeste lomme ≤ 2 cm

⁴ AFI ≤ 5 eller dypeste lomme ≤ 2 cm

⁵ AFI > 25 eller dypeste lomme > 8 cm

⁶ < 2,5 percentil nivå eller > 22 % avvik

- Vaginale setefødsler og ytre vending selekteres til kvinneklinikk eller fødeavdeling i Hammerfest. Fødeavdelinger kan ha elektive keisersnitt der indikasjon for dette er i tråd med nasjonale retningslinjer
- Immunisering med betydning for barnet
- Alvorlig hjerte/kar/lunge/nyre eller alvorlige revmatiske sykdommer eller kollagenoser hos mor eller andre alvorlige sykdommer hos mor
- Tidligere født barn med alvorlig GBS infeksjon
 - Kan forløses i fødeavdeling i Hammerfest
- Rusmiddelbruk under svangerskap
 - kan forløses på fødeavdeling i Hammerfest etter individuell vurdering i dialog med ansvarlig kvinneklinikk
- Gravide under LAR-behandling
- HIV
- Trombofili med stor risiko for trombose eller tilstander med blødningsrisiko
- Pregravid BMI>40
 - Pregravid BMI> 35 hos flergangsfødende med tidligere normale fødsler kan vurderes for fødsel på fødeavdeling
 - Pregravid BMI>35 og <40 hos førstegangsfødende kan forløses i fødeavdeling etter individuell vurdering
- Thyreoidesykdommer hos mor med TRAS antistoff
- Placenta praevia
- Preterm fødsel < uke 35+0 dager
 - Preterm fødsel $\geq 35 + 0$ dager kan forløses ved fødeavdeling uten barneavdeling
 - Friske premature uten kompliserende faktorer (veksthemming⁷, alvorlig preeklampsi eller annen patologi) mellom fullgått uke 32 og 35 kan forløses på fødeavdelingen i Hammerfest

5. Eksterne referanser

IS 1877 – Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen, <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Sider/default.aspx>

Veileder i Fødselshjelp 2008, <http://www.legeforeningen.no/id/131068.0>

⁷ < 2,5 percentil nivå eller > 22 % avvik