

Retningslinje for hjemmefødsel
Svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender

Heftets tittel: Retningslinje for hjemmefødsel – svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender. IS-2012

Utgitt: 11/2012

ISBN 978-82-8081-264-3
Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling sykehustjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
Tlf.: 810 20 050

Hftet er tilgjengelig: www.helsedirektoratet.no

Arbeidsgruppe: Pål Øian, avdelingsoverlege, professor
Ellen Blix, helsefaglig forskningsleder, jordmor
Toril Hanson, universitetslektor, jordmor
Anette S Huitfeldt, jordmor
Heide Thorsen, brukerrepresentant, doula
Atle Klovning, fastlege, førsteamanuensis
Helsedirektoratet:
Brit Roland, seniorrådgiver, jordmor
Hanne Skui, seniorrådgiver, jurist

Forord

Fødselshjelp er et spesialisthelsetjenestetilbud. Planlagt hjemmefødsel med jordmor er ikke en del av det offentlige tilbudet. Tilbudet gis i dag av privatpraktiserende jordmødre uten avtale med helseforetakene eller den kommunale helse – og omsorgstjenesten. I en slik organisatorisk og rettslig kontekst er det viktig å ha klare faglige retningslinjer for hjemmefødselsvirksomhet.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en nasjonal retningslinje for svangerskapet, fødselen og barseltiden. Hjemmefødsler skal inkluderes i retningslinjearbeidet. Oppdraget er gitt på bakgrunn av Stortingets behandling av St.meld. nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.*

Ved behandlingen av meldingen sluttet Stortinget seg til at retningslinjer om fødselshjelp skal bidra til å sikre at kvinner i aktiv fødsel har en kvalifisert fødselshjelper til stede for å ivareta trygghet og sikkerhet, og for å redusere faren for komplikasjoner. Stortingsmeldingen påpekte også kvinners rett til å motta informasjon om valg av fødested og medbestemmelse.

Valget om å føde hjemme gjøres av kvinnen i løpet av svangerskapet. Seleksjon til hjemmefødsel gjøres av jordmor og forutsetter fortløpende vurdering i svangerskapet og ved fødselens start.

For jordmødre som bistår ved hjemmefødsler er det viktig å utvikle og praktisere betryggende seleksjons- og overføringsrutiner: det omfatter en etablert kontakt med sykehus som kan gi nødvendig bistand i uventede og kritiske situasjoner, og sørge for sikre rutiner ved overføring til sykehus. Det er også nødvendig med vedlikehold og oppdatering av kunnskap, herunder ferdighetstrening i akutt hjelp og praktisk erfaring med fødselshjelp og svangerskaps- og barselomsorg.

Retningslinjen for hjemmefødsel har lagt seleksjonskriteriene som gjelder for fødsel ved fødestue til grunn for utarbeidelse av retningslinjen. For øvrig er *Retningslinje for hjemmefødsel - Svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender* utarbeidet på bakgrunn av forskning, klinisk praksis, brukernes ønsker og erfaringer.

Oslo, 6. november 2012.

Bjørn Guldvog
Konstituert helsedirektør

Innhold

Forord	1
1 Innledning - om planlagte hjemmefødsler	4
1.1 Utfall etter planlagte hjemmefødsler	4
1.2 Generelle erfaringer med hjemmefødsler	4
1.3 Informasjon til gravide	5
1.4 Offentlig regulering av planlagte hjemmefødsler	5
1.5 Sammendrag - anbefalinger	6
2 Myndighetskrav	9
2.1 Pasientsikkerhet	9
2.1.1 Forsvarlighetskravet	9
2.1.2 Krav til systematisk styring og forbedringsarbeid	10
2.2 Dokumentasjon og meldeplikt	11
2.2.1 Journalføring	11
2.2.2 Oppbevaring, overføring og sletting av journal	11
2.2.3 Meldeplikt ved fødsel	12
2.2.4 Informasjon om fødsel til den kommunale helse- og omsorgstjenesten	12
2.2.5 Opplysningsrett og plikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og barneverntjenesten	12
2.3 Taushetsplikt	13
2.4 Jordmødres rekvireringsrett	14
2.5 Pasientrettigheter	14
2.5.1 Samtykke, medvirkning og informasjon	14
2.5.2 Pårørendes rettigheter	15
2.6 Barnets rett til helsehjelp	15
2.7 Avtale mellom jordmor og den fødende	16
2.8 Stønad til jordmorhjelp	16
2.9 Forsikring	16
3 Seleksjon til planlagt hjemmefødsel	17
3.1 Gravide som kan planlegge hjemmefødsel	17
3.2 Gravide som skal anbefales å føde i sykehus	17
3.3 Indikasjoner for overflytting til sykehus	18
4 Mestre og fremme normal fødsel	20
4.1 Organisering	21
4.1.1 Støtte av fast eller kjent person under fødselen	21
4.1.2 Helhetlig oppfølging av jordmor	21
4.2 Andre faktorer som antas å fremme et normalt forløp	22
4.2.1 En god fødselsopplevelse	22

4.2.2	Varmt vann	22
4.2.3	Aktiv fødsel og mestring av fødsel	22
4.2.4	Fødestedets miljø og utforming	23
4.2.5	Bevegelse og posisjoner	23
4.2.6	Bekkenbunnsmuskeltrening	24
5	Fødselens varighet	25
5.1	Hvor lenge kan en normal fødsel vare?	25
5.2	Fødselens fremgang og bruk av partogram	26
5.3	Etterbyrdsfasen	26
6	Barseltidens første dager	28
6.1	Jordmorens oppgaver etter fødselen	28
6.2	Oppfølging og hjemmebesøk i tiden etter fødselen	29
6.3	Informasjon til familien	30
7	Komplikasjoner og beredskap	31
7.1	Forekomst av komplikasjoner	31
7.2	Ferdighetstrening og beredskap	32
7.3	Legemidler og utstyr	32
7.4	Overføring til sykehus	33
8	Metode og kunnskapsgrunnlag	34
8.1	Hva er nasjonale faglige retningslinjer?	34
8.2	Formål og prosess	34
8.3	Kunnskapsgrunnlaget om planlagte hjemmefødsler	35
8.4	Gradering av kunnskapsgrunnlaget og anbefalinger	35
8.5	Høring, oppdatering og implementering	36
9	Referanser	37
10	Vedlegg	43
10.1	Utfall etter planlagte hjemmefødsel	43
10.2	Hvor lenge kan en normal fødsel vare?	43
10.3	Innhold i avtaler ved planlagt hjemmefødsel	43
10.4	Informasjon om planlagt hjemmefødsel	43
10.5	Ferdighetstrening/kurs - akutte hendelser	45
11	Vedlegg: Førstehjelp ved akutte hendelser	47
11.1	Håndtering av etterbyrdsblødning ved hjemmefødsel	47
11.2	Håndgrep for å forløse placenta	48
11.3	Håndgrep for å stoppe atoniblødning	48
11.4	Uterusinversjon	49
11.5	Skulderdystoci	49
11.6	Framfall av navlesnor	50
11.7	Asfyksi ved fødselen	51
11.8	Uoppdaget setepresentasjon	52

1 Innledning - om planlagte hjemmefødsler

Innledningen omtaler forskning om kvinner og jordmødres erfaring med planlagte hjemmefødsler og årsaker til at kvinner velger å føde hjemme. I Norge er det få kvinner som velger å føde hjemme. Det er flere grunner til dette: det er få jordmødre som stiller seg til rådighet, kvinnen må betale en egenandel, det er manglende informasjon til gravide i svangerskapsomsorgen om planlagt hjemmefødsel og tilbudet er uorganisert.

I perioden 1999-2009 har Medisinsk fødselsregister registrert 1267 planlagte hjemmefødsler i Norge (1). Det tilsvarer 0,5/1000 av alle fødsler. Det pågår forskning om hjemmefødsler i Norden, en forskergruppe samler data prospektivt over en syvårsperiode. Det er 7-800 planlagte hjemmefødsler årlig i de fire landene. www.nordichomebirth.com

1.1 Utfall etter planlagte hjemmefødsler

Når det gjelder utfall etter planlagte hjemmefødsler så henviser retningslinjen til en systematisk oversikt som er oppdatert i forbindelse med utarbeidelse av retningslinjen (2). Det vises til vedlegg 10.1: *Utfall etter planlagte hjemmefødsler- oppdatert systematisk oversikt*. Oversikten har inkludert åtte studier med i alt 66 380 kvinner som planla hjemmefødsel og 542 959 kvinner som planla fødsel i sykehus. Oversikten viser blant annet at kvinner som planlegger hjemmefødsler sjeldnere får utført inngrep i fødselsforløpet, og de har høyere sannsynlighet for en spontan, vaginal fødsel sammenliknet med lavrisikofødende som planlegger fødsel i sykehus. Førstegangsfødende har en høyere forekomst av overflytting til sykehus og komplikasjoner enn flergangsfødende. Det er usikre funn om hvorvidt planlagte hjemmefødsler er forbundet med økt dødelighet i neonatalperioden.

1.2 Generelle erfaringer med hjemmefødsler

Det er vist at det er sosioøkonomiske, demografiske og medisinske forskjeller mellom kvinner som velger hjemmefødsel og kvinner som føder i sykehus (3-6). Kvinner som velger hjemmefødsel er eldre, har høyere utdanning, røyker sjeldnere, færre er overvektige, oftere hjemmearbeidende og har flere tidligere fødsler enn kvinner som velger sykehusfødsler. Kvinner som velger å føde hjemme er sannsynligvis ressurssterke kvinner som er innstilt på å føde uten bruk av legemidler, unødvendige eller rutinemessige inngrep (7;8). Det er erfaring med at noen av kvinnene som velger å føde hjemme kan ha hatt negative opplevelser i sykehus tidligere.

En svensk studie fant at kvinners tanker om hjemmefødsel innebar en tro på egen evne til å føde, selv velge hvilken støtte man vil ha, og en eksistensiell dimensjon ved fødselsprosessen (9). Denne dimensjonen kan innebære en overbevisning om at naturkreftene og en fødsel er en naturlig del av livet. En annen svensk studie fant egenskaper hos kvinner som fødte hjemme var å tro på egne evner til å føde, å stole på jordmor, og å være fysisk og mentalt forberedt på fødselen (10). En annen studie viste at selv om akutte hendelser under en planlagt hjemmefødsel kunne oppleves som en risiko, ble faren for å bli fratatt medbestemmelse og for å få utført et unødvendig inngrep ved planlagt sykehusfødsel også opplevd som en uønsket risiko av kvinnene (3).

En studie fra Canada har undersøkt erfaringene til 500 kvinner som valgte hjemmefødsel (11). Kvinnene i denne studien hadde positive erfaringer med fødselen og med jordmor. De opplevde en emosjonell støtte, styrke og myndiggjøring. Kvinnene i studien opplevde også å få tilstrekkelig informasjon og medbestemmelse.

I Norge er det ikke publisert studier om kvinners erfaringer med hjemmefødsler. Derimot er det undersøkt i en kohort hva som kjennetegner norske kvinner som ønsker en vaginal fødsel uten medikamentell smertelindring eller andre intervensjoner (12). I utgangspunktet ønsket 72 prosent i denne kohorten en vaginal, naturlig fødsel. Tidligere positive fødselsopplevelser og fravær av fødselsangst var de viktigste enkeltfaktorene forbundet med ønsket om en naturlig vaginal fødsel.

En norsk studie har beskrevet hjemmefødselspraksis hos jordmødre (13). Det ble gjort intervjuer med 12 jordmødre som hadde deltatt ved til sammen 1098 hjemmefødsler. Et hovedanliggende i praksisen til jordmødrene var å skape en rolig atmosfære for den fødende, og å forebygge unødig forstyrrelse av kvinnen under fødselen. Jordmødrene så på fødselen som et arbeid kvinnen måtte gjøre selv. For jordmødrene i denne undersøkelsen var det viktig at kvinnen og barnet kom gjennom fødselen uten skader eller mén, men også at kvinnen fikk en god fødselsopplevelse.

Overflytting fra hjemmet til sykehus i fødselsforløpet eller like etter fødselen er vanligere hos førstegangsfødende (om lag 27 prosent) enn hos flergangsfødende (om lag 4 prosent) (14). Langsom fremgang i fødselen er den vanligste årsaken, og omfattet 70 prosent av alle overflyttingene. Andre årsaker var behov for medikamentell smertelindring, misfarget fostervann, at det ble oppdaget setepresentasjon eller avvikende hodepresentasjon og at jordmor måtte møte på sin jobb på sykehuset. Årsaker til overflyttinger etter fødselen var blødning hos kvinnen, rift som skulle sys av lege, medfødte misdannelser og respirasjonsproblemer hos den nyfødte. Se kapittel 3.3 om indikasjoner for overflytting.

1.3 Informasjon til gravide

St.meld. nr. 12 (2008 – 2009) *En gledelig begivenhet* peker på brukerperspektivet som et innsatsområde og behovet for bedre informasjon om det differensierte fødetilbudet blant brukerne av tjenestene (15). Muligheten til å fatte informerte beslutninger er en viktig pasientrettighet, og der det er flere ulike tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder har pasienten/kvinnen rett til å medvirke i valget mellom de ulike mulighetene (16). Reell medvirkningsmulighet forutsetter informasjon om alternativene, slik at pasientene kan foreta veloverveide valg. Gravide skal ha god nok informasjon om føde- og barseltilbudet til å kunne foreta informerte valg.

Hjemmefødsel er ikke en formell del av det offentlige tilbudet og det er antagelig ulike oppfatninger om tryggheten og sikkerheten ved å føde hjemme blant jordmødre og leger. Det er grunn til å tro at kvinner som rådfører seg med helsepersonell om valg av fødested kan motta forskjellige råd. Erfaring tilsier at det vanligvis ikke informeres om at hjemmefødsel kan være en mulighet. En svensk studie med data fra 735 kvinner fant at kvinner som hadde tatt et valg om hjemmefødsel ofte holdt dette hemmelig for lege eller jordmor for å unngå å bli stigmatisert (17). Det er ingen norske studier om dette, men jordmødre og kvinner som har født hjemme kan bekrefte at slikt skjer også i Norge.

1.4 Offentlig regulering av planlagte hjemmefødsler

Ansvar for å legge til rette for differensiert fødselsomsorg er plassert hos de regionale helseforetakene. Planlagt hjemmefødsel med jordmor er imidlertid ikke en del av det offentlige tilbudet. Tilbudet gis i dag av privatpraktiserende jordmødre uten avtale med helseforetakene eller kommunene. Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) betaler en del av utgiftene til fødselen (18).

Dette betyr at planlagte hjemmefødsler delvis faller utenfor regelverk og ordninger som har betydning for pasientsikkerhet og faglig forsvarlig helsehjelp. Tilbudene er ikke likeverdige ettersom valgfriheten er begrenset og kvinnen selv må betale en egenandel.

Virkemidler for å sikre kvalitet og kontroll i den offentlige helsetjenesten gjør seg for eksempel ikke like sterkt gjeldende for helsetjenester i randsonen av de offentlige tjenestene, dette gjelder så vel tilsynsmuligheter som meldeplikter. Tilsynsmulighetene begrenses av at fødslene foregår i hjemmet, jf. menneskerettighetsloven, Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, artikkel 8, og prinsippet om privatlivets fred (19). Tilsyn skjer kun som hendelsesbasert tilsyn i etterkant av svikt. Videre påligger meldeplikt ved skade og hendelser kun spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Privatpraktiserende uten avtale har ikke en tilsvarende plikt. Betydningen av klare faglige retningslinjer for hjemmefødselsvirksomhet blir i en slik rettslig og organisatorisk kontekst stor.

Legemidlene som er en del av beredskapen ved fødsler i fødselsomsorgen, herunder fødestuer er ikke like tilgjengelige for jordmødre i privat praksis. Jordmødres manglende rekvireringsrett til reseptbelagte legemidler medfører at tilbudet ved planlagte hjemmefødsler kan bli dårligere i sammenligning. Legemidlene det dreier seg om er for å forebygge og behandle unormal blødning. Se kapittel 2.4 om jordmødres rekvireringsrett og kapittel 7.4 om legemidler og utstyr ved planlagt hjemmefødsel.

Økonomisk skiller en planlagt hjemmefødsel seg fra fødselsomsorg i den offentlige helsetjenesten; foreldrene må selv betale for deler av jordmorhjelpen. Kompensasjon til jordmor blir delvis dekket av myndighetene gjennom en refusjonsordning som administreres av HELFO. Resten av betalingen må ytes av familien, herunder ytelser til jordmoren for å være i beredskap ved fødselsterminen. Se kapittel 2.8 som beskriver forskriften om stønad til jordmorhjelp. Forskriften gir anledning for jordmor til å heve takster for hjemmefødsel og svangerskapsomsorg (20). Det fremgår av forskriften at jordmor ikke kan kreve honorar/egenandel av den gravide ut over de fastsatte takstene i forbindelse med svangerskapskontrollene. Intensjonen er at jordmorhjelp skal være gratis for alle gravide, men i realiteten er det flere forhold rundt hjemmefødsler som ikke omfattes av forskriften og som jordmor derfor krever betaling for, f.eks. reiseutgifter for å komme til og fra fødestedet. Kvinnen søker om en engangsstønad fra HELFO når hun har født hjemme. Denne stønaden er (i 2012) kroner 1765 og har vært uendret siden 1996.

1.5 Sammendrag - anbefalinger

Anbefalinger - kapittel 3

Følgende gravide kan støttes i ønske om å planlegge hjemmefødsel:

- kvinnen er en frisk første- eller flergangsfødende
- kvinnen har hatt et normalt svangerskap
- kvinnen bærer ett foster i hodeleie
- det er ikke påvist sykdommer som kan medføre komplikasjoner eller risiko for kvinnen eller barnet
- kvinnen har tidligere normale svangerskap og fødsler

Følgende kvinner kan selekteres til hjemmefødsel ved fødselsstart:

- fødselen starter spontant mellom fullgått svangerskapsuke 36 og til svangerskapet regnes som overtidig
- det er vurdert lav risiko for komplikasjoner for mor og barn i forbindelse med fødselen og barseltiden når fødselen starter
- Kvinnen ønsker å føde hjemme

- kvinnen har en avtale med jordmor som skal bistå ved fødselen

Om gravide som skal anbefales å føde i sykehus, se kapittel 3.2 og indikasjoner for overføring til sykehus, se kapittel 3.3.

Anbefalinger - kapittel 4

Det anbefales at kvinnen har en jordmor hos seg under fødselsforløpet, gjerne så tidlig som mulig i den aktive fasen av fødselen.

Det anbefales at kvinner med lav risiko for komplikasjoner tilbys helhetlig oppfølging av jordmor gjennom svangerskap og fødsel for å øke andelen av spontane vaginale fødsler uten unødige inngrep.

Det anbefales at jordmor og annet helsepersonell møter kvinnen med en støttende og omsorgsfull holdning. Kommunikasjonen skal være preget av respekt.

Det anbefales at kvinner tilbys varm dusj eller bad i badekar som smertelindring under fødselen.

Det foreslås at kvinner som ønsker å benytte massasje, akupunktur, puste-, avslapnings- og konsentrasjonsteknikker i forbindelse med fødselen støttes i det.

Kvinner med normale svangerskap kan anbefales å føde i ikke-medisinske eller alternative omgivelser for å øke sannsynligheten for en spontan fødsel og færre medisinske inngrep.

Kvinner anbefales å gå, bevege seg og innta en oppreist posisjon i åpningsfasen for muligens å redusere denne fasen.

Det foreslås at kvinner kan innta stillinger og posisjoner som de finner behagelige, gjerne oppreiste posisjoner både i åpnings- og utdrivingsfasen.

Kvinner anbefales regelmessig bekkenbunnsmuskeltrening i svangerskapet, det kan muligens bidra til en kortere utdrivingsfase.

Anbefalinger - kapittel 5

Jordmor skal gjøre en kontinuerlig evaluering av framgangen i fødselen. Det anbefales å benytte partogram med fire-timers aksjonslinje hvor en cm mormunns-åpning tilsvarer en time. Ved manglende fremgang i åpningsfasen overføres kvinnen til sykehus. I utdrivingsfasen, når barnets hode er sluttrotert på bekkenbunnen og det er konstatert full mormunns-åpning og kvinnen har trykketrang, aksepteres en aktiv trykktid på en time.

Det anbefales avnavling når pulsasjonen i navlesnoren er opphørt. Det anbefales at kvinnen får informasjon om uteruskontraherende middel og at hun kan få velge om hun vil ha det som rutine eller avstå. Jordmor må få anledning til å gi medikamentet på indikasjon.

Det anbefales at kvinnen overflyttes til sykehus etter 60 minutter dersom morkaken ikke løsner av seg selv. Overføring skal skje selv om etterbyrdsblødningen er normal.

Dersom morkaken ikke kommer/forløses og/eller kvinnen blør anbefales tiltak i tråd med håndtering av etterbyrdsblødning.

Anbefalinger - kapittel 6

Det anbefales at jordmor legger til rette for uforstyrret hud mot hud kontakt mellom mor og barn minst en time rett etter fødsel eller inntil det har skjedd en naturlig ammestart.

Kvinnen anbefales utover den første timen fortsatt mye til hud mot hud kontakt med barnet de første dagene etter fødselen.

Jordmor skal sørge for at barnets rett til helsehjelp oppfylles. Jordmor skal sørge for å bidra slik at anbefalte undersøkelser av det nyfødte barnet gjennomføres.

Jordmor skal sørge for at Folkeregisteret og Medisinsk fødselsregister får lovpålagte opplysninger.

Jordmor skal sørge for at barnejournal og melding om fødsel sendes til helsestasjon etter foreldrenes samtykke snarest mulig etter fødsel. Barnejournal, fødejournal og eventuelt epikrise sendes kvinnens fastlege.

Det foreslås at familien får ett til to hjemmebesøk/konsultasjoner av jordmoren etter fødselen. Etter en individuell vurdering kan det være behov for flere konsultasjoner. Omfang av oppfølging i barseltiden og jordmorens tilgjengelighet bør være avtalt før fødselen.

Jordmoren skal medvirke til en god overgang til helsestasjon og fastlege. Jordmor bør opplyse helsestasjonen om hvor lenge hun har planlagt å følge familien, slik at det er klarlagt når helsestasjonen overtar ansvaret for oppfølgingen.

Kvinnen og hennes partner skal motta informasjon om barseltiden. Familien bør vite hvor de henvender seg dersom det oppstår problemer eller tegn på sykdom.

Anbefalinger - kapittel 7

Jordmor bør delta i regelmessig undervisning og ferdighetstrening i akutte prosedyrer i tråd med foreslått program. Jordmor bør jevnlig hospitere i en fødeinstitusjon.

Det anbefales at jordmor har en person til rådighet som kan bistå som assistent ved en planlagt hjemmefødsel.

Det anbefales at jordmor har tilgjengelige legemidler slik at etterbyrdsblødning kan forebygges og behandles.

2 Myndighetskrav

Fødselshjelp er et spesialisthelsetjenestetilbud i Norge i dag. Planlagt hjemmefødsel med jordmor er ikke en del av tilbudet. Tilbudet gis av privatpraktiserende jordmødre uten avtale med helsetjenesten, men som likevel kan heve takster for hjemmefødsel.

I dette kapittelet tas det derfor utgangspunkt i at jordmødre som assisterer ved planlagte hjemmefødsler, gjør dette i kraft av å være privatpraktiserende jordmødre. Kapittelet retter seg mot jordmødre, men det kan også gjelde leger. Jordmødre er den vanligste aktøren i hjemmefødselsvirksomhet, og i det følgende refereres det derfor kun til jordmødre.

Kapittelet omtaler noen sentrale rettsregler som jordmødre er bundet av. Fremstillingen avgrenses mot regelverk som jordmødre må forholde seg til i egenskap av å drive næring, så som registreringsplikt, skatteregler osv. Jordmødre som er etablert eller som ønsker å etablere seg som selvstendig næringsdrivende, må henvende seg til relevante offentlige etater, fag- og interesseorganisasjoner eller annen ekspertise for veiledning om regelverket på disse områdene.

Grunnleggende rettsregler om ytelse av helsehjelp, herunder assistanse ved planlagte hjemmefødsler, finner vi blant annet i helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helseregisterloven og tjenestelovene (16;21-23). Alle lovene kan leses på www.lovdatab.no

Helsepersonelloven gir plikter og rettigheter til alt helsepersonell som yter helsehjelp. Kvinner som mottar bistand fra jordmødre i forbindelse med planlagt hjemmefødsel, er å anse som pasienter og har de rettigheter som følger av pasient- og brukerrettighetsloven. Helseregisterloven stiller krav til behandling av pasientopplysninger.

Jordmødre som er ansatt i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten, omfattes også av hhv. spesialisthelsetjenesteloven eller helse- og omsorgstjenesteloven. Det samme gjelder jordmødre med avtaler med tjenesten, herunder jordmødre som har avtaler med kommunen som ledd i det kommunale ansvaret for å tilby svangerskaps- og barselomsorgstjenester,¹ eller spesialisthelsetjenestens ansvar for å tilby følgetjeneste til fødeinstitusjon.

2.1 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet innebærer at pasienten ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Lovverket inneholder en rekke krav og virkemidler som skal bidra til pasientsikkerhet, så som krav til forsvarlighet og internkontroll, meldeplikter og tilsyn. En del av disse er tilpasset større og mer komplekse virksomheter enn enkeltpersonforetak, men gjelder i prinsippet også for disse virksomhetene og må tilpasses på en hensiktsmessig måte. Her omtaler vi særskilt den profesjonsbaserte plikten til forsvarlighet og kravet om internkontroll.

2.1.1 Forsvarlighetskravet

Helsepersonells arbeid skal utføres i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og

¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2

omsorgsfull hjelp som kan forventes ut i fra deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.² Hovedformålet med forsvarlighetskravet er å beskytte pasientene mot ukyndig behandling. Det innebærer en plikt til å opptre i samsvar med faglige normer og lovbestemte krav for yrkesutøvelsen. Et hovedelement i forsvarlighetskravet er at helsepersonell skal kjenne sine kvalifikasjoner og grenser for eget kompetanseområde.

Kravet innebærer at man sørger for at pasienten blir behandlet av personell med nødvendig kompetanse. Dersom en jordmor som bistår ved hjemmefødsel, blir stilt overfor en situasjon som det ligger utenfor ens kompetanseområde å håndtere, vil forsvarlighetskravet innebære plikt til å innhente råd og bistand fra - eller henvise pasienten til - noen som har de nødvendige kvalifikasjoner. Hvis det avdekkes ulike oppfatninger eller uenighet mellom helsepersonell om undersøkelse og behandling av en pasient, følger det av helsepersonelloven § 4 at legen er tillagt den endelige beslutningsmyndigheten.

Forsvarlighetskravet innebærer videre en plikt til å holde seg faglig oppdatert. Det forventes at jordmor vedlikeholder og oppdaterer sin faglige kunnskap, og til enhver tid er kjent med faglige anbefalinger og retningslinjer, så vel som gjeldende lovregler, på sitt arbeidsfelt. Forsvarlighetskravet omfatter også helsepersonells opptreden i sin alminnelighet. Kravet dreier seg altså ikke bare om den faglige siden av yrkesutøvelsen, men også om en etisk standard. Jordmor plikter bl.a. å behandle den fødende med respekt og ta hensyn til vedkommendes menneskeverd og selvbestemmelsesrett.

2.1.2 Krav til systematisk styring og forbedringsarbeid

Alle som yter helsetjenester er pliktige til å etablere et system for internkontroll (24;25) Dette følger av lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten (tilsynsloven) § 3.

Internkontroll skal bidra til at virksomhetens oppgaver planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med rettsregler og faglige normer slik at pasientenes sikkerhet ivaretas.

Det er et eieransvar å etablere internkontroll. Kontrollen tilpasses virksomhetens størrelse, aktiviteter og risikoforhold, og vil naturlig nok være mindre omfattende i virksomheter med en til to ansatte enn i komplekse institusjonsstrukturer. Ikke alle punkter i kravene til internkontroll vil være aktuelle i så små virksomheter. Innholdet er presisert i internkontrollforskriften (26).

Også for de minste virksomhetene gjelder for eksempel at man må

- ha tilgang til lover og forskrifter som gjelder for virksomheten
- ha tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innen fagfeltet
- ha oversikt over områder med fare for svikt
- ha nødvendige prosedyrer, rutiner mv. for å forebygge lovovertridelser.

For jordmødre som bistår ved hjemmefødsler er det særlig viktig å utvikle og praktisere betryggende seleksjons- og overføringsrutiner, ha etablert kontakt med lege og sykehus som kan gi nødvendig bistand i uventede og kritiske situasjoner, samt rutiner ved overføring til sykehus. Det er også nødvendig med vedlikehold og oppdatering av kunnskap, herunder tiltak som sikrer relevant, praktisk erfaring med fødselshjelp.

Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen

² Helsepersonelloven § 4

skal være oppdatert og tilgjengelig.

2.2 Dokumentasjon og meldeplikt

2.2.1 Journalføring

Reglene om journalføring finnes i helsepersonelloven §§ 39 og 40 og journalforskriften (21;27). Virksomheter der en eller flere personer yter helsehjelp må ha et pasientjournalssystem slik at opplysninger om den enkelte pasient kan nedtegnes og gjenfinnes dersom det senere er behov for det. Journalen skal sikre dokumentasjon når det gjelder diagnostikk, behandling og vurderinger som er gjort for eksempel før, under og etter fødsel. Dette kan ha betydning hvis det i ettertid stilles spørsmål om helsepersonell har handlet i samsvar med forsvarlighetskravet. Journalen danner også grunnlag for epikrise.

Journalen skal føres av den som yter helsehjelpen – altså jordmoren. Det skal føres egen journal for hver enkelt pasient. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Journalen skal også inneholde de opplysningene som er nødvendige for å oppfylle plikten til å melde om fødsel til folkeregisteret og Medisinsk fødselsregister, jf. helsepersonelloven § 35. Se nærmere om meldeplikt nedenfor.

Jordmødre vil typisk være ansvarlige for å dokumentere symptomer og funn ved svangerskapskontroll, hendelsesforløp under fødselen, observasjoner og vurderinger som ble foretatt på hvilke tidspunkt og pasientens tilstand, samt om annet helsepersonell har vært konsultert eller tilkalt og hvilke råd de eventuelt har gitt.

Dersom jordmor og den fødende har vært uenige, må dette nedtegnes i journalen. Dette kan for eksempel gjelde spørsmål om overføring til sykehus.

Pasienten har rett til innsyn i egen journal, og kan be om kopi eller utskrift. Pasienten har også på visse vilkår rett til retting og sletting i journal. Både mor og far med del i foreldreansvaret har rett til innsyn i barnets journal.

2.2.2 Oppbevaring, overføring og sletting av journal

Kravene til oppbevaring og lagring av journaler er regulert i helsepersonelloven, journalforskriften og helseregisterloven (21;22;27). Journaler skal oppbevares slik at uvedkommende ikke får tak i dem, og slik at det helsepersonell som behøver journaler får tilgang til dem i tide. Journaler skal videre oppbevares slik at de ikke blir ødelagt, jf. journalforskriften § 14.

Jordmødre som driver privat virksomhet anses som eier av en helsetjeneste og må sørge for forsvarlig oppbevaring og lagring av journalene som hindrer tilgang for andre enn jordmoren selv, jf. avsnittet om taushetsplikt i kapittel 2.3.

Journaler skal lagres inntil det av hensyn til helsehjelpens karakter ikke lenger antas å bli bruk for dem. Oppbevaringstiden må også vurderes ut fra hensynet til mulig etterprøving av helsehjelpen i forbindelse med eventuelle tilsyn, erstatningssaker m.v. Journaler bør oppbevares i minst ti år etter siste innføring i journalen. Journaler som ikke lenger skal oppbevares, kan leveres til fylkesmannen.

Dersom avtalen mellom jordmoren og kvinnen opphører underveis i svangerskapet, skal journalen overføres til den som overtar ansvaret for å følge opp kvinnen i svangerskapet dersom kvinnen ber om dette.³

³ Journalforskriften § 15

Dersom jordmor behandler pasientopplysninger elektronisk, må dette skje i samsvar med de kravene til informasjonssikkerhet som stilles i helse- og omsorgstjenesten (28).

2.2.3 Meldeplikt ved fødsel

Jordmor som er til stede ved fødsel har en lovpålagt plikt til å sende melding om fødselen både til folkeregisteret og til Medisinsk fødselsregister, jf. helsepersonelloven § 35. Fødselsmelding sendes til folkeregisteret i kommunen der barnets mor er registrert som bosatt ved fødselen. Dette gjøres senest en uke etter fødselen. Dersom foreldrene ikke er gift og farskap blir erkjent i forbindelse med fødselen, skal jordmor også sende inn farskapserkjennelse sammen med melding til folkeregisteret. Meldingene om fødsel og farskap sendes inn på fastsatt blankett i fire eksemplarer. Meldeskjema og nærmere opplysninger fås hos folkeregisteret www.skatteetaten.no

Melding til Medisinsk fødselsregister skjer også på særskilt meldeskjema. Meldingen sendes senest en måned etter fødselen. Det skal sendes inn ett skjema per barn. Meldeskjema og nærmere opplysninger fås hos Folkehelseinstituttet www.fhi.no

2.2.4 Informasjon om fødsel til den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det nyfødte barnet har krav på tilbud fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder helsekontroll og vaksinasjonsprogram mv. Dersom barnet blir født i fødeinstitusjon, får fastlege/helsestasjon informasjon om fødsel gjennom tilsendt epikrise,⁴ og kan følge opp på bakgrunn av dette. Kravet til forsvarlighet, tilsier at jordmor som assisterer ved planlagt hjemmefødsel har rutiner for å gjøre den kommunale helse- og omsorgstjenesten kjent med fødselen, slik at helse- og omsorgstjenesten kan gi oppfølging som kan være av vital betydning for barnet.⁵

Kopi av kvinnens fødejournal eventuelt epikrise, sendes til kvinnens fastlege med kvinnens samtykke. Kopi av barnets journal sendes helsestasjonen med foreldrenes samtykke.

2.2.5 Opplysningsrett og plikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og barneverntjenesten

Helsepersonell skal være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.⁶ Bestemmelsen kan blant annet være relevant der jordmor i forbindelse med fødselen blir oppmerksom på forhold som for eksempel helsestasjonen bør følge opp.

Jordmor kan gi opplysninger om slike forhold til helse- og omsorgstjenesten etter samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene kan gis uten hinder av taushetsplikt. Forholdene som det meldes fra om, kan vedrøre barselkvinnen, så vel som barnet.

Jordmor har videre plikt til å være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side. Uten hinder av taushetsplikten skal jordmor på eget initiativ gi opplysninger til barneverntjenesten hvis de har grunn til å tro at barn blir utsatt for mishandling og andre former for alvorlig omsorgssvikt.⁷ Opplysningsplikten gjelder både forhold i tilknytning til det nyfødte barnet og/eller søsken og andre mindreårige som barselkvinnen/faren har omsorg for.

⁴ Journalforskriften § 9

⁵ Helsepersonelloven § 4

⁶ Helsepersonelloven § 32

⁷ Helsepersonelloven § 33

Det kreves ikke at jordmor har sikker kunnskap om mishandling eller omsorgssvikt, men det må foreligge forhold som underbygger mistanke. Antatt omsorgssvikt må være av en viss alvorlighetsgrad. Det kan være at foreldre ikke sørger for nødvendig helsehjelp til et livstruende eller alvorlig sykt eller skadet barn, at foreldrene ikke sørger for at et funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrengende barn får nødvendig behandling og opplæring, eller at situasjonen for barnet er så alvorlig at vilkårene for omsorgsovertakelse er til stede. Det er altså i de alvorligste tilfellene av omsorgssvikt at opplysningsplikten inntreffer. At barn ikke lever under optimale forhold, utløser ikke opplysningsplikten. Opplysningsplikten gjelder også situasjoner der man mistenker at barn kan bli utsatt for kjønnslemlestelse.⁸

Jordmor kan også bli *pålagt* å gi nødvendig informasjon til barneverntjenesten. Enten opplysningene gis på eget initiativ eller etter pålegg, bør pasienten informeres om at opplysninger vil bli gitt til barneverntjenesten eller helse- og omsorgstjenesten. Dette gjelder ikke dersom informasjon til pasienten vil hindre formålet.

Dersom det er gitt opplysninger til barneverntjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal dette journalføres.⁹

2.3 Taushetsplikt

Jordmødre har taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21. Taushetsplikten innebærer å hindre at andre får tilgang til eller kjennskap til opplysninger om folks legems- og sykdomsforhold eller andre personlige forhold som helsepersonell får kjennskap til i egenskap av å være helsepersonell (29;30). Med uttrykket "legems- eller sykdomsforhold" menes forhold knyttet til den enkeltes kropp og helsetilstand. Med "personlige forhold" siktes det til all annen informasjon om en konkret pasient, som for eksempel fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Gruppen av fødende som velger hjemmefødsel er liten, og det er viktig å være oppmerksom på at selv sparsomme opplysninger – for eksempel tid og sted for en fødsel - kan bidra til å identifisere den fødende.

Taushetsplikten er ikke bare en passiv plikt til å tie, men også en aktiv plikt til å hindre uvedkommende i å få adgang til taushetsbelagte opplysninger. Dette innebærer også å beskytte den muntlige dialogen mellom pasient og helsepersonell mot uvedkommende tilhørere og mot innsyn i journaler, korrespondanse og lignende. Taushetsplikten omfatter opplysninger helsepersonell får tilgang til både i tjenesteforholdet og utenfor tjenesteforholdet, så lenge disse mottas i egenskap av at man er helsepersonell. Taushetsplikten gjelder også helsepersonell i mellom.

Det finnes flere unntak fra taushetsplikten. Av særskilt betydning for jordmødre nevnes adgangen til å gi opplysninger videre når pasienten selv har samtykket til dette, og adgangen til å gi opplysninger til samarbeidende personell uten at det er innhentet eksplisitt samtykke fra pasienten.

Pasienten kan gi et gyldig samtykke dersom hun

- har fått informasjon om hvilke opplysninger som gis videre og til hvem,
- har forstått formålet med, rekkevidden av og konsekvensene av at opplysninger gis videre,
- har gitt samtykket frivillig, og
- når som helst kan trekke samtykket tilbake.

Helsepersonell har adgang til å gi fra seg helseopplysninger til samarbeidende helsepersonell uten å innhente samtykke fra pasienten, dersom personellet trenger

⁸ Veileder IS-1746 Forebygging av kjønnslemlestelse – tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse.

⁹ Forskrift om pasientjournal § 8

opplysningene for å yte helsehjelp til pasienten.¹⁰ Dette unntaket gjelder bare for situasjoner der helsepersonell samarbeider, og omfatter bare de opplysninger som er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp som kan gis videre. Retten gjelder også på tvers av virksomheter, slik at jordmor som bistår under hjemmefødsel kan gi slike opplysninger videre til annet helsepersonell som måtte bli tilkalt eller til fødeinstitusjon/sykehus dit kvinnen eventuelt overføres.

Jordmoren har også adgang til å overføre og utlevere journal og journalopplysninger til annet helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten i andre helsehjelpssituasjoner.¹¹ Det kan for eksempel være aktuelt dersom pasienten under svangerskapet innlegges på sykehus, og helsepersonell trenger tilgang til journalopplysninger om svangerskapet for å kunne yte kvinnen forsvarlig hjelp.

Plikten til å melde om fødsel til folkeregisteret og Medisinsk fødselsregister og opplysningsplikten til barneverntjenesten er andre unntak fra taushetsplikten. Pliktene er nærmere omtalt ovenfor.

2.4 Jordmødres rekvireringsrett

Som utgangspunkt er det bare leger og tannleger som kan rekvirere reseptbelagte legemidler. Jordmødre er gjennom forskrift gitt en begrenset rett til å rekvirere prevensjonsmidler som er inntatt på særskilt liste fastsatt av Statens legemiddelverk.¹²

Legemidler til blødningsprofylakse og akutt etterbyrdsblødning skal være en del av akuttbereidskapen, slik det er ved fødestuene. Kapittel 7.3 omtaler legemidler og utstyr ved hjemmefødsel.

Ettersom jordmødre ikke har rekvireringsrett til disse legemidlene, må det med dagens regelverk være lege som rekvirerer legemidlene. Forskrivningen skal være forsvarlig. Forsvarlig forskrivning vil som oftest innebære at legen forskriver etter at han/hun først har undersøkt kvinnen, samt at vedkommende foretar en vurdering av om administreringen av legemiddelet kan gjøres forsvarlig av jordmoren som skal assistere ved hjemmefødselen. Forskrivende lege kan for eksempel være kvinnens fastlege eller annen allmennlege eller gynekolog.

All rekvirering og håndtering av legemidler må skje i tråd med gjeldende regelverk på området, forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, samt forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.

2.5 Pasientrettigheter

2.5.1 Samtykke, medvirkning og informasjon

Pasienten har som utgangspunkt full selvbestemmelsesrett over egen helse, og skal derfor samtykke til all helsehjelp som blir gitt vedkommende.¹³ Unntaksvis kan helsepersonell ta beslutninger uten pasientens samtykke. Ved en hjemmefødsel vil dette som regel bare være aktuelt dersom det oppstår en situasjon som krever øyeblikkelig hjelp hvor helsehjelpen anses påtrengende nødvendig for å redde liv eller hindre alvorlig helseskade. I slike tilfeller har helsepersonell også en *plikt* til å yte den nødvendige hjelpen.¹⁴

¹⁰ Helsepersonelloven § 25

¹¹ Helsepersonelloven § 45

¹² Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 2-5

¹³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1

¹⁴ Helsepersonelloven § 7

Pasientens rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen er presisert i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Rett til medvirkning innebærer å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Pasienten kan imidlertid ikke kreve at helsepersonell skal handle uforsvarlig. Mener jordmoren at det er uforsvarlig å fortsette fødselen i hjemmet, kan pasienten ikke kreve at jordmoren etterkommer hennes ønske om å fortsette fødselen hjemme. Det må imidlertid presiseres at den fødende ikke mot sin vilje kan overføres til sykehus utenom i øyeblikkelig hjelp-situasjoner, og at jordmoren har plikt til å fortsette assistansen til kvinnen så lenge dette er nødvendig.

Gyldig samtykke og medvirkning fra pasienten forutsetter at hun får informasjon. Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.¹⁵ Pasienten skal også få informasjon om mulige risikoer og bivirkninger av helsehjelpen. Informasjonen må være så god at pasienten får tilstrekkelig grunnlag for å velge mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Informasjonen skal tilpasses pasientens forutsetninger som omfatter alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Det er helsepersonellet som yter helsehjelpen som har plikt til å gi informasjon.¹⁶

Dersom det oppstår skade eller alvorlige komplikasjoner i forbindelse med behandling, har helsepersonell plikt til å informere om dette. Pasienten skal også gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk pasientskadeerstatning.¹⁷

2.5.2 Pårørendes rettigheter

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 gir pasientens nærmeste pårørende rett til informasjon og medvirkning. Pasienten skal samtykke til dette. En partner eller annen pårørendes rett til medvirkning og informasjon under svangerskap og fødsel er altså betinget av kvinnens samtykke.

2.6 Barnets rett til helsehjelp

Det nyfødte barnet har en selvstendig rett til helsehjelp på linje med mor, og de kravene som ellers stilles til forsvarlig helsehjelp, nødvendig helsehjelp, rett til øyeblikkelig hjelp osv. gjelder for den nyfødte som for andre personer.

I tillegg har barn visse særlige rettigheter som følger av pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 6. Særlig kan nevnes at barnet har rett til nødvendig helsehjelp i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg. Kommunens korresponderende plikt til å yte barnet helsehjelp, herunder helsekontroll og vaksinasjonsprogram, følger av hhv. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og av forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll. Jordmor som assisterer ved hjemmefødsler må opplyse foreldrene om deres plikter og barnets rettigheter til helsekontroll mv.

Både mor og far, dersom begge har del i foreldreansvaret, skal samtykke til helsehjelp til barnet.¹⁸ Helsehjelp som ledd i den daglige omsorgen, for eksempel ordinære helsekontroller på helsestasjonen, kan foreldrene samtykke til hver for seg.

Foreldre som har del i foreldreansvaret har også rett til informasjon og medvirkning ved helsehjelp til barnet, og rett til innsyn i og kopi av barnets journal.¹⁹

¹⁵ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2

¹⁶ Helsepersonelloven § 10

¹⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2

¹⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4

¹⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven kapitler 3 og 5

2.7 Avtale mellom jordmor og den fødende

Det kan være nyttig å fastlegge partenes forpliktelser og klargjøre forventninger ved en planlagt hjemmefødsel. Med avtale mellom partene menes det en avtale mellom den fødende og jordmor om assistanse ved hjemmefødsler. Denne avtalen bør inngås i god tid før fødselen finner sted. Avtalene bør begrenses til å omfatte forhold som partene har fri rådighet over, dvs. selv kan bestemme over. Det kan for eksempel være jordmores vederlag, antall og tidspunkt for konsultasjoner under svangerskapet, oppfølging etter fødselen og lignende. Se vedlegg i kapittel 10.3 om forslag til avtalepunkter.

Den fødende og barnets pasientrettigheter etter loven og lovpålagte plikter bør fremgå av skriftlig informasjon som følger avtalen som vedlegg. Slike rettigheter og plikter kan man ikke avtale seg bort fra, og de bør derfor ikke blandes inn i et avtaledokument om forhold som partene har fri rådighet over og kan forhandle om.

2.8 Stønad til jordmorhjelp

Stønad til jordmorhjelp er regulert i folketrygdloven § 5-12. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt nærmere regler i forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp (12). Stønadsordningen omfatter kontrollundersøkelser under svangerskap, veiledning i familieplanlegging og fødsel utenfor institusjon. Ordningen skal bidra til å finansiere kommunale jordmortjenester og jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon. Det gis stønad etter faste takster som reguleres årlig.

Privatpraktiserende jordmor kan utløse stønad for fødsel utenfor institusjon uten at jordmor har kommunal driftsavtale eller stilling. Denne tjenesten omfattes ikke av kommunens ansvar i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven. Refusjon ytes etter takster i kapittel 3 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Dersom jordmor er ansatt i kommunen og gir fødselshjelp innenfor sin arbeidstid for kommunen, skal stønaden utbetales til kommunen.

Folketrygdloven § 5-12 omfatter ikke dekning av reiseutgifter for privatpraktiserende jordmor/jordmor som reiser hjem til den gravide kvinnen i forbindelse med svangerskapskontroll, fødsel eller oppfølging etter fødsel. Reiseutgifter for jordmor dekkes etter helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 dersom den gravide på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte fram på behandlingsstedet. Ved planlagt hjemmefødsel velger den gravide selv å føde hjemme, og det er dermed ikke helsetilstanden som gjør det nødvendig at jordmor kommer hjem til kvinnen.

Jordmor må inngå avtale om direkte oppgjør med Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) for å få refusjonen utbetalt direkte til seg. Nærmere opplysninger finnes på www.helfo.no.

2.9 Forsikring

Alle som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten har plikt til å melde fra og yte tilskudd, som en forsikringspremie, til Norsk pasientskadeerstatning (NPE).²⁰ Tilskuddet går til erstatning for pasientskader voldt i privat helsetjeneste. Med denne ordningen faller plikten for privat helsepersonell til å tegne privat forsikring etter helsepersonelloven bort. Innbetaling til NPE av fra private helsepersonell er beregnet ut fra risikograd for den enkelte yrkesgruppe. Nærmere opplysninger om melde- og tilskuddsplikten finnes på www.npe.no.

²⁰ Pasientskadeloven § 8

3 Seleksjon til planlagt hjemmefødsel

Seleksjonskriteriene baseres på anbefalingene i *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen og Retningslinje for svangerskapsomsorgen* (31;32). Valget om å føde hjemme gjøres av kvinnen selv i løpet av svangerskapet. Seleksjon til hjemmefødsel gjøres av jordmor og forutsetter fortløpende vurdering av mulig risiko i svangerskapet og ved fødselens start. I dette kapittelet omtales kriterier for seleksjonen i svangerskapet, under og etter fødselen.

Ved en hjemmefødsel kan jordmor bli stilt overfor en situasjon som ligger utenfor hennes kompetanseområde å håndtere, kravet til forsvarlighet innebærer en plikt til å innhente råd og bistand fra - eller henvise pasienten til - noen som har de nødvendige kvalifikasjonene (21). Hvis det avdekkes ulike oppfatninger eller uenighet mellom helsepersonell om undersøkelse og behandling av en pasient, følger det av helsepersonelloven § 4 at legen er tillagt den endelige beslutningsmyndigheten.

Der det ut fra seleksjonskriteriene forventes en vaginal fødsel er det vanlig at jordmoren utarbeider en plan eller avtale sammen med kvinnen. Avtalen omfatter en konkret beskrivelse av oppfølgingen, som for eksempel vaktberedskap og barseloppfølging. I tillegg et informasjonsskriv/vedlegg om lovfestede rettigheter og lovpålagte plikter.

3.1 Gravide som kan planlegge hjemmefødsel

Følgende gravide kan støttes i ønske om å planlegge hjemmefødsel:

- kvinnen er en frisk første- eller flergangsfødende
- kvinnen har hatt et normalt svangerskap
- kvinnen bærer ett foster i hodeleie
- det er ikke påvist sykdommer som kan medføre komplikasjoner eller risiko for kvinnen eller barnet
- kvinnen har tidligere normale svangerskap og fødsler

Følgende kvinner kan selekteres til hjemmefødsel ved fødselsstart:

- fødselen starter spontant mellom fullgått svangerskapsuke 36 og til svangerskapet regnes som overtidig
- det er vurdert lav risiko for komplikasjoner for mor og barn i forbindelse med fødselen og barseltiden når fødselen starter
- kvinnen ønsker å føde hjemme
- kvinnen har en avtale med jordmor som skal bistå ved fødselen

3.2 Gravide som skal anbefales å føde i sykehus

Jordmoren kan anbefale en kvinne å føde i sykehus på bakgrunn av en helhetsvurdering, uten nødvendigvis å vise til nevnte kriterier i retningslinjen. Ved vurdering av overtidighet i svangerskapet henvises det til gjeldende anbefaling (33). Kvinner som planlegger hjemmefødsel som får et overtidig svangerskap, skal henvises til den fødeavdeling/poliklinikk hvor hun har fødeplass.

Kvinner med følgende tilstander og forhold skal anbefales å føde i fødeavdeling eller kvinneklinikk:

- medisinske sykdommer som kan medføre økt risiko i forbindelse med fødselen
- tidligere fødselskomplikasjoner som kan medføre økt risiko i neste fødsel

- infeksjoner:
 - HIV
 - Hepatitt
 - Gruppe B streptokokker (GBS) påvist i urin i svangerskapet
- overvekt kan vurderes individuelt, ved pregravid BMI > 30 anbefales å føde i fødeavdeling eller kvinneklinikk
- mistanke om eller kjent rusmisbruk
- psykiske eller psykososiale forhold
- tenåringer
- tidligere keisersnitt

Kvinner med følgende forhold i det aktuelle svangerskapet skal anbefales å føde i fødeavdeling eller kvinneklinikk:

- flerlingesvangerskap
- preeklampsi
- svangerskapsdiabetes
- vekstretardasjon
- fødsel før 37 svangerskapsuke
- overtidig svangerskap
- avvikende presentasjon/leie som setepresentasjon, tverrleie
- fødsel som må induseres

3.3 Indikasjoner for overflytting til sykehus

I forbindelse med en hjemmefødsel kan det oppstå forhold som gjør at overflytting til sykehus vurderes som nødvendig. I de fleste tilfeller hvor det er behov for overflytting til sykehus, viser resultater fra fødestuene i Norge at det vanligvis er tid til å planlegge overflyttingen (34). Data fra 1990 til 2011 med opplysninger om 440 førstegangsfødende og 1593 flergangsfødende som startet fødselen hjemme viser at om lag 27 prosent av de førstegangsfødende og om lag 4 prosent av de flergangsfødende overflyttes i fødselsforløpet eller i løpet av de fem første dagene etter fødsel (14).

Indikasjoner for overflytting til sykehus før barnet er født:

- fostervannsavgang > 24 timer uten etablerte rier
- avvikende leie/presentasjon av foster
- misfarget fostervann tidlig i fødselsforløpet
- rikelig eller unormal blødning
- truende føtal asfyksi eller annen usikkerhet vedrørende fosterhertelyden
- behov for medikamentell smertelindring
- protraisert fødsel i åpnings- eller utdrivingsfasen
- mistanke om infeksjon

Indikasjoner hos kvinnen for overflytting til sykehus etter fødselen:

- unormal blødning
- fastsittende morkake (uten / med blødning)
- perineumruptur grad III og IV, dype vaginal- / perinealrifter og cervixruptur
- andre indikasjoner

Indikasjoner hos nyfødte barn for overflytting til sykehus:

- mistenkt sykdom
- respirasjonsproblemer
- misdannelser, skade eller fraktur

- gulsott
- andre indikasjoner

Der det er nødvendig for å sikre en forsvarlig helsehjelp, skal jordmor følge med til fødeavdelingen ved hasteoverflytting og øyeblikkelig hjelp. Jordmor skal gi rapport om fødselsforløpet og overlevere oppdatert fødejournal og bidra til at kvinnen og barnet får raskest mulig hjelp i sykehuset. God kommunikasjon og gjensidig respekt mellom jordmødre og personell på fødeinstitusjonene og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp ved overføring til fødeinstitusjon for medisinsk hjelp.

4 Mestre og fremme normal fødsel

I dette kapittelet beskrives enkelte faktorer som kan ha betydning for å fremme normal vaginal fødsel. Temaet beskrives på et generelt grunnlag uavhengig av om fødselen finner sted på fødeavdeling, kvinneklinikk, jordmorstyrt enhet eller er en planlagt hjemmefødsel.

Verdens helseorganisasjon definerer normal fødsel som: «*Spontan i sin start, lavrisiko ved start og fortsatt lavrisiko til etter barnets fødsel. Barnet fødes spontant i bakhodeinnstilling mellom 37 og 42 fullgåtte svangerskapsuker. Etter fødselen er både morens og barnets tilstand gode*» (35).

Forskningsbasert kunnskap om tiltak som kan fremme normal fødsel er begrenset. Det er dokumentert at dersom fødselen planlegges hjemme, ved frittstående fødestue eller jordmorstyrt enhet i sykehus, er det mulighet for at flere kvinner med lav risiko vil føde spontant og vaginalt sammenliknet med lavrisikokvinner som planlegger sykehusfødsel på en vanlig fødeavdeling (36). Viser til den oppdaterte systematiske oversikten: *Utfall etter planlagte hjemmefødsler*, vedlegg 10. 1.

Generelt er det behov for mer kunnskap om hvordan normale fødselsforløp kan ivaretas uten unødige inngrep. Flere faktorer har innvirkning på hvordan fødselen forløper, og om kvinnen føder normalt og uten inngrep. Det kan være forhold hos kvinnen, som for eksempel fravær av sykdom og komplikasjoner i graviditeten, samt andre egenskaper som sosioøkonomiske, fysiske og psykiske forhold. Egenskaper ved fødselshjelperne og organiseringen av svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen kan også påvirke fødselsforløp og utfall av fødselen.

Det er kjent at bruk av cardiotokografi (CTG) hos kvinner med lav risiko for komplikasjoner kan føre til flere operative forløsninger (37). Rutinemessig bruk av CTG anbefales ikke for lavrisikofødende, men erfaringer tilsier at det likevel blir brukt (38). Kvinner som får epiduralanalgesi har en økt risiko for operativ vaginal forløsning sammenliknet med kvinner som får ingen eller andre typer smertelindring (39). Det kan tenkes at dersom en fødeavdeling tilstreber å gi kvinnen andre typer støtte og hjelp for å mestre fødselsarbeidet, kan det redusere andelen operative vaginale fødsler og bruk av epiduralanalgesi (40).

Jordmødre har et spesielt ansvar for lavrisikokvinner og normale fødsler, og er naturlig nok opptatt av å fremme normale fødsler. Leger har et større ansvar for gravide og fødende med sykdommer og komplikasjoner. Leger som utdanner seg til spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer må for eksempel utføre 30 keisersnitt og 30 tangvakuumforløsninger, men har ingen krav om å bistå ved normale fødsler (41). Det kan tenkes at dersom legene får mer kunnskap om og trening i normal fødsel og at man får faglig konsensus og samarbeid omkring å fremme normale fødsler, så kan det bidra til å øke andelen kvinner som føder vaginalt. For eksempel har fagmiljøene i Storbritannia gått sammen om en felles kampanje for å fremme normal fødsel (42). I Danmark brukes definisjonene *naturlig fødsel* og *ukomplisert fødsel* som kvalitetsindikatorer (43).

4.1 Organisering

4.1.1 Støtte av fast eller kjent person under fødselen

Det anbefales at kvinnen har en jordmor hos seg under fødselsforløpet, gjerne så tidlig som mulig i den aktive fasen av fødselen.

Studier har vurdert effekten av kontinuerlig tilstedeværelse av en støtteperson under fødselen i fødeinstitusjoner. Det foreligger ikke en entydig definisjon av begrepet kontinuerlig tilstedeværelse. Det kan omfatte både reell kontinuerlig tilstedeværelse eller tilstedeværelse av og til eller det meste av tiden.

En systematisk oversikt viser at støtte av en person som kvinnen kjenner reduserer varighet av fødselen, øker sannsynligheten for en vaginal fødsel, reduserer risikoen for instrumentell forløsning og keisersnitt og for å benytte medikamentell smertelindring (n=12791) (44). Oversikten omfatter 15 studier, disse er vurdert til å være av god kvalitet. Det er dessuten mindre risiko for at kvinnen opplever manglende kontroll i fødselsforløpet. Tiltaket gir større tilfredshet med fødselsopplevelsen. Det er ingen målbar effekt på barnet.

Veilederen *Kvalitetskrav til fødeinstitusjoner* anbefaler også at fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, uansett fødested og antatt risiko (31). Aktiv fase defineres når mormunns-åpningen er 3-4 cm og kvinnen har regelmessige rier.

4.1.2 Helhetlig oppfølging av jordmor

Det anbefales at kvinner med lav risiko for komplikasjoner tilbys helhetlig oppfølging av jordmor gjennom svangerskap og fødsel for å øke andelen av spontane vaginale fødsler uten unødige inngrep.

En systematisk oversikt har sammenliknet modeller som er organisert, ledet og utført av jordmødre med andre typer modeller for oppfølging i svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen. Oversikten har inkludert 11 studier (n=12 276) (45) og fant at modellen som er ledet av jordmødre førte til:

- litt lavere risiko for fosterdød før 24. svangerskapsuke
- har trolig liten eller ingen betydning for risikoen for fosterdød etter 24. svangerskapsuke
- flere spontane vaginale fødsler uten medikamentell smertelindring
- litt lavere risiko for instrumentell forløsning (vakuump/tang)
- at færre kvinner får epiduralanalgesi

Denne systematiske oversikten viser liten eller ingen forskjell mellom oppfølging ledet av jordmødre og vanlig oppfølging når det gjelder bruk av oksytocin og antall kvinner som ble forløst med keisersnitt. Mens en randomisert kontrollert studie, som ikke er inkludert i oversikten, viste at stimulering av rier med oksytocin ble mindre brukt ved en jordmorstyrt enhet enn ved en vanlig fødeavdeling (46).

Generelt er det behov for mer forskning om organiseringen og hvordan helsemyndighetene kan legge til rette for gode pasientforløp preget av kontinuitet.

4.2 Andre faktorer som antas å fremme et normalt forløp

4.2.1 En god fødselsopplevelse

Det anbefales at jordmor og annet helsepersonell møter kvinnen med en støttende og omsorgsfull holdning. Kommunikasjonen skal være preget av respekt.

En systematisk oversikt har vurdert forskjellige faktorer som påvirket kvinners fødselsopplevelser i sykehus (47). Oversikten fant fire nøkkelfaktorer som påvirket kvinnenes opplevelse av fødselen; egne forventninger, grad av støtte fra omsorgspersoner, kvaliteten på relasjonene mellom pasient og omsorgsgiver, og delaktighet i beslutninger. Det ble konkludert med at betydningen av smerte, smertelindring og inngrep under fødselen er betydningsfull, men ikke så betydningsfull som holdningene som personalet viser.

Flere studier har vurdert effekten av kommunikasjon mellom kvinnen og omsorgsgiver på kvinnens oppfatning av fødselsopplevelsen. Det viser seg at helsepersonells adferd i forhold til den fødende påvirker fødselsopplevelsen (48). Å bli behandlet med respekt og omsorg er vurdert av kvinnene som det viktigste. Derne er det viktig å få informasjon, forklaringer, ledes og støttes gjennom fødselen. Benevnelser som kvinnene i studiene bruker beskriver både jordmoren og følelsene som er knyttet til en positiv fødselsopplevelse. Betegnelsene er: bryr seg om andre, varsom, forståelsesfull, kompetent, troverdig, empatisk, byr på seg selv, rolig, årvåken, fredelig, profesjonell kompetanse og sindig. Kvinner ønsker å få informasjon og assistanse, bli involvert, føle seg trygg og sikker. Dette er også i tråd med helsepersonelloven (21).

4.2.2 Varmt vann

Det anbefales at kvinner tilbys varm dusj eller bad i badekar som smertelindring under fødselen.

Varmt vann i form av dusj eller badekar kan benyttes for avspenning og å lindre smerter. En systematisk oversikt viser at å være i vann i fødselens åpningsfase reduserer kvinnenes opplevelse av smerte (n=3146) (40). Elleve studier ble inkludert i oversikten, og i seks av studiene ble det rapportert en signifikant redusert bruk av epidural. Det var ikke påvist ugunstig effekt på fødselens varighet, keisersnittfrekvens eller barnets tilstand. En av studiene viste at kvinnene rapporterte en større tilfredshet med å være i vann i utdrivingsfasen. Det er behov for mer forskning for å vurdere effekten av vann i forhold til neonatal og maternell sykkelighet.

4.2.3 Aktiv fødsel og mestring av fødsel

Det foreslås at kvinner som ønsker å benytte massasje, akupunktur, puste-, avslapnings- og konsentrasjonsteknikker i forbindelse med fødselen støttes i det.

Aktiv fødsel betyr her en tilnæringsmåte. Den omfatter forståelsen av hva en fødsel er, og holdningen til fødsel og fødselsarbeidet. *Aktiv fødsel* mener at å føde barn er instinktivt samtidig som det er en kunnskap eller ferdighet som langt på vei kan læres på samme måte som andre fysiske ferdigheter. Hospitalisering av fødselene kan ha ført til mer oppmerksomheten på fødselshjelperens kunnskap og ferdigheter og fjernet oppmerksomheten fra kvinnenes kunnskaper og ferdigheter. På denne bakgrunn mener

denne tradisjonen at kvinner trenger å tilføres kunnskap om anatomi og fysiologi for å få en større trygghet. Både fysisk og mental forberedelse regnes som viktig (49-52).

Aktiv fødsel bruker ulike metoder for å fremme vaginal fødsel: Tyngdekraften benyttes bevisst i fødselsarbeidet ved å oppmuntre til en oppreist kroppsholdning i åpnings- og utdrivingsfasen. Andre tilnærminger kan være varmt vann(bad/dusj), massasje, akupunktur, homeopatiske midler, puste-, avslapnings- og konsentrasjonsteknikker. Kvinnen kan også forberede seg ved fysiske øvelser som er basert på yoga og bekkenbunnsmuskeltraining.

Pusteteknikker og autogen trening er metoder som mange kvinner kjenner til som har født. Både som en bevisst og ubevisst, instinktiv tilnærming. Klinisk erfaring er at kvinner som er i dyp konsentrasjon bruker pusten i fødselsarbeidet. Mange gjør det uten noen spesiell opplæring. Mens andre velger å lære seg teknikker på forhånd før fødselen,

Det finnes en systematisk oversikt som blant annet vurderer effekten av pust og avspenningsteknikk, men det er behov for mer forskning (53). Holdningen er at kvinner som ønsker å benytte spesifikke puste- og avspenningsteknikker kan støttes i å benytte det.

Når det gjelder urtemedisiner, både plantebaserte- og naturlegemidler, så bør det unngås av gravide og kvinner som ammer. Det mangler funnet studier som kan fortelle noe om hvordan midlene påvirker fosteret eller barnet. Effekten av homeopatmedisiner er svært omdiskutert.

4.2.4 Fødestedets miljø og utforming

Kvinner med normale svangerskap kan anbefales å føde i ikke-medisinske eller alternative omgivelser for å øke sannsynligheten for en spontan fødsel og færre medisinske inngrep.

En systematisk oversikt har stilt spørsmålet om effekt av alternativ utforming av fødestuer i sykehus sammenliknet med vanlig fødestue i sykehus. Det var undersøkt hvilken betydning det har for mor og barn (n=10684) (54). Oversikten har vurdert både den fysiske utformingen som innredning av føderommet og organiseringen av personalet.

Oversikten konkluderte med at fødsel i alternative fødestuer øker sannsynligheten for spontane fødsler, reduserer medisinske intervensjoner og øker mors tilfredshet sammenlignet med tradisjonelle fødestue-/rom i sykehus. Det var imidlertid vanskelig å gi konkret informasjon om hva som ga effekt da både utforming og organisering var ulike i de inkluderte studiene.

Kvaliteten på dokumentasjonen er vurdert som god når det gjelder effekt i forhold til bruk av smertestillende, epidural, keisersnitt og spontan vaginal fødsel. Når det gjelder alvorlig sykdom og mors tilfredshet, er det behov for mer forskning.

4.2.5 Bevegelse og posisjoner

Kvinner anbefales å gå, bevege seg og innta en oppreist posisjon i åpningsfasen for muligens å redusere denne fasen.

Det foreslås at kvinner kan innta stillinger og posisjoner som de finner behagelige, gjerne oppreiste posisjoner både i åpnings- og utdrivingsfasen.

Noen studier har undersøkt effekten av mobilisering/bevegelse og ulike posisjoner i fødselsarbeidet i de ulike fasene av fødselen (55-58). En systematisk oversikt har vurdert effekten av ulike oppreiste og liggende kroppsstillinger i fødselens åpningsfase i forhold til varighet på fødselen, hvordan fødselen skjedde og andre utfall hos kvinnen og barnet (n= 3706) (59). Det var inkludert 21 randomiserte kontrollerte studier, ni av studiene inkluderte kun førstegangsfødende.

Resultatene tyder på at åpningsfasen kan forkortes med omtrent en time dersom kvinnen har en oppreist posisjon eller går/beveger seg i åpningsfasen. Det var ingen reduksjon i omfanget av intervensjoner i gruppene som ble sammenlignet. Når det gjelder varigheten av utdrivingsfasen og antall kvinner med spontane vaginale fødsler og behov for assistert forløsning, smertelindring og stimulering, var gruppene like. For kvinner som fikk epidural endret ikke posisjonen på åpningsfasens varighet.

En annen systematisk oversikt har vurdert kvinnens posisjon i utdrivingsfasen (n=7280). Oversikten har inkludert 22 studier (58). Studiene var vurdert til å være av variabel kvalitet. Oversikten fant at en oppreist fødestilling medfører flere fordeler, men en økt risiko for et blodtap på > 500 ml. Ryngleie medførte større mulighet for assistert forløsning med tang.

På bakgrunn av studiekvaliteten er det vanskelig å trekke konklusjoner. Tiltakene har ikke vist seg å føre til økt intervensjon eller negative utfall hos kvinnen eller barnet.

4.2.6 Bekkenbunnsmuskeltraining

Kvinner anbefales regelmessig bekkenbunnsmuskeltraining i svangerskapet, det kan muligens bidra til en kortere utdrivingsfase.

Et randomisert kontrollert forsøk har vist at bekkenbunnsmuskeltraining har positiv effekt i forhold til varigheten av utdrivingsfasen (n=301) (60). Konklusjonen i studien er at sterke muskler i bekkenbunnen kan bidra til en kortere utdrivingsfase.

Bekkenbunnsmuskeltraining har også vist seg å forebygge og behandle urininkontinens i svangerskapet og etter fødsel. Det er publisert en systematisk oversikt som har vurdert effekten av trening av bekkenbunnens muskler (61). Oversikten har inkludert 15 studier og konkluderer med at det er en viss grad av dokumentasjon på at bekkenbunnsmuskeltraining i svangerskapet og etter fødselen kan forebygge og behandle urininkontinens.

5 Fødselens varighet

Dette kapittelet omtaler håndtering av etterbyrdsfasen samt varighet og fremgang i fødselen. Det mangler kunnskap og entydige definisjoner om varigheten av en normal, vaginal fødsel. Varigheten på en fødsel er individuell, den kliniske erfaringen er at normalvariasjonen er stor.

Vurdering av en vaginal fødsel innenfor det som regnes som normalt og fysiologisk omfatter både fremgangen i fødselsforløpet og at kvinnen og fosteret har det bra. Siden mange kvinner opplever langsom fremgang er det behov for mer kunnskap for å forstå mer om varigheten og når det er hensiktsmessig å gripe inn i fødselsforløpet.

5.1 Hvor lenge kan en normal fødsel vare?

En systematisk oversikt: *Hvor lenge kan en normal fødsel vare?* er oppdatert i forbindelse med utarbeidelse av retningslinjen for hjemmefødsel (62). Til sammen er det inkludert ti studier i den oppdaterte systematiske oversikten som vurderte fødselsvarighet i studiepopulasjoner med overveiende lavrisikogravide. Se vedlegg 10.2. Fødselsfasene var definert forskjellig i studiene, og studiene var fra ulike land med ulike tradisjon og organisering av fødselsomsorg.

Det ble ikke funnet studier som undersøker varigheten av åpningsfasens latensfase. Seks studier vurderte åpningsfasens aktive fase, fra mormunnen er 3-4 cm og til det er registrert full åpning. Studiene viser at gjennomsnittlig varighet på denne fasen er fra 3.7 til 7.7 timer hos førstegangsfødende, og fra 2.2 til 5.7 timer hos flergangsfødende. Seks studier vurderte utdrivingsfasen, fra det er konstatert full åpning av mormunnen og til tidspunktet for barnets fødsel, og fant en variasjon fra 32 til 55 minutter hos førstegangsfødende og 9 til 22 minutter hos flergangsfødende.

En vanlig oppfatning og definisjon er at fødselens aktive åpningsfase begynner når mormunnen er 3-4 cm åpen, men en av studiene konkluderer at mange flergangsfødende ikke nødvendigvis kommer i aktiv åpningsfase før etter fem cm åpning av mormunnen og at førstegangsfødende kan komme enda senere i aktiv åpningsfase (63). For utdrivingsfasen er det begrenset med studier. Studiene mangler opplysninger om fødestilling og om hvorvidt kvinnen var instruert i å trykke eller om hun trykket spontant (48).

Retningslinjer fra *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) for normal fødsel konkluderer med at progresjonen ikke nødvendigvis er lineær, men at førstegangsfødende vil ha nådd utdrivingsfasen innen 18 timer uten intervensjon og flergangsfødende innen 12 timer uten intervensjon (48). Det vil si at for førstegangsfødende er varigheten på den aktive åpningsfasen i gjennomsnitt 8 timer (1.0 -19.4 timer) og varer sjelden over 18 timer. For flergangsfødende er det en gjennomsnittlig varighet på 5 timer (0,5 -14.9 timer), og varer sjelden over 12 timer.

5.2 Fødselens fremgang og bruk av partogram

Jordmor skal gjøre en kontinuerlig evaluering av framgangen i fødselen. Det anbefales å benytte partogram med fire-timers aksjonslinje hvor en cm mormunns-åpning tilsvarer en time. Ved manglende fremgang i åpningsfasen overføres kvinnen til sykehus. I utdrivingsfasen, når barnets hode er sluttrotert på bekkenbunnen og det er konstatert full mormunns-åpning og kvinnen har trykkektrang, aksepteres en aktiv trykketid på en time.

Den vanligste komplikasjonen i fødselsforløpet er langsom fremgang (protrahert fødselsforløp), om lag 30 prosent av alle fødende opplever dette (62). En studie viser at dette er den nest hyppigste årsaken til keisersnitt (64). Årsaker til langsom fremgang kan for eksempel være risvekkelse på grunn av sliten mor, feilinnstilling, mekaniske misforhold, engstelse, smerte eller psykiske forhold hos kvinnen.

Langsom fremgang i fødselen er en svært alminnelig tilstand hos fødende. I sykehus får omkring halvparten av alle førstegangs fødende og omkring en femdel av alle flergangsfødende legemidler for at fødselen skal gå hurtigere (65-68). Dette er også den vanligste årsaken til at kvinner blir overflyttet til sykehus fra fødestue og planlagt hjemmefødsel (2).

Amniotomi er den enkleste metoden for å stimulere rier (38). I forbindelse med hjemmefødsel er jordmødre tilbakeholdne med å gjøre amniotomi. Holdningen er at fødselen skal foregå naturlig og uten inngrep. Stimulering med oksytocin er et vanlig tiltak i fødeinstitusjon og skal ikke benyttes ved hjemmefødsel. Et unntak for å vurdere en amniotomi ved hjemmefødsel kan være når mormunnen er utslettet og hodet er festet i bekkenet og det oppstår dårlig fosterlyd.

Partogram er et hjelpemiddel for å vurdere fødselens varighet og for å diagnostisere langsomme fødselsforløp. Partogrammet er også en samlet dokumentasjon av funn og undersøkelser i forbindelse med fødselen (69). Partogram har en aksjonslinje som indikerer når det er langsom fremgang i fødselsforløpet. Verdens helseorganisasjon anbefaler bruk av fire-timers aksjonslinje på bakgrunn av resultatene i en prospektiv studie (n=35484) (70).

5.3 Etterbyrdsfasen

Det anbefales avnavling når pulsasjonen i navlesnoen er opphørt. Det anbefales at kvinnen får informasjon om uteruskontraherende middel og at hun kan få velge om hun vil ha det som rutine eller avstå. Jordmor må få anledning til å gi medikamentet på indikasjon.

Det anbefales at kvinnen overflyttes til sykehus etter 60 minutter dersom morkaken ikke løsner av seg selv. Overføring skal skje selv om etterbyrdsblødningen er normal.

Dersom morkaken ikke kommer/forløses og/eller kvinnen blør anbefales tiltak i tråd med håndtering av unormal etterbyrdsblødning.

Fødselens tredje fase, etterbyrdsfasen, defineres fra barnet er født til morkaken med hinner er født og etterbyrdsblødningen er under kontroll. Det er to hovedtilnærminger til denne fasen, en fysiologisk, avventende tilnærming og en aktiv tilnærming. I klinisk

praksis det i mange tilfeller en blanding av disse to tilnærmingene. Aktiv tilnærming ble introdusert for å redusere blødning etter fødselen, fordi dette i mange lavinntektsland er årsak til maternelle dødsfall, på grunn anemi, blødningsforstyrrelser, dårlig ernæringsstatus og infeksjoner (71). Kvinner som bor i høyinntektsland har færre blødninger. Studier viser at morkaken fødes spontant hos 95 prosent før det er gått 60 minutter (72). Aktiv tilnærming reduserer risikoen for etterbyrdsblødning og forkorter etterbyrdsfasen.

Aktiv tilnærming omfatter

- rutineadministrasjon av uteruskontraherende midler
- forløsning av morkaken ved kontrollert drag i navlesnor
- avvente avnavling inntil pulsasjon i navlesnor er opphørt

Palpasjon av uterus og drag i navlesnoren utføres etter at oksytocin er gitt som et ledd i den aktive tilnærmingen. Barnet og kvinnen har hud mot hud-kontakt på brystet.

Fysiologisk tilnærming omfatter

- ingen rutineadministrasjon av uteruskontraherende legemidler
- ingen avnavling før pulsasjonen i navlesnoren er opphørt
- morkaken fødes ved hjelp av spontane rier og/eller aktiv pressing

Det vil si at det ikke trekkes i navlesnoren og uterus berøres ikke med denne tilnærmingen. Barnet og kvinnen har hud mot hud-kontakt på brystet.

En systematisk oversikt har vurdert fordeler og ulemper med aktiv og avventende tilnærming for alle kvinner, og spesielt for de med lav risiko (N=6486) (73). Uansett høy eller lav risiko reduserte aktiv tilnærming blødning og anemi hos alle kvinner. Metoden medførte samtidig redusert fødselsvekt hos barnet. Oversikten viser en økning av bivirkninger hos kvinnene i gruppen med aktiv tilnærming. Den systematiske oversikten konkluderer med at kvinner bør få informasjon i svangerskapet slik at de kan ta informerte beslutninger. Oversikten påpeker at det er behov for mer forskning.

Verdens helseorganisasjon anbefaler å vente med avnavling slik at blodet i morkaken kan returnere til barnets sirkulasjon gjennom navlesnoren for å forebygge anemi hos barnet (71).

Ved hjemmefødsel er det sannsynlig at jordmødre vil velge fysiologisk tilnærming i samarbeid og forståelse med kvinnen. Endring fra fysiologisk tilnærming til aktiv tilnærming gjøres dersom kvinnen blør eller morkaken ikke er kommet innen 60 min etter at barnet er født, eller hvis kvinnen ønsker at etterbyrdsfasen skal forkortes.

For håndtering av akutte hendelser, se vedlegg 11: Førstehjelp ved akutte hendelser.

6 Barseltidens første dager

Kapittelet beskriver oppgaver jordmoren har ansvar for i forbindelse med barseltiden og generell informasjon som bør gis til foreldrene. Helsedirektoratet vil publisere en nasjonal retningslinje for barselomsorg i løpet av 2013.

6.1 Jordmorens oppgaver etter fødselen

Det anbefales at jordmor legger til rette for uforstyrret hud mot hud kontakt mellom mor og barn minst en time rett etter fødsel eller inntil det har skjedd en naturlig ammestart. Kvinnen anbefales utover den første timen fortsatt mye til hud mot hud kontakt med barnet de første dagene etter fødselen.

Jordmor skal sørge for at barnets rett til helsehjelp oppfylles. Jordmor skal sørge for å bidra slik at anbefalte undersøkelser av det nyfødte barnet gjennomføres.

Jordmor skal sørge for at Folkeregisteret og Medisinsk fødselsregister får lovpålagte opplysninger.

Jordmor skal sørge for at barnejournal og melding om fødsel sendes til helsestasjon etter foreldrenes samtykke snarest mulig etter fødsel. Barnejournal, fødejournal og eventuelt epikrise sendes kvinnens fastlege.

Familien og det nyfødte barnet bør få være uforstyrret i størst mulig grad i de første timene etter fødselen (74;75). Det vektlegges at den nyfødte skal ha kontinuerlig hudkontakt fortrinnsvis med mor (76). Hensikten er at det nyfødte barnet selv får finne veien til brystet og at ammingen kommer i gang på en naturlig måte.

Jordmor oppholder seg i hjemmet de første timene etter fødselen, inntil observasjoner, dokumentasjon og undersøkelser av mor og barn er utført. Oppgavene som jordmor er ansvarlig for er det de samme som for jordmødre på fødeinstitusjon, vanlige kliniske observasjoner og tiltak, journalføring og meldeplikt.

Dokumenter og journal

- partogram og journal med observasjoner og funn noteres fortløpende
- opplysninger sendes til Medisinsk fødselsregister
- melding om fødsel sendes til Folkeregisteret. Eventuelt utfylling av erkjennelse av farskap, eventuelt melding til bidragsfogd
- barnejournal, fødejournal/epikrise sendes fastlegen
- barnejournal sendes til helsestasjon etter foreldrenes samtykke snarest mulig
- helsekort for gravide

Barnets rett til helsehjelp

- jordmor sørger for å tilrettelegge for legeundersøkelse av det nyfødte barnet
- screeningundersøkelser:
 - screening for hørselstap gjennom måling med otoakustiske emisjoner
 - utvidet neonatalscreening

- blødningsprofylakse med vitamin K injeksjon
- sørge for anbefalte vaksiner på indikasjon (BCG, Hepatitt B)

Informasjon til foreldrene, organisering av videre oppfølging

- kvinnen mottar kopi av barnejournal, fødejournal, partogram, helsekort for gravide og eventuelt epikrise
- avtaler med familien om oppfølgingen de første dagene/uken etter fødsel
- orienterer foreldrene om følgende instanser og oppgir kontaktdetaljer:
 - barsel- og ammepoliklinikk
 - helsestasjonen
 - Ammehjelpen
- generell informasjon om barseltiden, kvinnens og barnets helse, samt samtale med kvinnen/foreldrene om fødselen (postpartum samtale)

6.2 Oppfølging og hjemmebesøk i tiden etter fødselen

Det foreslås at familien får ett til to hjemmebesøk/konsultasjoner av jordmoren etter fødselen. Etter en individuell vurdering kan det være behov for flere konsultasjoner. Omfang av oppfølging i barseltiden og jordmors tilgjengelighet bør være avtalt før fødselen.

Jordmoren skal medvirke til en god overgang til helsestasjon og fastlege. Jordmor bør opplyse helsestasjonen om hvor lenge hun har planlagt å følge familien, slik at det er klarlagt når helsestasjonen overtar ansvaret for oppfølgingen.

Jordmors oppgaver etter fødselen omfatter blant annet en fortløpende vurdering av den generelle trivselen og allmentilstanden til både mor og barn. Barselkvinnens fysiske og psykiske tilstand vurderes og tilknytningen til barnet. I vurderingen inngår observasjon av ammingen og/eller ernæring med morsmelkerstatning. Hos det nyfødte barnet er det viktig å kontrollere eventuell forekomst av gulsott og at det er jevnlig avføring og urin.

Legeundersøkelsen for nyfødte som fødes hjemme kan foregå på det sykehuset der kvinnen eventuelt har fødeplass eller sogner til. Vanlig tidspunkt for undersøkelsen er mellom første til tredje dag etter fødselen. Etter avtale med foreldrene kan jordmor organisere en slik avtale med føde-/barselavdelingen, eller foreldrene bestiller selv tid til en poliklinisk undersøkelse.

Barnet veies etter fødselen og hodeomkrets av barnet måles. *Retningslinjen om veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* anbefaler videre vektkontroller 2.-4. dag og 7.-10. dag etter fødselen (77). Det kan være behov for oppfølging av barnets vekt utover det anbefalte.

Helsesøstertjenesten og jordmoren koordinerer oppfølgingen slik at familien opplever et godt pasientforløp. Det kan være naturlig at helsesøster tilpasser første hjemmebesøk med vektkontrollen på 7.-10. dag etter fødselen, slik at helsesøster kan bli kjent med familien. Hjemmebesøk av helsesøster har flere formål:

- etablere tidlig kontakt med familien, helst med begge foreldre til stede
- legge grunnlag for videre oppfølging av barnet og samarbeid med familien
- foreldrene får individuell informasjon, støtte og veiledning ut fra behov
- vurdere barnets vekst, trivsel og hjemmeforhold.

Antall hjemmebesøk og polikliniske konsultasjoner i forbindelse med en planlagt hjemmefødsel skjer etter en individuell og helhetlig vurdering av behovet til familien.

Flergangsfødende med gode erfaringer fra tidligere fødsel og barseltid kan ha behov for mindre oppfølging enn en familie som får sitt første barn.

For familier med spesielle behov for støtte og veiledning samarbeider jordmor og helsestasjonen med relevante instanser både innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og med spesialisthelsetjenesten.

6.3 Informasjon til familien

Kvinnen og hennes partner skal motta informasjon om barseltiden. Familien bør vite hvor de henvender seg dersom det oppstår problemer eller tegn på sykdom.

Veiledning og informasjon er en naturlig del av oppgavene til jordmor i forbindelse med planlagt hjemmefødsel, og en naturlig del av oppfølgingen i svangerskapet. Informasjonen omfatter amming/ernæring, kvinnens og barnets helse, søvn og hvile, samspill og tilknytning. Jordmor informerer om helsestasjonen sin rolle, jordmors ansvar og oppgaver i forbindelse med hjemmefødselen og hvor familien henvender seg utover dette. Der det er behov henvises kvinnen og barnet til fastlege eller sykehuset som andre pasienter.

Kvinnen/foreldrene bør få informasjon om hvem hun kontakter ved akutt oppståtte situasjoner eller ved andre spørsmål vedrørende helsen. For eksempel bør kvinnen/foreldrene få informasjon om større og unormale blødninger, enkelte smertetilstander og temperaturstigning som kan oppstå i forbindelse med fødsel. Når det gjelder barnets tilstand, kan informasjonen gjelde endringer i hudfarge, respirasjon, slapphet, temperatur og trivsel. Ved spørsmål om gulsott henvises nyfødte barn til føde- / barselavdeling for vurdering.

Heftet [Hvordan du ammer ditt barn](#) og informasjon om kontaktdetaljer til amme-/barselpoliklinikk og helsestasjon skal gis foreldrene (78). Kvinner som fullammer, skal informeres om hvordan hun selv kan følge med på at barnet får i seg tilfredsstillende med morsmelk. Vektkontroll vil være en sikker måte å bekrefte en normal vektøkning (77). Dersom kvinnen ikke ønsker eller kan amme, bør man forsikre seg om at hun kjenner til generelle forhold ved tilberedning av morsmelkerstatning. [Mattilsynet](#) har informasjon om erstatning for morsmelk. Henviser til [Nasjonal kompetanseenhet for amming](#) for mer informasjon om amming og ammeproblemer. Mødre som trenger råd ved ammeproblemer, kan anbefales å henvende seg til helsestasjonen, fastlege eller [Ammehjelpen](#).

Hvordan foreldrene kan legge til rette for trygg samsoving formidles til foreldrene (79).

7 Komplikasjoner og beredskap

Kapittelet omtaler forslag til tiltak for hvordan jordmor kan forberede seg og trene på håndtering av akutte tilstander. Forsvarlighetskravet innebærer en plikt til å holde seg faglig oppdatert. Det forventes at jordmor vedlikeholder og oppdaterer sin faglige kunnskap og til enhver tid er kjent med faglige anbefalinger og retningslinjer, så vel som gjeldende lovregler på sitt arbeidsfelt.

Akutte tilstander som kan true liv og helse forekommer sjelden hos lavrisikokvinner som har vært fulgt opp i svangerskapet, og som er selektert til hjemmefødsel eller fødsel i en jordmorledet / lavrisiko-enhet (2). Når en akutt hendelse allikevel oppstår, kan det være av avgjørende betydning for utfallet at jordmor har trent regelmessig på håndtering av hendelser som kan ha oppstå akutt i forbindelse med en fødsel. Jordmor må vite hva hun skal gjøre, også ved eventuelt å involvere pårørende og hjelpere, sørge for at hun har nødvendig utstyr og legemidler tilgjengelig og er fortrolig med prosedyrer for tilkalling av syketransport via AMK. Se vedleggene i kapittel 10.5 om program for ferdighetstrening og kapittel 11 om førstehjelp ved akutte hendelser.

7.1 Forekomst av komplikasjoner

Norske data fant at av nesten 1500 kvinner som planla hjemmefødsel og faktisk fødte hjemme, hadde to av barna (1,3/1000) apgar-skår under syv etter fem min. Åtte barn ble ventilert (0,5 prosent), ingen trengte intubering (1). En norsk studie har vist at 7/1000 av alle fullbårne uten spesielle risikofaktorer har apgar-skår 0–3 etter ett minutt og disse vil antakelig ha behov for blant annet overtrykksventilering (80). Etter fem minutter vil omkring 1/1000 fortsatt ha apgar-skår 0–3 og antakelig trenge langvarig resuscitering. Kun 1/5000 barn født ved eller nær termin trenger intubering (81).

Norske data fant at andelen vakuumforløste kvinner som planla å føde på en fødestue, og faktisk fødte der, var syv (0,7 prosent) av i alt 999 (34). Tre av kvinnene hadde foster med uoppdaget setepresentasjon (0,2 prosent).

I en generell populasjon har skulderdystoci en forekomst på 0,15 prosent - 2,1 prosent (82). Uterusinversjon forekommer ved 5,0/10 000 fødsler i utenlandske studier. Denne komplikasjonen er svært sjelden i Norge, men gode tall mangler her. Navlesnorsfremfall forekommer ved 1,9/1000 fødsler, det vil si omkring 110 tilfeller årlig i Norge (65).

En studie fra Hong Kong fant at 21 prosent av alle setepresentasjoner ble oppdaget etter fødselsstart (83). Norske data fant at blant 1600 kvinner som planla hjemmefødsel i perioden 1990-2007, var det 12 (0,7 prosent) tilfeller av uoppdaget setepresentasjon (1).

I ulike studier er det rapportert at mellom 1,2 og 4,9 prosent av de som planlegger hjemmefødsel har unormalt stor blødning etter fødselen (2;84;85). Etterbyrdsblødning defineres ulikt på tvers av studiene, og tallene inkluderer også de som blir overflyttet til sykehus i løpet av svangerskapet eller fødselen. Norske data fant at blant kvinner som planla hjemmefødsel og som faktisk fødte hjemme, hadde 2 prosent etterbyrdsblødning mellom 500 og 1500 ml, mens 0,1 prosent blødde over 1000 ml (1).

7.2 Ferdighetstrening og beredskap

Jordmor bør delta i regelmessig undervisning og ferdighetstrening i akutte prosedyrer i tråd med foreslått program. Jordmor bør jevnlig hospitere i en fødeinstitusjon.

Det anbefales at jordmor har en person til rådighet som kan bistå som assistent ved en planlagt hjemmefødsel.

For jordmødre som håndterer et relativt lavt antall gravide og fødsler medfører det en utfordring å vedlikeholde kompetanse og ferdigheter innen svangerskapsomsorg og fødselshjelp. Det er ikke funnet kunnskap som angir hva som er et nødvendig antall fødsler og svangerskap for å opprettholde en god nok kompetanse. Mulighetene for å kompensere for et mindre antall fødsler kan delvis erstattes av systematisk simulasjonsbasert trening på normale fødsler og akutte situasjoner. Hospitering med aktiv tjenestegjøring på fødeavdeling og kvinneklinikk er en annen måte å skaffe mer trening og erfaring på. Det stilles allikevel andre krav til simulering av akutte tilstander som skal håndteres i et privat hjem enn på fødeavdelinger med akutt beredskap. Det mangler et organisert tilbud om systematisk ferdighetstrening og oppdatering for jordmødre i hjemmefødselsvirksomhet. Det er utarbeidet forslag til faglig innhold, se vedlegg i kapittel 10.5.

Volum er ikke den eneste faktoren som har betydning for utvikling av ferdigheter og handlingsberedskap. Andre viktige faktorer er tidligere erfaring, gode prosedyrer og henvisningsrutiner.

7.3 Legemidler og utstyr

Det anbefales at jordmor har tilgjengelige legemidler slik at etterbyrdsblødning kan forebygges og behandles.

Et viktig element med tanke på faglig forsvarlig praksis er plikten jordmor har til å forebygge svikt. Gode rutiner og beredskap er viktig når fødselsforløpet tilsier behov for rask handling ved uventede hendelser. En hjemmefødsel foregår uten rutinemessige inngrep. Det betyr at det ikke benyttes farmakologisk smertelindring og stimulering av rier med legemidler under fødselen. Men jordmor må ha utstyr og legemidler i beredskap dersom det oppstår en akutt og uventet hendelse, som for eksempel en etterbyrdsblødning. Når det gjelder uteruskontraherende midler etter at barnet er født så henvises det til kapittel 5.3.

Anbefalte legemidler (Jf. kapittel 2.4 om jordmødres rekvireringsrett)

Preparat	Indikasjon
Xylocain-Adrenalin injeksjon	Lokalanestetikum
Oksytocin injeksjon	Forebygge eller behandle etterbyrdsblødning
Misoprostol tabletter 0,2 mg (settes rektalt)	Behandle etterbyrdsblødning
Vitamin K til injeksjon	Forebygge blødningstendens hos nyfødte
Ringer acetat	Erstatning av væske- og elektrolyttap eller midlertidig erstatning av væskevolum
Glukose til intravenøs infusjon	

I tillegg sørger jordmoren for å ha med seg det hun trenger av sterilt og rent utstyr til fødselen. Sterilt utstyr som det er vanlig å ha med er amnionhook, engangs urinkateter,

korte og lange hansker, sprøyter og spisser, intravenøsutstyr og sutursett, samt barnesug og strikk til barnets navle. Det er også vanlig å ha med maske og bag til voksen og nyfødt, samt blodtrykksapparat, termometer og jordmorstetoskop/dopler.

7.4 Overføring til sykehus

Når det er behov for å overføre kvinnen til sykehus i forbindelse med fødselen gjør jordmor en helhetlig vurdering av transportmåte og hastegrad. I denne forbindelse vises det til Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (86). Indeksen er en kategorisering av henvendelse til AMK-sentralene. Den gjelder vurderinger av respons, hastegrad og transportmåte. Det er grunn til å tro at Norsk index for medisinsk nødhjelp er relativt ukjent for fødselshjelpere (87).

Responsen er kategorisert i tre grader: rød respons AKUTT, gul respons HASTER og grønn respons VANLIG. Jordmor som er hos kvinnen og eventuelt barnet når det er født gjør en vurdering av hastegrad og formidler dette til AMK-sentralen. Eksempler på tilstander i kategorien rød respons akutt, kan være: fremfall av navlesnor, alvorlig affeksjon av fosterlyden, unormal stor blødning under eller etter fødselen, eller barn med lav apgar-skår som ikke kommer seg umiddelbart etter fødselen.

Transportmetode vurderes av AMK-sentralen og kan være ambulansebil, -båt eller -helikopter. Det vil være naturlig at jordmor deltar ved transporten når situasjonen er vurdert som akutt eller haster, både med tanke på kvinnens/barnets eller fosterets sikkerhet.

Når situasjonen tilsier det kan kvinnen transporteres i privat bil.

8 Metode og kunnskapsgrunnlag

Retningslinjer fra Helsedirektoratet er å anse som anbefalinger og råd, basert på oppdatert faglig kunnskap. Retningslinjene er et uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet, og er ment som et hjelpemiddel ved avveininger helsepersonell må gjøre for å oppnå forsvarlig og god kvalitet på tjenesten.

8.1 Hva er nasjonale faglige retningslinjer?

Helsedirektoratet har blant annet ansvaret for å utarbeide faglige nasjonale retningslinjer. Arbeidet skjer i samarbeid med aktuelle fagmiljøer, bruker- og interesseorganisasjoner. Nasjonale retningslinjer inneholder systematisk utviklede faglige anbefalinger basert på en nasjonal standard og internasjonalt anerkjente prosedyrer(88;89). Retningslinjer er et virkemiddel for å sikre helhetlige pasientforløp, god kvalitet og riktige prioriteringer.

Nasjonale retningslinjer er ikke rettslig bindende for mottakerne, men bør være førende for valgene som skal tas. Ved å følge anbefalingene vil helsepersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket. Dersom en velger en praksis som i vesentlig grad avviker fra nasjonale faglige retningslinjer, bør en dokumentere dette og begrunne sitt valg.

8.2 Formål og prosess

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide nasjonale retningslinjer på bakgrunn av Stortingets behandling av *St.meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet (15)*. Prosessen med helhetlige nasjonale retningslinjer for svangerskap, fødsel og barseltid vil bestå av ulike oppdrag. Retningslinje for hjemmefødsel er en del av oppdraget.

En arbeidsgruppe er oppnevnt av direktoratet. Personene er blitt valgt på bakgrunn av sin kompetanse og interesse for differensiert fødselsomsorg. Direktoratet har selv forespurt fagpersoner og brukerorganisasjonen Fødsel i Fokus om å delta i arbeidet med retningslinjen.

Arbeidsgruppen

NÅvn og tittel	Arbeidssted
Pål Øian, avdelingsoverlege, professor	Kvinneklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge og Universitetet i Tromsø
Ellen Blix, helsefaglig forskningsleder, jordmor	Klinisk forskningssenter Universitetssykehuset Nord-Norge
Toril Hanson, universitetslektor, jordmor	Universitetet i Tromsø
Anette S Huitfeldt, jordmor	Oslo universitetssykehus
Heide Thorsen, brukerrepresentant, doula	Fødsel i Fokus
Atle Klovning, fastlege, førsteamanuensis	Frogner helsesenter og Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo
Marianne K Gjertsen, forskningsleder, lege	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Hanne Skui, seniorrådgiver, jurist	Helsedirektoratet
Brit Roland, seniorrådgiver, jordmor	Helsedirektoratet

Arbeidsgruppen hadde sitt første møte i juni 2010, i alt har det vært avholdt fire møter. Gruppen har for øvrig kommunisert via telefon og e-post. Deltagernes habilitet er vurdert og det er kartlagt mulige interessekonflikter. Helsedirektoratet har ikke funnet grunn til å trekke deltagernes habilitet i tvil i forbindelse med arbeidet.

8.3 Kunnskapsgrunnlaget om planlagte hjemmefødsler

I tråd med anbefalinger for utarbeidelse av retningslinjer er det gjennomført et søk etter retningslinjer for hjemmefødsel i september 2010 innen engelsk og nordiske språk (88;89). Det er ikke funnet kunnskapsbaserte retningslinjer for planlagt hjemmefødsel utarbeidet etter anbefalt metode, men det er funnet omtaler og erklæringer vedrørende hjemmefødsler (42;90-92). Det er funnet retningslinjer som omtaler håndtering av normale svangerskap og fødsler, og noen omtaler hjemmefødsel som en del av et nasjonalt fødetilbud (48;93). Nederlandske helsemyndigheter har utarbeidet en liste med indikasjoner over hvem som kan føde hjemme og i sykehus (94).

Resultater, søk etter retningslinjer som omtaler planlagt hjemmefødsel

- Stockholms län. Riktlinjer hemforlossning. Vårdguiden, 2009 (90)
- National Childbirth Trust. Making normal birth a reality - Consensus statement from the maternity care working party. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, 2007 (42)
- Home births. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives joint statement No.2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives, 2007 (92)
- Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2007 (48)
- Anbefalinger for svangeromsorgen. Danmark: Sundhedsstyrelsen, 2009 (93)
- List of obstetric indications. Obstetric Working Group of the National Health Insurance Board of the Netherlands, 2011 (94)

Medlemmer av arbeidsgruppen har oppdatert to systematiske oversikter i forbindelse med retningslinjen (2;62)

- Utfall etter planlagte hjemmefødsler. Vedlegg 10.1
- Hvor lenge kan en normal fødsel vare? Vedlegg kapittel 10.2

I tillegg til denne dokumentasjonen har brukere og fagpersoner i arbeidsgruppen deltatt med sin faglige kompetanse og erfaring. En høringsrunde har også bidratt til å presisere kunnskapsgrunnlaget.

8.4 Gradering av kunnskapsgrunnlaget og anbefalinger

Retningslinjen *Intrapartum care – care of healthy woman and their babies during childbirth* fra NICE (2007) er kritisk vurdert (48). Den ble vurdert av arbeidsgruppen til å være av god kvalitet og et godt grunnlag for å utarbeide en retningslinje for planlagte hjemmefødsler. Retningslinjen er grundig, den redegjør for prosessen, dokumentasjonen er tydelig og oppfylder kravene som stilles til retningslinjer (88).

Når det gjelder kvalitetsvurdering av systematiske oversikter anbefaler Helsedirektoratet å benytte *The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) (88;95). Retningslinjen for hjemmefødsel har ikke benyttet seg av dette verktøyet. Denne metoden er nå i ferd med å tas i bruk. Oppstart av arbeidet med retningslinjen sammenfalt med implementering av GRADE-metoden. I ettertid er det vurdert av arbeidsgruppen at GRADE hadde vært et godt og nyttig redskap for å vurdere kunnskapsgrunnlaget. Metoden skal blant annet bidra til å synliggjøre kvaliteten på kunnskapen som ligger til grunn for anbefalingene som gis, og i hvilken grad en kan stole på resultatene som forskningen viser til.

Retningslinje for hjemmefødsel har ikke kategorisert anbefalingene. Tidligere ble anbefalingene kategorisert i A, B, C og D (96). Bakgrunnen for at det ikke er gjennomført her er den vedtatte overgangen til GRADE, det vil si at tidligere metode vil fases ut. Kunnskapsgrunnlaget er vurdert av arbeidsgruppen og alle anbefalingene er å anse som samlet sett viktige. Vurderingen er foretatt på forskningsbasert grunnlag, brukernes preferanser og fagpersoners kliniske erfaring. Retningslinje for hjemmefødsel har i hovedsak benyttet systematiske oversikter der det er spørsmål om effekt av tiltak.

8.5 Høring, oppdatering og implementering

Retningslinjen har vært på intern høring i Helsedirektoratet og ekstern høring i 2011 hos fagforeninger, kommuner, helseforetak, brukerorganisasjoner og andre instanser. Etter høringsfasen har direktoratet gjennomgått eksterne høringssvar og gjort en helhetlig vurdering. Det er mottatt 15 høringssvar. Tilbakemeldingene er også vurdert av arbeidsgruppen.

Helsedirektoratet har ansvar for å oppdatere retningslinjen når ny kunnskap tilsier at det er nødvendig å endre anbefalingene, eller tilføye nye.

Målgruppen for retningslinjen er helsepersonell både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, fagpersoner og brukere av svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen. Jordmødre i hjemmefødsel-virksomhet er en viktig målgruppe for å gjøre anbefalingene kjent. Denne retningslinjen er en del av et helhetlig arbeid med retningslinjer innen svangerskap, fødsel og barselomsorg som helsedirektoratet har ansvar for.

9 Referanser

1. Statistikkbanken. Medisinsk fødselsregister. Folkehelseinstituttet; 2009. Tilgjengelig fra: <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>
2. Blix E, Øian P, Kumle M. Utfall etter planlagte hjemmefødsler. Tidsskr Nor Legefor 2008;128:2436-9.
3. Lindgren HE, Rådestad IJ, Christensson K, Hildingsson IM. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. Acta Obstet Gynecol Scand 2008;1-9.
4. Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. CMAJ 2002;166(3):315-23.
5. De Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. BJOG 2009;116(9):1177-84.
6. Hildingsson IM, Lindgren HE, Haglund B, Rådestad IJ. Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study. Am J Obstet Gynecol 2006;195(5):1366-72.
7. Declercq E, Stotland NE. Planned home birth. Uo To Date; 2011. Tilgjengelig fra: http://www.uptodate.com/contents/planned-home-birth?source=search_result&selectedTitle=1%7E6
8. Boucher D, Bennett C, McFarlin B, Freeze R. Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. J Midwifery Womens Health 2009;54(2):119-26.
9. Sjøblom I, Nordstrøm B, Edberg AK. A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. Midwifery 2006;22(4):348-55.
10. Lindgren H, Hildingsson I, Rådestad I. A Swedish interview study: parents' assessment of risks in home births. Midwifery 2006;22(1):15-22.
11. Janssen PA, Henderson AD, Vedam S. The experience of planned home birth: views of the first 500 women. Birth 2009;36(4):297-304.
12. Kringeland T, Daltveit AK, Miller A. What characterizes woman who want to give birth as naturally as possible without painkillers or intervention? Sexual & Reproductive Healthcare 2010;1(1):21-6.
13. Blix E. Avoiding disturbance: midwifery practice in home birth settings in Norway. Midwifery 2011;27(5):687-92.
14. Blix E, Huidtfeldt A, Øian P, Kumle M. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007. A retrospective cohort study. Akseptert for publisering. Sexual & Reproductive Health Care 2012;
15. St.meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-12-2008-2009.html?id=545600>
16. Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.

17. Lindgren HE, Rådestad IJ, Christensson K, Wally-Bystrom K, Hildingsson IM. Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. *Midwifery* 2010;26(2):163-72.
18. Engangsstønnad ved hjemmefødsel. 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.helfo.no/>
19. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990521-030.html>.
20. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp jf. folketrygdloven § 5-12. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.
21. Lov om helsepersonell mv. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.
22. Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.
23. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.
24. Og bedre skal det bli..... Nasjonal kvalitetsstrategi for kvalitetsforbedring 2005 - 2015. HelseDirektoratet; 2005. Tilgjengelig fra: <http://helseDirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Sider/default.aspx>
25. Hvordan holde orden i eget hus? Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. HelseDirektoratet; 2009. IS - 1183. Tilgjengelig fra: <http://helseDirektoratet.no/publikasjoner/internkontroll-i-sosial--og-helsetjenesten/Sider/default.aspx>
26. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.
27. Forskrift om pasientjournal. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.
28. Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren. 2012.
29. Rundskriv Lov om helsepersonell m.v. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2001/i-202001.html?id=108916>.
30. Helsepersonells taushetsplikt. Vern av pasientens integritet i muntlig kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. HelseDirektoratet; 2010. IS - 6. Tilgjengelig fra: <http://www.helseDirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonells-taushetsplikt-vern-av-pasientens-integritet-i-helsepersonells-samtaler-med-pasienten/Sider/default.aspx>
31. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. HelseDirektoratet; 2010. IS-1877.
32. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. IS - 1179. Tilgjengelig fra: <http://helseDirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon/Sider/default.aspx>
33. Overtidige svangerskap. Tilgjengelig fra: <http://helseDirektoratet.no/folkkehelse/gravid/overtidige-svangerskap/Sider/default.aspx>.
34. Schmidt N, Abelsen B, Øian P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81(8):731-7.
35. Safe Motherhood, Verdens helseorganisasjon. Ivaretagelse av den normale fødsel, en praktisk veiledning. Den norske jordmorforening; 1998.
36. 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;

37. Blix E. Inkomst-CTG. En vurdering av testens prediktive verdier, reliabilitet og effekt. Betydning for jordmødrene i deres daglige arbeid (DrPH avhandling). Göteborg: Nordiska högskolan för folkehälsövetenskap; 2006.
38. Veileder i fødselshjelp. Norsk gynekologisk forening; 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.legeforeningen.no/id/131068.0>
39. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev 2005;(4)
40. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database Syst Rev 2009;(2):CD000111.
41. Operasjonsliste i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer. 2012.
42. Making normal birth a reality - Consensus statement from the maternity care working party. The National Childbirth Trust, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives; 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/making-normal-birth-reality>
43. Det Nationale Indikatorprosjekt, Fødsler. Dokumentalistrapport. Danmark: Dansk Indikator Prosjekt; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.nip.dk/files/Subsites/NIP/F%C3%B8dsler/20111221_Dokumentalistrapport%20DKF%20januar%202012.PDF
44. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2011;2:CD003766.
45. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2008;(4):CD004667.
46. Bernitz S, Rolland R, Blix E, Jacobsen M, Sjøborg K, Øian P. Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial. BJOG 2011;118(11):1357-64.
47. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002;186(5 Suppl Nature):S160-S172.
48. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.
49. Dick Read. Childbirth without fear. London: Pinter & Martin Ltd; 2004.
50. Endresen E, Bjørnstad N. Fødsel. Kraft og kjærlighet. Cappelen akademisk; 1999.
51. Endresen E, Bjørnstad B. Fødende krefter. Cappelen; 1992.
52. Balaskas J. New Active Birth - A concise guide to natural childbirth. Thorsons; 1991.
53. Huntley AL, Coon JT, Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2004;191(1):36-44.
54. Hodnett ED, Downe S, Walsh D, Weston J. Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database Syst Rev 2010;(9):CD000012.
55. Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Garcia MA, et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. N Engl J Med 1998;339(2):76-9.
56. Molina FJ, Sola PA, Lopez E, Pires C. Pain in the first stage of labor: relationship with the patient's position. J Pain Symptom Manage 1997;13(2):98-103.
57. Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labor, and comfort. Appl Nurs Res 1990;3(1):7-13.

58. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD002006.
59. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD003934.
60. Salvesen KA, Mørkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. *BMJ* 2004;329(7462):378-80.
61. Hay-Smith E, Bø K, Berghmans L, Hendriks H, deBie R, van Waalwijk van Doorn ESC. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane review). *The Cochrane Library* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd 2003;(Issue 4)
62. Blix E, Øian P, Kumle M. Hvor lenge kan en normal fødsel vare? *Tidsskr Nor Legeforen* 2008;105(1):77-9.
63. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol* 2010;115(4):705-10.
64. Kolås T, Hofoss D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Häger R, et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(4):864-70.
65. Medisinsk fødselsregister. Årstabeller 1999-2009. Folkehelseinstituttet; 2010. Tilgjengelig fra: <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>
66. Kulseng A, Jensen I, Huseby U. Oxytocin brukt som riestimulerende middel under fødsel til friske gravide ved termin. *Vård i Norden* 2003;23:22--5.
67. Sveaas Moen M, Holmen M, Tollefrud S, Rolland R. Lavrisikofødende ved en kvinneklinikk-hvordan føder de? *Tidsskr Nor Legeforen* 2005;126(19):2635--7.
68. Blix E, Pettersen S, Eriksen H, et al. Bruk av oxytocin som riestimulerende medikament etter spontan fødselsstart. *Tidsskr Nor Legeforen* 2002;122:1359--62.
69. Lavender T, Hart A, Smyth RM. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD005461.
70. World Health Organization. World Health Organization partograph in management of labour. *Lancet* 1994;343:1399-404.
71. WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health organization; 2006. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/WHOREcommendationsforPPHaemorrhage.pdf
72. Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Morrison JC. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2005;105(2):290-3.
73. Begley CM, Gyte GM, Murphy DJ, Devane D, McDonald SJ, McGuire W. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(7):CD007412.
74. Kitzinger S. Home birth. I: The politics of birth. London: Butterworth Heinemann, Elsevier; 2005.
75. Odent M. New reasons and new ways to study birth physiology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2001;75:39-45.
76. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD003519. Tilgjengelig fra:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub2/abstract;jsessionid=21D33CE120CF5E5AE83A649623C20D77.d01t04>

77. Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons - og skolehelsetjenesten. Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-veiing-og-maling/Sider/default.aspx>
78. Hvordan du ammer ditt barn. Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/hvordan-du-ammer-ditt-barn-hefte-is-2092/Sider/default.aspx>
79. Trygt sovemiljø for spedbarnet. Landsforeningen uventet barnedød, Helsedirektoratet, Rikshospitalet; 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/trygt-sovemiljo-for-spedbarnet/Sider/default.aspx>
80. Moster D, Lie RT, Irgens LM, Bjerkedal T, Markestad T. The association of Apgar score with subsequent death and cerebral palsy: A population-based study in term infants. *J Pediatr* 2001;138(6):798-803.
81. Vento M, Saugstad OD. Resuscitation of the term and preterm infant. *Semin Fetal Neonatal Med* 2010;
82. Øian P. Stort foster - store problemer? *Tidsskr Nor Legeforen* 2000;120(16):1847.
83. Leung WC, Pun TC, Wong WM. Undiagnosed breech revisited. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106(7):638-41.
84. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ* 2009;181(6-7):377-83.
85. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010;
86. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. 3 ed. Oslo: Lærdal Medical AS, Den norske legeforening; 2009.
87. Egenberg S, Puntervoll SA, Øian P. Prehospital maternity care in Norway. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2011;131(23):2347-52.
88. Veileder for utarbeidelse av kunnskapsbaserte retningslinjer. Utkast. Helsedirektoratet: 2012. IS-1870.
89. Evaluering av faglige retningslinjer AGREE instrumentet. Sosial- og helsedirektoratet og The Agree Collaboration; 2003. IS-1099.
90. Stockholms län. Riktlinjer hemförlossning. *Vårdguiden*; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.varldguiden.se/Tema/Gravid/Forlossningen/Foda-hemma---riktlinjer/>
91. Wiklund I, Lindvall K, Sachs MA. Stockholms läns landsting betalar hemförlossning i vissa fall. *Läkertidningen* 2003;100(51-52):4272-7.
92. Home births. RCOG and Royal College of Midwives joint statement No.2. Royal College of Obstetricians and Gynecologists and Royal College of Midwives; 2007. NO 2.
93. Anbefalinger for svangreomsorgen. Danmark: Sundhedsstyrelsen; 2009.
94. List of obstetric indications. Obstetric Working Group of the National Health Insurance Board of the Netherlands; 2011. Tilgjengelig fra: http://europe.obgyn.net/nederland/?page=/nederland/richtlijnen/vademecum_eng_sec5
95. <http://www.gradeworkinggroup.org/>. 2011.

96. SIGN to consider CRADEing. Scottish Intercollegiate Guidelines Group; 2008. 50. Tilgjengelig fra: <http://www.sign.ac.uk/methodology/index.html>
97. Brunstad A, Tegnander E. Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsomsoråde. Oslo: AKrube; 2010.
98. Akhter S, Begum MR, Kabir Z, Rashid M, Laila TR, Zabeen F. Use of a condom to control massive postpartum hemorrhage. MedGenMed 2003;5(3):38.
99. Boyle M. Emergencies around childbirth. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2002.

10 Vedlegg

10.1 Utfall etter planlagte hjemmefødsel

Eget vedlegg

10.2 Hvor lenge kan en normal fødsel vare?

Eget vedlegg

10.3 Innhold i avtaler ved planlagt hjemmefødsel

Forslag til elementer i avtale:

- vederlag
- antall og tidspunkt for konsultasjoner under svangerskapet
- at jordmor gir melding om termin og søker fødeplass ved sykehuset som den fødende ønsker å føde ved dersom hjemmefødsel likevel ikke kan gjennomføres
- når jordmor skal være tilgjengelig - vaktberedskap
- hvilke tjenester jordmor skal yte (bistand under fødsel, barselomsorg, svangerskapsomsorg – omfang av dette)
- hvilket utstyr som skal skaffes til fødselen og hvem som skal skaffe utstyr til fødselen
- at jordmor følger den fødende til fødeinstitusjon dersom det blir nødvendig å overføre henne under/etter fødselen

Omfang av informasjon om lovfestede rettigheter og lovpålagte plikter bør være:

- pasientens selvbestemmelsesrett (samtykkereglene)
- pasientens rett til informasjon og medvirkning
- jordmores taushetsplikt
- jordmores plikt til øyeblikkelig hjelp
- jordmores plikt til å opptre forsvarlig, herunder rådføre seg med annet helsepersonell eller søke bistand/henvise til kvalifisert helsepersonell

10.4 Informasjon om planlagt hjemmefødsel

Denne informasjonen er utarbeidet til gravide og pårørende/partner. Fødselsomsorgen har forskjellige fødetilbud til friske gravide med normale svangerskap og til gravide med komplikasjoner eller sykdommer. Ansvar for en tilrettelagt fødselsomsorg er plassert hos de regionale helseforetakene. Planlagt hjemmefødsel med jordmor er ikke en del av det offentlige tilbudet. Tilbudet gis i dag av privatpraktiserende jordmødre uten avtale med helseforetakene eller kommunene.

Retningslinje for hjemmefødsel

Helsedirektoratet har utgitt en retningslinje som skal bidra til trygg praktisering av hjemmefødsel: *Retningslinje for hjemmefødsel. Svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender*, IS-2012 (her kommer link til retningslinjen). Den er laget for at helsepersonell og publikum kan få mer informasjon om hva en hjemmefødsel innebærer og hvilke konkrete anbefalinger som gis. Retningslinjen for hjemmefødsel foreslår at friske gravide med et normalt svangerskap og lav risiko for komplikasjoner i forbindelse med fødselen, bør gis mulighet til å planlegge hjemmefødsel. Anbefalingene i retningslinjen tilsvarer anbefalingene som gjelder for en forventet normal fødsel i sykehus eller fødestue.

Pasient- og brukerrettigheter

Gravide rett til å få tilstrekkelig informasjon om de ulike valgmulighetene som foreligger i forbindelse med fødselen og fødested. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven. Informasjonen bør gis så tidlig som mulig i svangerskapet.

Kvinner som planlegger hjemmefødsel, skal få informasjon om at hun selv må kontakte og gjøre en avtale med en jordmor som kan bistå henne. Tilbud om hjemmefødsel er ikke tilrettelagt av helsemyndighetene og begrenses av om det finnes jordmødre som påtar seg ansvaret for planlagt hjemmefødsel i nærheten av kvinnens bosted.

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) refunderer et [engangsbeløp](#) til kvinnen i forbindelse med hjemmefødsel. [Forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp](#) regulerer takster for jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon. Svangerskapskontroller er gratis enten disse skjer hos jordmor ansatt hos fastlege, jordmor i helsestasjon, jordmor med driftsavtale med kommunen eller hos jordmor som skal bistå ved planlagt hjemmefødsel.

Om planlagt hjemmefødsel

Informasjonen om hjemmefødsel er basert på forskning, fagpersoner og pasienters erfaring, dette er nærmere omtalt i *Retningslinje for hjemmefødsel*. Utfall for mor og barn avhenger av at fødselen er planlagt som en hjemmefødsel og anbefalte vurderinger (seleksjonskriterier) er fulgt. En kvinne og hennes partner som ønsker å planlegge hjemmefødsel bør få denne informasjonen:

- at fødsler i Norge generelt er trygge både for kvinnen og for barnet
- om fødetilbudet og valgmuligheter der kvinnen bor
- om vanlige rutiner ved en planlagt og forventet normal fødsel
- at friske kvinner som planlegger fødsel hjemme, i en normal-fødselsenhet eller fødestue opplever færre inngrep i fødselsforløpet enn friske kvinner som planlegger fødsel i sykehus. Disse kvinnene opplever også sjeldnere komplikasjoner som store blødninger og fødselsrifter enn kvinner som planlegger sykehusfødsel
- at kvinner som velger å føde hjemme rapporterer tilfredshet med opplevelsen
- at førstegangsfødende kvinner som velger en hjemmefødsel, har større sannsynlighet (om lag 27 prosent) enn flergangsfødende (om lag 4 prosent), for å bli overført til sykehus før barnet er født. Hovedårsaken til overflytting fra hjemmet til sykehus er langsom fremgang i fødselen
- at dersom det skjer visse uventede komplikasjoner under en planlagt hjemmefødsel, kan utfallet for mor og/eller barn bli dårligere enn i sykehus. Årsaken kan være avstanden til sykehus og begrensede muligheter til behandling i hjemmet
- at sykdom, komplisert svangerskap eller tidligere komplisert fødsel eller keisersnitt, kan gi risiko for komplikasjoner ved neste fødsel. Disse kvinnene anbefales å føde i et sykehus
- at jordmoren bør orientere kvinnen om hvordan sikkerhet og førstehjelp ivaretas i forbindelse med fødselen. Herunder opplysning om beregnet tid for akutt transport til nærmeste fødeinstitusjon, dersom det er behov for en overføring

Anbefalte vurderinger som skal gjøres av jordmor eller lege i forbindelse med ønske om hjemmefødsel

- kvinnen er en frisk første- eller flergangsfødende
- kvinnen har hatt et normalt svangerskap
- kvinnen bærer ett foster
- bærer et foster som ligger i hodeleie
- det er ikke påvist sykdommer som kan medføre komplikasjoner eller risiko for kvinnen eller barnet
- tidligere normale svangerskap og fødsler

Når fødselen starter skal jordmoren vurdere

- om fødselen er startet spontant mellom fullgått svangerskapsuke 36 og til svangerskapet regnes som overtidig
- om det er lav risiko for komplikasjoner for mor og barn i forbindelse med fødselen og barseltiden når fødselen starter
- om kvinnen fortsatt ønsker å føde hjemme

Om avtale mellom kvinnen og jordmor

Retningslinje for hjemmefødsel foreslår at det utarbeides en avtale mellom jordmor som skal bistå ved fødselen og kvinnen som ønsker å planlegge en hjemmefødsel. Det kan være nyttig å kartlegge partenes forpliktelser og klargjøre forventninger ved en planlagt hjemmefødsel. Avtalen bør inngås i god tid før fødselen finner sted. Følgende kan inngå i avtalen:

- vederlag
- antall konsultasjoner i svangerskapet (svangerskapskontroll)
- at jordmor gir melding om termin og søker fødeplass ved sykehuset som den fødende ønsker å føde ved, dersom hjemmefødsel likevel ikke kan gjennomføres
- når jordmor skal være tilgjengelig - vaktberedskap
- hvilke tjenester jordmor skal yte (bistand under fødsel, barselomsorg, svangerskapsomsorg – omfang av dette)
- hvilket utstyr som skal skaffes til fødselen og hvem som skal anskaffe det
- at jordmor følger den fødende til fødeinstitusjon dersom det blir nødvendig å overføre henne under/etter fødselen

Sammen med avtalen bør jordmoren gi informasjon til kvinnen og hennes partner om lovfestede rettigheter og lovpålagte plikter:

- pasientens selvbestemmelsesrett (samtykkereglene)
- pasientens rett til informasjon og medvirkning
- jordmorens taushetsplikt
- jordmorens plikt til øyeblikkelig hjelp
- jordmorens plikt til å opptre forsvarlig, herunder rådføre seg med annet helsepersonell eller søke bistand/henvise til kvalifisert helsepersonell

Dette reguleres i [pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven](#).

Barnets rettigheter

Det nyfødte barnet har en selvstendig rett til helsehjelp på linje med voksne personer. Barnet har rett på helsehjelp i form av helsekontroll og vaksinasjonsprogram. Jordmoren skal sørge for å tilrettelegge for legeundersøkelse og andre anbefalte screeningundersøkelser av det nyfødte barnet. Jordmoren skal ha rutiner for å gjøre den kommunale helse – og omsorgstjenesten (fastlege og helsestasjon) kjent med fødselen slik at barnet får nødvendig oppfølging. Foreldrene har rett til informasjon og medvirkning ved helsehjelp til barnet.

10.5 Ferdighetstrening/kurs - akutte hendelser

Et kurs-program bør minimum omfatte:

1. Regelverk og rammebetingelser
2. Resultater ved hjemmefødsler – nasjonalt og internasjonalt
3. En jordmors erfaring med hjemmefødsler
4. Dokumentasjon, utstyr og hjelpepersonell
5. Hva er god svangerskapsomsorg og seleksjonskriterier for planlagte hjemmefødsler
6. Rutiner for overflytting til og samarbeid med fødeavdeling

7. Kasuistikker fra hjemmefødsler – diskusjon
8. Forebygging og behandling av obstetriske blødninger, teori og praktiske øvelser
9. Operative forløsninger – spesielt vakuüm/sete/skulderdystoci. Teori og praktiske øvelser
10. Prinsipper for gjenoppliving av nyfødte og voksne. Teori og praktiske øvelser

11 Vedlegg: Førstehjelp ved akutte hendelser

Denne teksten er i sin helhet kopiert fra Jordmorboka (97). Det er innhentet tillatelse fra Akribe forlag om å gjengi teksten. Henvisningene til illustrasjonene gjelder Jordmorboka og denne bør benyttes for å se illustrasjonene. Enkelte av prosedyrene som foreslås krever utstyr som det ikke er vanlig å ha med i forbindelse med en hjemmefødsel (for eksempel ulike kateter og tener). Det forventes ikke at jordmødre har dette med seg. Men det er viktig at jordmødre kjenner til prosedyrene og kan bistå ved akutte situasjoner.

11.1 Håndtering av etterbyrdsblødning ved hjemmefødsel

Det er viktig å diagnostisere unormal blødning tidlig etter fødselen behandling startes og kvinnen overflyttes før situasjonen er alvorlig. En blødning etter fødselen kommer enten fra placentasårflaten (atoniblødning) eller fra rifter i fødselskanalen. I sjeldne tilfeller kan blødningen skyldes koagulasjonsforstyrrelser. Uterusatoni er den vanligste årsaken til etterbyrdsblødning.

Akuttiltak

- Bestill ambulanse eller annen transport til sykehus
- Hold kvinnen varm under transporten

Samtidig gjøres/vurderes følgende tiltak

- Gi 5 IE (internasjonale enheter) oksytocin intravenøst, dersom blødningsprofylakse ikke er gitt (kan gjentas)
- Sørg for at kvinnen ligger med hodet lavt og beina høyt.
- Kvinnen skal ha to grove perifere venekatetre
- Medikamentell behandling vurderes og iverksettes
- Blodtrykk, puls og bevissthetstilstand vurderes fortløpende
- Gi intravenøs væske
- Finn årsaken til blødningen

Dersom placenta er forløst og det er atoniblødning

- Vurder videre medikamentell behandling
- Gi intravenøs volumerstatning
- Vurder om kvinnens urinblære skal tømmes
- Gjør utvendig eller bimanuell kompresjon av uterus (39.3)
- Dersom kompresjon ikke hjelper, gjøres aortakompresjon (figur 39.4)
- Gjør eventuelt tamponade av uterus

Dersom placenta ikke er forløst og det er blødning

- Vurder forløsning av placenta.
- Inspiser placenta, kontroller at den er hel. Dersom placenta ikke er forløst og det er rimelig sikkert at blødningen kommer fra rifter, skal det ikke gjøres forsøk på å forløse placenta. Det kan i verste fall føre til ytterligere blødninger.

Dersom en antar at blødningen kommer fra rift

- Inspiser fødselskanalen, få hjelp eller hjelp til å holde kvinnens bein og eventuelt spekler for å få god oversikt
- Sett på pinsetter eller underbind blødende kar.
- Inspiser cervix uteri, bruk to ringtener og gå systematisk rundt hele cervix uteri.

Legemidler ved atoniblødning

- Misoprostol tabletter 0,2 mg, to tabletter rektalt. Kan gjentas 2-4 ganger.
- 50 IE oksytocin blandes i 500 ml isotont saltvann eller Ringer-acetat med infusjonshastighet 150 ml/t (eller etter vurdering av blødningens alvorlighetsgrad). Kvinnen bør ikke få mer enn 60 IE oksytocin til sammen.

11.2 Håndgrep for å forløse placenta

Kontrollert trekk i navlesnor (ingen figur): Trykk med fingrene over symfyisen, samtidig som du trekker forsiktig i navlesnoren med den andre hånden. Vær forsiktig – dersom placenta ikke er løs, risikeres at navlesnoren ryker, at placenta løsner delvis, og i verste fall uterusinversjon.

Credés håndgrep (figur 39.1): Credés håndgrep skal bare forsøkes hjemme dersom det er en pågående blødning. Be kvinnen om å trekke pusten og deretter puste dypt ut. Bruk en eller begge hender og ta tak i uterus. Ha tommelfingrene på forsiden og de andre fingrene på baksiden og klem til. Forflaten og bakflaten av uterus skal trykkes mot hverandre, en skal ikke trykke nedover.

Manuell uthenting av placenta (figur 39.2): Manuell uthenting skal bare i nødsfall gjøres uten narkose av jordmor, og bare i tilfeller der jordmor vurderer at kvinnens helse og liv er i overhengende fare dersom placenta ikke blir hentet ut. Manuell uthenting uten narkose eller epidural/spinal gjør svært vondt og kan føre til vasovagalt sjokk.

Bruk hansker som går opp til albue. Dersom en ikke har lange hansker eller steril frakk, gjøres kirurgisk håndvask av hender og underarmer dersom det er tid. Gå inn i vagina med høyre hånd, hold fingrene samlet som et kremmerhus og følg navlesnoren til placenta er lokalisert. Finn laterale kant av placenta (figur 39.2). Trykk med den utvendige hånden over abdomen for å øve mottrykk mot den hånden som er inne i uterus. Hold fingrene på den innvendige hånden tett sammen med håndflaten opp. Finn sjiktet mellom placenta og uterinveggen og bruk «sagebevegelser» med fingrene for å løsne placenta.

Når placenta er helt løs, palperes innsiden av uterus for å undersøke om det er placentarester igjen. Ta hånden langsomt ut samtidig som du tar placenta med ut og trekker i navlesnoren med venstre hånd. Inspiser placenta nøye for å være sikker på at det ikke er rester igjen i uterus. Kvinnen skal ha oksytocininfusjon og antibiotikabehandling etter uthenting.

11.3 Håndgrep for å stoppe atoniblødning

Utvendig kompresjon av uterus (ingen figur): Trykk den ene hånden over symfyisen med tommelfingeren på den ene siden og de fire andre fingrene på andre siden av nedre del av uterus. Trykk godt ned og grip om nedre del av uterus og løft den opp og fram. Grip om fundus med hele den andre hånden og trykk sammen slik at du holder om uterus med begge hender. Dersom blødningen stopper, fortsetter du å komprimere. Ikke slipp grepet ofte for å se om uterus er kontrahert, da risikerer du at kvinnen blør betydelig hver gang du slipper grepet.

Bimanuell kompresjon av uterus (figur 39.3): Den ene hånden føres opp i fremre fornix og knyttes, mens den andre hånden griper omkring fundus og presser den fram. Uterus presses hardt sammen, og blødningen opphører forhåpentlig.

Aortakompresjon (figur 39.4): Plasser knyttneven litt til venstre like over kvinnens navle. Med den andre hånden palperer du lyskepuls. Trykk knyttneven hardt ned (figur 39.5). Kontroller lyskepuls; den skal ikke kjøles. Dersom du kjenner lyskepuls, er trykket ikke

hardt nok, eller du har knyttneven plassert feil. Hold kompresjonen inntil blødningen er under kontroll, eller til kvinnen kan få kirurgisk behandling.

Tamponade av uterus (ingen figur) Tamponade av uterus skal overveies av jordmor dersom blødning oppstår utenfor sykehus og kvinnen må transporteres. Forskjellige ballongkatetre er brukt, som Sengstaken-Blakemores øsofaguskateter og Rüschs urologiske hydrostatisk ballongkateter. Kondom knyttet på en slange fra et IV-sett ved hjelp av suturtråd er også beskrevet brukt med godt resultat (98).

Prosedyren skal gjøres sterilt. Kateteret føres opp i uterus, og ballongen fylles med inntil 500 ml kroppsvarm, isoton, steril saltoppløsning. Bruk en 100 ml sprøyte for å fylle ballongen, ha en klemme for å kunne stenge av kateteret når sprøyten skal fylles på ny. Ballongen er tilstrekkelig fylt når du kan palpere den over symfyse og den så vidt er synlig i cervix uteri. Dersom kvinnen skal transporteres, skal kateteret stabiliseres ved at det legges inn en vaginaltampong eller store kompresser i vagina.

11.4 Uterusinversjon

Akutt uterinversjon er en sjelden komplikasjon som kan oppstå i etterbyrdsfasen. Tre grader av inversjon er beskrevet (99):

Grad 1: Inkomplett inversjon. Fundus er vrent, men ligger innenfor cervix uteri.

Grad 2: Fundus stikker ut av cervix uteri.

Grad 3: Komplett inversjon. Fundus uteri står ved perineum. Dersom fundus er synlig utenfor vagina, kalles det uterinprolaps.

Årsaker til uterinversjon kan være trekk i navlesnoren før placenta er løs fra fundus. Andre disponerende faktorer kan være kort navlesnor, placenta accreta, atoniblødning, stort barn eller tvillinger.

Symptomer er smerte og sjokk. Sjokk er forårsaket av nevrogene stimuli og hypovolemi, vanligvis på grunn av blødning. Dersom placenta ikke er løs, er det ikke nødvendigvis blødning. Tilstanden kan altså være kombinert med alvorlig blødning, og tiltak ved uterinversjon gjøres i så fall samtidig med tiltak ved blødning.

Akuttiltak

- Bestill ambulanse eller annen transport til sykehus
- Forsøk manuell reposisjon raskest mulig (figur 39.5). Dersom placenta ikke er forløst, skal uterus reponeres med placenta på plass
- Kvinnen bør få tokolyse før reposisjon
- Etter reposisjon gis oksytocininfusjon
- Behandle blødning

Manuell reposisjon av uterus (figur 39.5) Dersom placenta ikke er løs, skal uterus reponeres med placenta på plass. En må absolutt ikke prøve å fjerne placenta fra en invertert uterus. Grip om fundus med hånden, før den opp i vagina gjennom cervix uteri, knytt neven og press uterus i normal posisjon. Hold uterus i posisjon inntil det har vært en kontraksjon, for å hindre at uterus faller ned igjen.

11.5 Skulderdystoci

Det fins ingen enhetlig definisjon på skulderdystoci. Tilstanden er definert som at skuldrene ikke kommer spontant eller etter et lett drag i fosterhodet, at de ikke kommer på neste ri etter at hodet er født, eller at de ikke er forløst innen ett minutt etter at hodet er født (8).

Det er beskrevet tre grader av skulderdystoci (99):

1. Et stort barn med normale rotasjoner som ikke forløses spontant eller ved lett drag i

- hodet.
2. Unilateral dystoci, der bakre skulder er kommet ned i bekkenhulen, mens fremre skulder sitter fast bak symfyisen.
 3. Bilateral dystoci, der bakre skulder er over promotoret og fremre skulder sitter fast bak symfyisen.

Akuttiltak

- Legg eventuelt episiotomi (det er diskutert om hvor godt det hjelper).
- Gjør McRoberts manøver.
- Gjør Woods manøver (figur 39.8).
- Få kvinnen over på alle fire og gjør Woods manøver igjen.
- Gjør omvendt Woods manøver (figur 39.9).
- Dersom rotasjonsforsøk ikke lykkes, gjøres nedhenting av bakre arm (figur 39.).

Håndgrep ved skulderdystoci: Det viktigste ved skulderdystoci er å få skuldrene over i skråvidden. Bruk aldri fundustrykk.

McRoberts manøver (ingen figur) Sørg for at kvinnen ligger flatt eller nesten flatt på ryggen. To hjelpere tar tak i kvinnens bein og flekterer dem så mye som mulig, samtidig som knærne hennes trykkes inn mot brystet. Dette gjør at bekkenutgangen blir videre. En av hjelperne trykker hardt ned og skrått like over symfyisen for at fremre skulder kan komme under symfyisen. Trykk fra fosterets ryggside og hold trykket i 30–60 sekunder. Barnet kan forløses ved hjelp av trekk ned og fram.. Vær forsiktig med for kraftig trekk, det kan gi pleksussskade.

Woods manøver (figur 39.8a) To fingre plasseres foran bakre skulder, barnet roteres 180 grader slik at bakerste skulder kommer fram under symfyisen (figur 39.8). Deretter kan en som regel forløse barnet på vanlig måte. Dersom kvinnen står på alle fire, vil bekkenutgangen være litt videre.

Omvendt Woods manøver (figur 39.6 b) Ved omvendt Woods manøver plasseres to fingre bak bakre skulder (figur 39.9), og barnet roteres 180 grader, slik at bakerste skulder kommer fram under symfyisen.

Nedhenting av bakre arm (figur 39.7) Før hånden opp bakerst i fødselskanalen, finn bakre underarm og trekk den fram og ut ned over barnets bryst og ansikt, slik at bakre skulder forløses. Denne manøveren fører ofte til humerusfraktur.

Andre metoder (ingen figur) Fremre clavícula kan brekkes ved at en trykker hardt med to fingre mot clavícula. Dersom det lykkes, vil skulderdiameteren bli mindre, og barnet kan forløses på vanlig måte.

Observasjoner av mor og barn etter skulderdystoci

Mor og barn overflyttes sykehus for observasjon. Barnet kan være asfyktisk etter en skulderdystoci og må behandles. Det må observeres om frakturer i clavícula og humerus har oppstått, og for skader i n. plexus brachialis og n. phrenicus. Kvinnen kan ha fått sfinkterskade eller andre skader i fødselskanalen eller i urinblæra. Det kan utvikle seg hematom i vulva eller vagina, og i noen tilfeller kan spontan symfyiseløsning oppstå.

11.6 Framfall av navlesnor

Framfall av navlesnor kan skje når det er plass til navlesnoren ved siden av foreliggende fosterdel, for eksempel ved fotpresentasjon, tverrleie, prematuritet, når forliggende fosterdel står høyt eller ved polyhydramnion. Framfallet skjer gjerne i forbindelse med spontan

vannavgang eller amniotomi. Det kan være okkult, det vil si at navlesnoren ligger ved siden av forliggende fosterdel, men uten å kunne palperes i vagina. Dersom navlesnoren kommer foran forliggende fosterdel, kan den palperes i vagina eller være synlig utenfor. Navlesnoren vil vanligvis bli avklemmt, og sirkulasjonen til fosteret opphører. Dersom navlesnoren faller utenfor vagina, kan avkjøling og uttørking føre til spasmer i blodkarene og dermed til opphørt sirkulasjon til fosteret. Behandlingen er først å sikre sirkulasjonen til fosteret ved å hindre at navlesnoren avklemmes, og deretter å forløse.

Akuttiltak

- Transporter kvinnen til sykehus, eller vurder om det er best å vakuumforløse først dersom forholdene ligger godt til rette for det.
- Dersom navlesnoren er utenfor vagina: Samle den i hånden, før hånden opp i vagina og press forliggende fosterdel opp.
- Gi eventuelt tokolyse.
- Få kvinnen over i kne-albue-leie
- Ved lengre transport kan det være best for kvinnen å ligge i stabilt sideleie med en pute under hofta. Skyv forliggende fosterdel opp under transporten og kjenn etter at det er puls i navlesnoren.
- Forliggende fosterdel skal holdes oppe inntil barnet er forløst. Det betyr at jordmor presser imot under hele transporten, mens kvinnen blir løftet over på operasjonsbordet, og sitter på huk ved siden av operasjonsbordet og holder presset mens keisersnittet utføres.

11.7 Asfyksi ved fødselen

Selv om det er sjeldent, hender det at barnet er uventet dårlig ved fødselen. Jordmor og andre fødselshjelpere må kjenne til og kunne håndtere utstyr som brukes ved gjenoppliving.

Akuttiltak

- Bestill ambulanse eller annen transport til sykehus
- Få noen til å starte tidsuret på en mobiltelefon slik at du vet hvor lenge barnet har vært asfyktisk og hvor lang tid behandlingen har tatt.
- Tørk barnet godt og stimuler det, fjern våte håndklær og hold barnet varmt.
- Hold barnets luftveier frie, sug nese og svelg dersom det er misfarget fostervann.
- Dersom hjerterefrekvensen er under 100 og barnet ikke puster, må det ventileres. Det vil da som regel komme seg.
- Dersom hjerterefrekvensen er under 60, startes ventilering og brystkompresjoner.

Ventilering av nyfødte (figur 39.8). Barnet skal ligge med nakken lett ekstendert. Fikser masken ved hjelp av tommel- og pekefinger, og løft samtidig barnets hake med langfingeren. Bruk den andre hånden til å håndtere ventilasjonsbagen. Dersom det ikke er maske tilgjengelig, ventileres barnet ved hjelp av munn-til-munn-metoden. Gap over barnets nese og munn samtidig.

Gi tre åpningsventilasjoner (med 2–3 sekunders inspirasjonstid) og fortsett med overtrykksventilering i 30 sekunder. Vurder hjerterefrekvensen. Er den fortsatt under 60, startes brystkompresjon i tillegg til ventilering, se under.

Brystkompresjon (ingen figur) Grip om barnets overkropp med begge hender, slik at tommelfingrene dine møtes like over brystbeinet. Gi tre kompresjoner og én ventilering (3:1) i en hastighet som tilsvarer omkring 90 kompresjoner og 30 innblåsing per minutt.

Det beste er om én person ventilerer og en annen gir brystkompresjon. Dersom det bare er én person til stede, er det best å komprimere med peke- og langfingeren på den ene hånd mens en ventilerer med den andre hånden. Hold barnet varmt hele tiden.

Vurder barnet hvert 30. sekund og fortsett inntil barnet har spontan respirasjon eller til barnet er overflyttet og andre overtar.

Bruk av oksygen Det anbefales å starte med 21 % oksygen til nyfødte over 32 uker. Romluft fungerer også svært bra. Dersom det ikke er respons i form av høyere hjerterefrekvens i løpet av 90 sekunder, anbefales det å øke oksygenkonsentrasjonen (81)

11.8 Oppdaget setepresentasjon

Oppdaget setepresentasjon regnes ikke som en alvorlig obstetrisk komplikasjon. Alle setepresentasjoner blir ikke oppdaget i løpet av svangerskapet, og det vil ikke alltid være tid til å overflytte kvinnen når setepresentasjonen blir oppdaget. Jordmor må derfor være forberedt på å forløse barn i seteleie.

Akuttiltak

- Overflytt kvinnen til sykehus dersom det er tid
- Dersom det ikke er tid til overflytting, bestill ambulanse i tilfelle barnet fødes med asfyksi
- Vent til navlen er født og forløs aktivt ved hjelp av Løvsets manøver
- Dersom hodet ikke kommer spontant, forløs ved hjelp

”Vanlig fremhjelp”, inkludert Løvsets manøver (figur 37.4) Barnet fødes spontant til navlestedet, deretter forløses det aktivt. Beina fattes med tommelfingrene over barnets sete og de øvrige fingrene om lårene (figur 37.4). Ryggen føres til den siden som ryggen hadde ved gjennomskjæringen. Deretter dreies fosterkroppen 180 grader. Under de første 90 grader løftes kroppen til like over horisontalplanet, men senkes så kraftig under de siste 90 grader. Ved dette vil den tidligere bakre armen roteres opp mot symfysen og som regel falle spontant fram. Gjør den ikke det, kan armen oftest lett hentes ned. Deretter gjentas rotasjonen på nøyaktig samme måte i motsatt retning, slik at den andre armen forløses. Rotasjonsdreiningene kan om nødvendigvis gjentas noen ganger. En skal ikke overrottere slik at en ser barnets mage (mer enn 90 grader fra horisontalplanet). Når skuldrene er forløst, skal barnet ”henge etter hodet” og derved trekkes godt ned slik at bakhodet kommer under symfysen. En medhjelper kan trykke over symfysen slik at hodet kommer ned. Når en deretter løfter barnet til horisontalplanet og over det, vil hodet ofte forløses spontant.

Mauriceau-Smellie-Veit-manøver (figur 37.5) Dersom hodet ikke kommer spontant, brukes Mauriceau-Smellie-Veit-manøver. En plasserer pekefingeren og langfingeren over barnets kinnben (ikke i munnen), men den andre hånden føres inn langs ryggen slik at fingrene danner et gaffelgrep over barnets nakke. Langfingeren øver et lett press på hodet, som ledes ut etter en linje som faller sammen med fødselskanalens akse.

Faglige retningslinjer utarbeides innenfor områder der Helsedirektoratet mener at en retningslinje er egnet til å forbedre kvaliteten på tjenesten. Det kan være behov for en faglig retningslinje når det er påvist for dårlig standard, stor variasjon i praksis og urimelig ressursfordeling. Faglige retningslinjer utarbeides etter en fast metode der det legges vekt på oppdatert faglig kunnskap, åpenhet, tverrfaglighet og brukermedvirkning. Begrepet retningslinjer brukes også om retningslinjer utgitt med hjemmel i forskrift, disse retningslinjene kategoriseres ikke som nasjonale faglige retningslinjer.

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no