

Muligheder og begrænsninger for fødselsbetjeningen set i et udviklingsperspektiv

En undersøgelse af familier og fagpersoners syn
på adgang til fødesteder i Grønland

Ingelise Olesen
Christina Viskum Lytken Larsen
Charlotte Brandstrup Ottendahl
Sofie Emma Rubin
Peter Bjerregaard
Tenna Jensen



Muligheder og begrænsninger for fødselsbetjeningen set i et udviklingsperspektiv

En undersøgelse af familier og fagpersoners syn på adgang til fødesteder i Grønland

Ingelise Olesen, Christina Viskum Lytken Larsen, Charlotte Brandstrup Ottendahl, Sofie Emma Rubin, Peter Bjerregaard og Tenna Jensen

Internt review: Kamilla Nørtoft

Oversættelse til grønlandsk: Else Jensen

Copyright © 2023

Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-618-3

Statens Institut for Folkesundhed

Studivstræde 6

1455 København K

www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades fra www.sdu.dk/sif

Forord

Der har igennem de seneste tre årtier været stor fokus på fødselsbetjeningen i Grønland både politisk og blandt borgerne. Fødselsbetjeningen har siden 1970'erne langsomt undergået en centralisering, og i 2002 blev de landsdækkende perinatale retningslinjer indført, så de gravide kvinder skulle føde på hospitaler og sundhedscentre, hvor der forefindes et kirurgisk beredskab. En udfordret bemandingssituation i sundhedsvæsenet har medvirket til yderligere centralisering af fødsler, og mindre fødesteder er efterhånden blevet lukket ned. Sundhedskommissionens Betænkning (Naalakkersuisut 2023) anbefaler på baggrund af landslægeembedets sidste notat om fødselsituationen samt en udfordret bemandingssituation en yderligere centralisering af landets fødesteder fra de nuværende fem (inklusive sundhedscentret i Tasiilaq) til tre og på sigt to fødesteder.

Denne undersøgelse belyser gravide familiers og fagpersoners syn på adgang til fødesteder i Grønland med fokus på muligheder og begrænsninger for fødselsbetjeningen set i et udviklingsperspektiv. Resultaterne bygger på en kvalitativ interviewundersøgelse med i alt 34 informanter. Herunder 20 gravide familier/familiemedlemmer og 14 fagprofessionelle fra sundhedsområdet. Der er interviewdata fra alle fem sundhedsregioner. Rapporten fremkommer med en række udviklingsmuligheder, der kan nuancere de faglige og politiske drøftelser omkring fremtidens organisering af fødselsbetjeningen. Undersøgelsen indeholder desuden en række konkrete forslag til, hvordan forholdene omkring fødselsrejsen kan forbedres.

Hele familien bliver berørt af en fødsel – og særligt i de tilfælde, hvor den gravide skal rejse. Derfor håber vi, at undersøgelsen kan bidrage med nye indsigter til de vigtige drøftelser, der nu skal finde sted.

En særlig tak til alle borgere og fagpersoner, der har bidraget til undersøgelsen.

Morten Hulvej Rod
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Christina Viskum Lytken Larsen
Forskningsleder
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Indhold

Sammenfatning	4
1. Indledning	6
2. Baggrund	7
2.1 Fødsler	8
2.2 Udviklingen i tal.....	10
2.3 Centraliseringens indvirkning på fødende, familier og lokalsamfund	12
3. Om undersøgelsen	14
3.1 Undersøgelsens forståelsesramme.....	14
3.2 Design og informanter.....	15
3.3 Metode	16
4. Perspektiver på fødselsbetjeningen	19
4.1 Gravide, der skal rejse for at føde	19
4.2 Gravide, der skal føde, hvor de bor.....	23
4.3 Temaer blandt fagprofessionelle	26
4.4 Opsamling	32
5. Forhold, der påvirker trygheden	34
5.1 Nødvendig forberedelse.....	34
5.2 Ledsager på fødselsrejsen.....	35
5.3 Fødselsberedskab og bemanning	36
5.4 Kommunikation	36
5.5 Handleplaner for sårbare familier	37
5.6 Rejseforhold, indkvartering og vilkår	38
5.7 Hjemkomst efter en fødselsrejse.....	39
5.8 Opsamling	40
6. Diskussion	41
Konklusion.....	43
7. Udviklingsmuligheder	44
7.1 Overordnede udviklingsmuligheder.....	44
7.2 Udvikling af tryghedsskabende tiltag i forbindelse med fødselsrejsen	45
Referencer	47
Bilag 1	50
Bilag 2	54

Sammenfatning

Denne undersøgelse belyser gravide familier og fagpersoners syn på adgangen til fødesteder i Grønland med fokus på muligheder og begrænsninger for fødselsbetjeningen set i et udviklingsperspektiv. Undersøgelsens overordnede fund viser, at de gravide familier gerne vil føde så tæt på hjemmet som muligt, gerne i egen by, men de gravide ønsker også, at der skal være et kirurgisk beredskab. De fleste fagprofessionelles ønskescenarie, er at det skal være muligt at føde på de fem regionshospitalet og på sundhedscentret i Tasiilaq, men samtidig understreger de at det forudsætter et fødselsberedskab, der på nuværende tidspunkt er udfordret af bemandsituationen i sundhedsvæsenet. Undersøgelsen viser, at det er relevant at se på fødselssituationen i et helhedsorienteret perspektiv, der medtager hele familiens situation og praktiske forhold omkring fødslen og fødselsrejsen. Rapporten består af 7 kapitler.

Kapitel 1 introducerer baggrunden for og formålet med undersøgelsen. De landsdækkende perinatale retningslinjer blev indført i 2002. Dette har medført, at landets fødesteder har undergået en centralisering og dermed en reduktion i antallet af fødesteder. Baggrunden for denne undersøgelse er, at der i koalitionsaftalen, som blev indgået den 16. april 2021, er fremsat et ønske om, at gravide skal kunne føde uden at forlade deres lokalsamfund. Formålet er således at få en nuanceret viden om muligheder og begrænsninger i fødselsbetjeningen i Grønland set ud fra både de fagprofessionelles såvel som de gravide familiers perspektiv.

Kapitel 2 beskriver udvikling på fødselsområdet, visitationskriterier og antal fødsler fordelt på regioner. Derudover præsenteres den perinatale dødelighed gennem de sidste 50 år. Afslutningsvis præsenteres studier fra Grønland og andre arktiske regioner, der giver indblik i hvordan centraliseringen har påvirket de fødende, familier og lokalsamfund.

Kapitel 3 redegør for metode og design bag den kvalitative interviewundersøgelse, herunder valg af forståelsesramme for undersøgelsen, de udvalgte regioner for dataindsamlingen, rekruttering af informanter og temaer for de to forskellige semistrukturerede interviewguides for henholdsvis de gravide familier og de fagprofessionelle. Det empiriske datamateriale består af 34 informanter i alt; 20 gravide familier/familiemedlemmer og 14 sundhedsfagprofessionelle. Der er interviewdata fra alle fem regioner og kommuner i landet. Kapitlet afsluttes med en beskrivelse af undersøgelsens rekrutteringsstrategi, håndtering af interviewdata og analysestrategi.

Kapitel 4 præsenterer resultatet af interviewundersøgelsen. Kapitlet er inddelt i temaer med afsæt i interviewguiden samt i henhold til de emner, som informanterne selv gav udtryk for. Interviewundersøgelsen peger på, at både de gravide familier, som skal rejse for at føde, de, som skal føde, hvor de bor, og endelig de fagprofessionelle er enige om, at fødsler skal ske med størst mulig sikkerhed. Det, der adskiller perspektiverne, er de rationaler, der ligger bag deres afvejning af sikkerhed og tryghed. For de gravide familier, der skal rejse for at føde, beskrives blandt andet ensomhed, afsavn af partner og familien under fødselsrejsen samt bekymringer over at skulle rejse alene hjem med et nyfødt barn. De gravide familier, der skal føde, hvor de bor, fokuserer mest på, hvorvidt de kender fødselsjordemoderen, hvornår på dagen fødslen går i gang, og italesætter specifikke ønsker for den kommende fødsel. De fagprofessionelle har forskellige perspektiver på trivsel, sikkerhed, tryghed samt fødselsberedskab og den udfordrede bemandsituation på regionshospitalet i forbindelse med en fødselsrejse. Deres perspektiver afspejler en række faglige forskelligheder.

Kapitel 5 redegør for de forhold, der påvirker trygheden for de gravide familier, der skal rejse for at føde, og for de fagprofessionelle, der skal varetage fødselsbetjeningen. Det mest fremtrædende for de gravide familier er ønsket om mulighed for at få en betalt ledsager med på rejsen og tilbud om bedre rejseforhold og indkvartering generelt, og at der er et fødselsberedskab, der hvor de skal føde. De fagprofessionelle ønsker i lighed med de gravide familier, at der skal være et fødselsberedskab, hvis de skal kunne varetage fødselsbetjeningen. Kapitlet beskriver også muligheden for adgang til optimale kommunikationsforhold, så familien hjemme kan følge med under eller lige efter fødslen.

Kapitel 6 præsenterer diskussionen af undersøgelsens resultater. I kapitlet diskuteres blandt andet Informanternes syn på adgang til fødesteder, ulighed i vilkår for de gravide familier, der skal rejse for at føde, set i forhold til de gravide familier, der skal føde, hvor de bor. Derudover indeholder kapitlet et diskussionsafsnit om betydningen af kultur og relationer på fødselsområdet. Kapitlet afsluttes med en konklusion.

Kapitel 7 præsenterer to typer forslag til udviklingsmuligheder på fødselsområdet. Det ene er overordnede forslag, og det andet er konkrete forslag til udvikling af tryghedsskabende tiltag i forbindelse med en fødselsrejse.

1. Indledning

I løbet af de seneste 30 år har fødselsbetjeningen i Grønland undergået store forandringer og været genstand for diskussion og politisk bevågenhed. Indtil starten af 1990'erne foregik størstedelen af alle fødsler lokalt, men i perioden 1996-2000 indledtes en centralisering af området.

I koalitionsaftalen, som blev indgået den 16. april 2021, fremgår det, at partierne vil gøre op med de seneste 30 års centralisering af området. I aftalen har partierne fremhævet, at det skal være tillokkende at få børn, og man vil arbejde for at opnå, at man kan føde uden at forlade sit lokalsamfund (Naalakkersuisut, 2021). I den forbindelse har Departementet for Sundhed bedt Center for Folkesundhed i Grønland om at gennemføre en undersøgelse af fødselsbetjeningen. Undersøgelsen beskrives i denne rapport.

Det overordnede formål med undersøgelsen er at opnå en mere nuanceret viden om muligheder og begrænsninger i fødselsbetjeningen i Grønland set ud fra både de fagprofessionelles og de gravide familiers perspektiv.

En nuanceret viden herom skal danne baggrund for at skitsere forskellige udviklingsperspektiver, som kan give input til den fremadrettede planlægning og organisering af adgang til fødesteder i landet, herunder:

- Hvilke grundlæggende værdier og forhold, som har betydning for både de fagprofessionelle og de gravide familier i deres overvejelser omkring fødested.
- Hvilke forhold, der skal være til stede for at skabe tryghed for både de fagprofessionelle og de gravide familier.
- Hvilke udviklingsmuligheder, som henholdsvis fagprofessionelle og gravide familier oplever kan skabe de bedst mulige forhold omkring fødslen.

2. Baggrund

I de seneste 20 år er der blevet født mellem 750 og 950 levendefødte børn hvert år. Da centraliseringen af fødselsområdet indledtes i perioden 1996-2000, skyldtes det blandt andet en mangel på autoriserede jordemødre, stigende udgifter til at flytte kvinder i fødsel og et ønske om at nedbringe den høje spædbørnsdødelighed (Bjerregaard, Misfeldt, Kern, & Nielsen, 1994; Montgomery-Andersen, Douglas, & Borup, 2013). I 2002 blev centraliseringen af fødselsbetjeningen igangsat via de **landsdækkende perinatale retningslinjer** på fødselsområdet (Persson og Kern 2004). I retningslinjerne fremgik kravene til det enkelte fødested, herunder tilstedeværelsen af fødselssagkyndigt personale og mulighed for at yde akut hjælp (fx i form af kejsersnit). Af retningslinjerne fremgik det desuden, at alle forventede komplicerede fødsler skulle foregå på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk. Retningslinjerne betød dermed, at det ikke længere var muligt at føde i byer uden et sygehus/sundhedscenter, og at gravide heller ikke kunne tilbydes fødsel på et sygehus, hvis ikke der var en jordemoder, en læge, der kunne lave et kejsersnit, samt personale, der kunne assistere ved kejsersnittet og en bioanalytiker (Bjerregaard et al. 2008). Det har ikke været muligt at føde i bygder siden 1971 (Montgomery-Andersen 2013). Gravide kvinder i lokalsamfund uden et fødested er herefter rejst ud af lokalsamfundet i ugerne op til deres forventede termin for at føde på et sygehus eller et sundhedscenter med fødestedsstatus. I 2020 var det 52,1 %, og i 2021 var det 54,6 %, som fødte i egen by – og altså dermed ikke rejste for at føde (Landslægeembedet, 2023).

Aktuelt kan fødsler finde sted på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, Sundhedscentret i Tasiilaq og regionshospitalet i Sisimiut, Ilulissat og i perioder Qaqortoq. Muligheden for at føde ved sundhedscentrene i Maniitsoq og Uummannaq ophørte i henholdsvis 2012 og 2017. Senest er Regionshospitalet i Aasiaat indtil videre ophørt med at have status som fødested i 2019, fordi det ikke var muligt at opretholde det nødvendige fødselsberedskab. Ligeledes har Regionshospitalet i Qaqortoq været midlertidigt lukket for fødsler i perioden ultimo august 2022 til primo januar 2023 samt i en periode senere i første halvår med henvisning til manglende kirurgisk beredskab (personlig kommunikation med Landslægeembedet).

I **Henvisnings- og Visitationsretningslinjerne** fremgår forudsætningerne for en lokal fødsel (på et regionshospital og dermed ikke på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk). Disse retningslinjer er opdateret i juni 2022 (bilag 1).

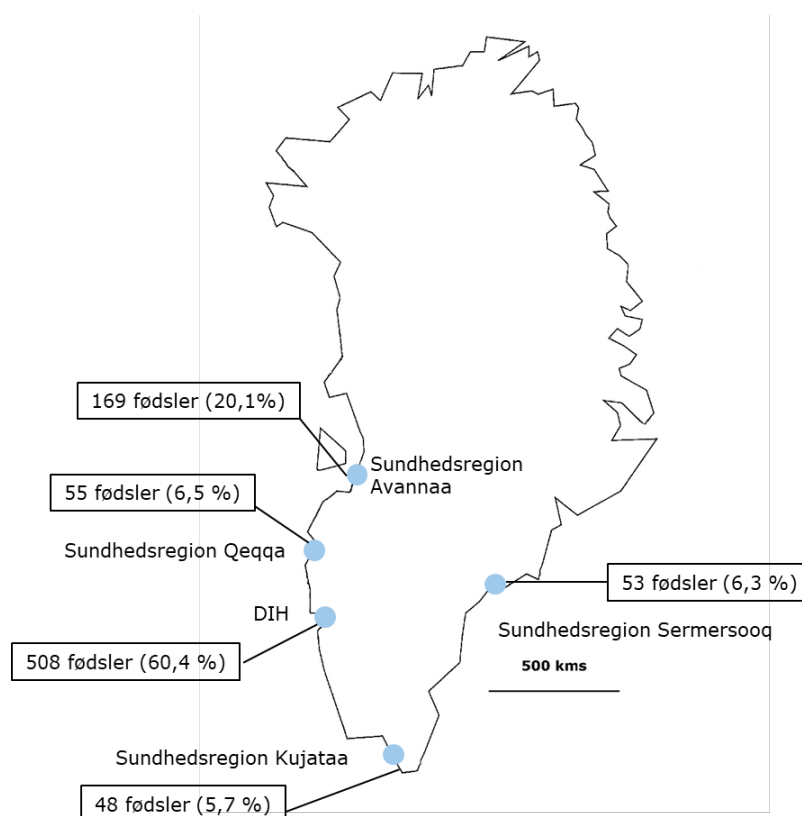
Forudsætninger for en forventet normal fødsel:

- (1) At tidligere fødsler er forløbet uden komplikationer eller indgreb.
- (2) At svangrekontrollen ikke har givet anledning til forventede komplikationer.
- (3) At der er sikkerhed omkring termin.
- (4) At fødslen finder sted efter graviditetsuge 36+0.
- (5) At der kun er ét foster i hovedstilling.
- (6) At fødslen forventes at starte spontant.

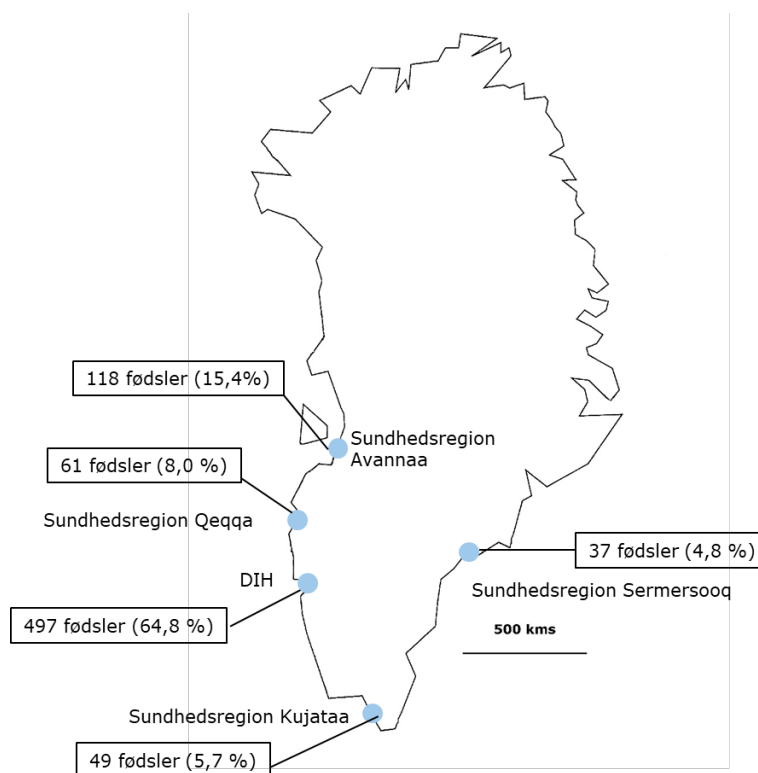
Det aktuelle tilbud til gravide familier er defineret i **Svangreomsorgen i Grønland**, der trådte i kraft 1. januar 2021 (bilag 2). Heraf følger, at alle gravide skal ses af en jordemoder eller anden kompetent fagperson mindst tre gange i graviditeten. Den første undersøgelse har til hensigt at opspore en mulig risiko – dette kan gøres via telefon eller online. Anden og tredje undersøgelse skal foregå fysisk ved jordemoder eller læge med måling af den gravides blodtryk, vægt, undersøgelse af urin og måling af fostertilvækst og fosterhertelyd. Derudover skal der tilbydes blodprøver til påvisning af smitsomme sygdomme og visse arvelige sygdomme. Til denne rapport har det ikke været muligt at tilgå data, der viser tilslutningen til de tilbudte svangerskabsundersøgelser. Antal undersøgelser under graviditeten bliver dog registeret i sundhedsvæsenets EPJ-system og kan potentielt set monitoreres systematisk derigennem.

2.1 Fødsler

I 2020 og i 2021 blev der født henholdsvis 841 børn og 766 børn, hvor moderen havde bopæl i Grønland, eller hvor moderen havde folkeregister adresse i Danmark, men fødte i Grønland. Begge år blev cirka 2/3 af de nyfødte børn født på Dronning Ingrid's Hospital (DIH) i Nuuk. Der blev herudover født et betydeligt antal børn på regionshospitalet i Ilulissat, hvor 1/5 af alle nyfødte blev født i 2020 og omkring 1/6 i 2021 (Landslægeembedet, 2023). Figur 1 og 2 viser antal fødsler på de enkelte fødesteder i henholdsvis 2020 og 2021.



Figur 1. Antal fødsler fordelt på sundhedsregioner i 2020. Det enkelte fødested er markeret med blå. NB. Desuden foregik 3 fødsler (0,4%) i region Disko og 5 fødsler (0,6%) i Danmark (Landslægeembedet, 2023).



Figur 2. Antal fødsler fordelt på fødesteder i 2021. NB. Desuden foregik 2 (0,3%) i region Disko og 2 (0,3%) fødsler i Danmark (Landslægeembedet, 2023).

Omkring halvdelen af de fødende på DIH kom fra en by/bygd et andet sted i landet end Nuuk og havde dermed rejst til DIH for at føde. I 2020 var der 11 kvinder, som fødte i en by eller bygd, der ikke var godkendt som fødested. Der var 2 fødsler i Aasiaat, 6 fødsler i Maniitsoq, 1 i Uummannaq, 1 i Savissivik og 1 tvillingefødsel i Kuummiit, hvor det ene barn var dødfødt. I 2021 var der 6 fødsler i en by eller bygd, som ikke er godkendte fødesteder, heraf var 2 fødsler i Aasiaat, 1 i Upernavik, 1 i Maniitsoq, 1 i Paamiut og 1 i Ittoqqortoormiit, hvor barnet døde kort efter fødslen (Landslægeembedet, 2023). Fraset en enkelt, der selv ønskede at føde i Uummannaq, var alle fødsler på ikke-udpegede fødesteder for tidligt fødte og planlagt til at foregå i Nuuk eller Ilulissat. Ud over den planlagte fødsel i Uummannaq havde alle børnene en gestationsalder på under 37 uger – heraf skete 2 af fødslerne før uge 28 (Landslægeembedet, 2023).

I 2020 og 2021 blev henholdsvis 82 og 70 børn født via kejsersnit, hvilket svarer til cirka en 1/10 af alle nyfødte. Kun en enkelt ud af de dødfødte begge år blev forløst ved akut kejsersnit. Der var relativt flest udførte kejsersnit på DIH. Dette kan forklares med, at alle planlagte kejsersnit blev foretaget på DIH, og at risikofødsler henvises til DIH, hvor der er større risiko for et akut kejsersnit.

I 2020 var der 9, og i 2021 var der 11 børn, som var dødfødte eller døde inden for den første leveuge, 4 af disse fødsler foregik på fødesteder som ikke er godkendte (Landslægeembedet, 2023). Den perinatale dødelighed¹ lå på henholdsvis 10,7 i 2020 og 14,4 i 2021 pr. 1.000 nyfødte (uddybes i afsnit 2.2).

¹ Ved perinatal dødelighed forstås dødfødte samt dødsfald inden udgangen af den første leveuge pr. 1.000 fødte.

2.2 Udviklingen i tal

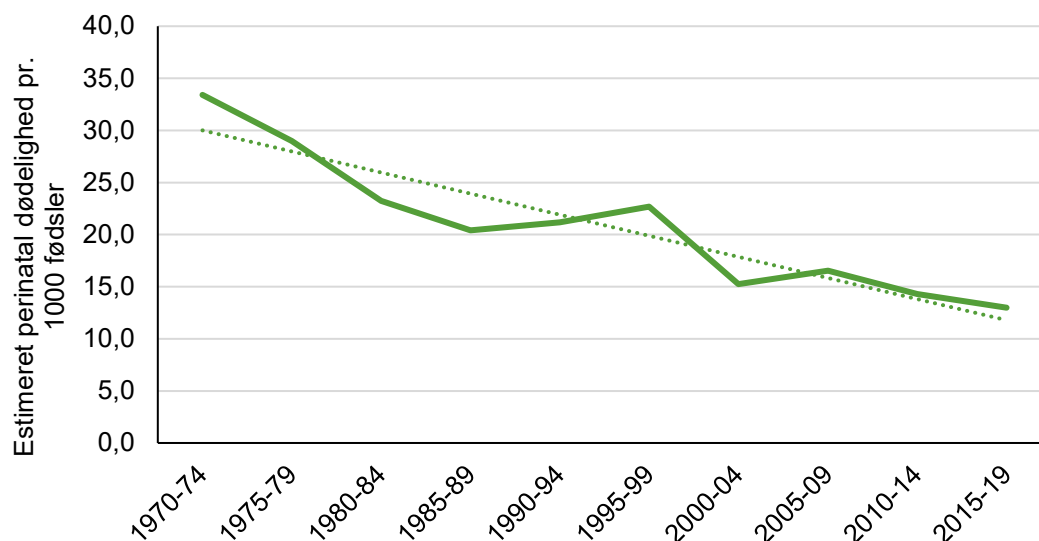
Ud fra eksisterende data er det vanskeligt at dokumentere, om centraliseringen af fødslerne har påvirket omfanget af dødfødsler og/eller fødsler, der har medført skader på de nyfødte. Der er dog en klar faldende tendens set over et længere tidsperspektiv. Spædbørnsdødelighed samt skader på nyfødte skal nødvendigvis ses i et bredere perspektiv, der ud over adgangen til sundhedsydelser og sundhedsvæsenets kvalitet inkluderer helt grundlæggende levevilkår for de gravide og deres familier. Boligforhold, ernæring, socioøkonomiske forhold, forekomst af smitsomme sygdomme mv. er afgørende at tage med i betragtningen.

Vi har i denne rapport valgt at se på den perinatale dødelighed frem for spædbørnsdødeligheden, fordi den perinatale dødelighed i højere grad er et udtryk for sundhedsvæsenets funktion og evne til at tilse gravide før og efter fødslen og dermed varetage et optimalt fødselsforløb. Den perinatale dødelighed beregnes ved at se samlet på dødsfødsler og nyfødte, der dør inden for den første leveuge. Dette tal beregnes herefter som en andel af alle fødsler, både levendefødte og dødfødte, og rapporteres per 1.000 fødsler. Ved at inkludere nyfødte, der dør inden for det første døgn, medtages også de dødsfald, der kan forekomme på grund af mangler i fødselsforløbet, fx på grund af begrænset adgang til jordemoderfaglig og lægefaglig støtte. Tilsvarende kan mangelfulde fødselsforløb være årsag til blivende handicap, hvilket ikke kan aflæses i den perinatale dødelighed.

$$\text{Perinatal dødelighed} = \frac{\text{Antal dødfødsler} + \text{døde i første leveuge}}{\text{Antal levendefødte} + \text{dødfødte}}$$

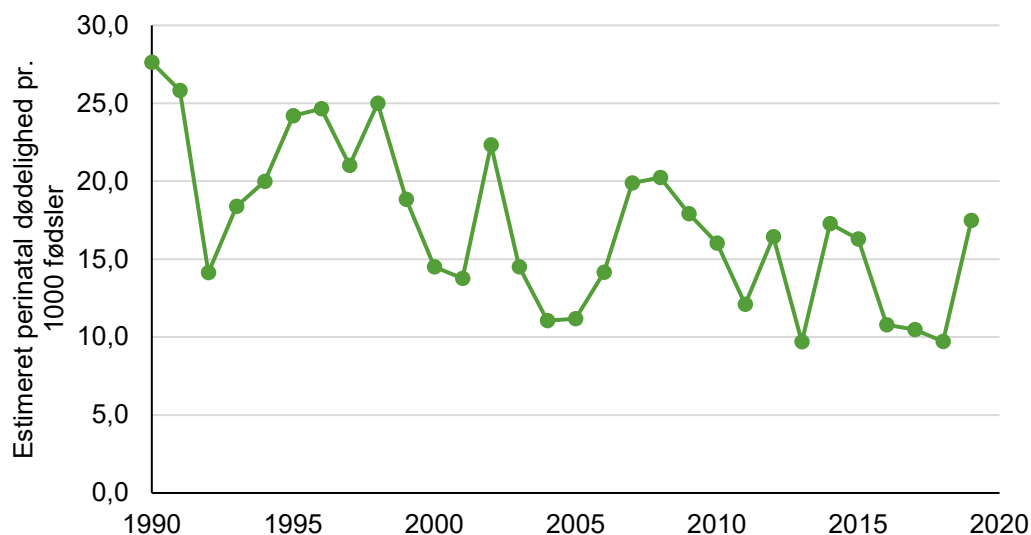
Fra 1985 til 2012 blev der publiceret en del videnskabelige artikler og rapporter om spædbørnsdødelighed og perinatal dødelighed i Grønland (Bjerregaard, 1985, 1986; Bjerregaard, Kristensen, Olesen, & Secher, 2012; Bjerregaard & Misfeldt, 1992; Bjerregaard et al., 1994; Bjerregaard & Olesen, 2010; Friborg, Koch, Stenz, Wohlfahrt, & Melbye, 2004; Aaen-Larsen & Bjerregaard, 2003). Konklusionerne fra disse undersøgelser var, at spædbørnsdødeligheden i Grønland var relativt høj sammenlignet med de lande, der har den laveste dødelighed om end aftagende, at der var store regionale forskelle, og at der var en forskel mellem Grønland og Danmark, som svarede til 30 års udvikling (i levevilkår og sundhedsvæsen). I det seneste notat fra Landslægeembedet vedrørende fødsler i 2020 og 2021 er disse tal opdateret (Landslægeembedet, 2019, 2020, 2023).

Nedenfor fremgår et estimat over den perinatale dødelighed gennem de sidste 50 år (figur 3) samt den estimerede perinatale dødelighed opdelt på enkelte år tilbage fra 1990 (figur 4). Der mangler tal for antal dødfødte for årene 1983-86 og 2010-17, og det er uvist, om registreringen af dødfødte for de øvrige år er pålidelig. I Grønland er det desuden fortsat gældende, at en fødsel betragtes som en dødfødsel, når fosteret er 28 uger gammel, mens det i Danmark og i en lang række andre lande er ændret til 22 uger. Derfor er tallene også vanskelige at sammenligne på tværs.



Figur 3. Estimeret perinatal dødelighed i Grønland 1970-2019. Kilder: Landslægeembedet Grønlands Statistik, Dødsårsagsregister for Grønland. På grund af manglende data er antal dødfødte i 1983-86 anslået med et groft estimat til 8 om året og 2010-17 til 5 om året, svarende til det afrundede gennemsnit for et år før og to år efter perioden.

Der er store udsving år for år, men figur 3 viser på femårsgrupper en jævnt faldende perinatal dødelighed fra 1970 til 2019. Det er ikke muligt fra denne kurve eller fra figur 4 at udtale sig om, hvorvidt der var et særligt fald i den perinatale dødelighed omkring indførelsen af de reviderede perinatale retningslinjer i 2002, fordi kurverne viser, at der har været tale om et jævnt fald over tid med store udsving år for år.



Figur 4. Estimeret perinatal dødelighed på enkelte år 1990-2019

Overordnet set viser tallene, at udviklingen henimod en lavere perinatal dødelighed allerede var i gang i 1970'erne og 1980'erne. Da det på baggrund af eksisterende data ikke er muligt at sige noget om udviklingen af fødselsskader, og da udviklingen i den perinatale dødelighed er behæftet med

usikkerhed, er det imidlertid ikke muligt at bruge eksisterende tal til at aflæse direkte sundhedsmæssige effekter af centraliseringen.

2.3 Centraliseringens indvirkning på fødende, familier og lokalsamfund

Der er flere studier, der kan give indblik i andre aspekter af centraliseringen, og hvordan den har påvirket de fødende, familier og lokalsamfund. Undersøgelser viser, at borgernes perspektiver på fødsler historisk set har ændret sig. I 1950'erne opfattede man fødsler som noget, man tog sig af i lokalsamfundet, men dette har ændret sig frem til 2001, hvor fødsler blev betragtet som noget mere privat, og det blev et emne med politisk interesse (Montgomery-Andersen et al., 2013). På baggrund af et spørgsmål i Befolkningsundersøgelsen i 1993 og i 2005, hvor deltagerne blev spurgt om, hvor de foretrak at normale fødsler skal foregå, fandt Bjerregaard og Olesen, at befolkningens præferencer også har ændret sig i takt med centraliseringen. I 1993-1994 var det 74,2 % af befolkningen, der foretrak, at normale fødsler foregik på det lokale hospital, og dette steg til 85,3 % i 2005-2008 (Bjerregaard & Olesen, 2010).

Litteraturen viser, at det ikke er uden konsekvenser at flytte gravide kvinder væk fra deres hjem og netværk i forbindelse med en fødsel. Undersøgelser viser, at kvinder har berettet om ensomhed, angst og vrede i forbindelse med fødsler uden for deres lokalsamfund, men mange har accepteret situationen ud fra et ønske om at beskytte deres ufødte børn (Montgomery-Andersen, Willen, & Borup, 2010). Set fra jordemødrenes perspektiv har centraliseringen ikke kun haft konsekvenser for den enkelte gravide, men også sociale konsekvenser for hele den gravide familie. Når en gravid kvinde flyttes fra sin familie i flere uger i forbindelse med en fødsel, står de tilbageblivende med et savn og et praktisk efterslæb, der belaster større børn eller fædre. Det kan blandt andet bestå af en økonomisk byrde, hvis faderen eksempelvis ikke kan fiske, fordi han skal passe børn derhjemme (Jordemoderforeningen, 2007).

Disse tendenser kan genfindes i undersøgelser omhandlende oprindelige folk fra Canada, hvor studier viser, at kvinder, der bliver flyttet væk fra deres lokalsamfund i forbindelse med fødsel, oplever ensomhed, afsavn, frygt, kedsomhed og angst (O'Driscoll et al., 2011; Silver et al., 2022). Ligeledes viser studier, at den manglende støtte til de fødende kvinder har medført traumatiske fødselsoplevelser, samt at kvinder skjuler deres graviditeter for at undgå at blive flyttet væk fra lokalsamfundet. Kvinderne oplever desuden manglende suverænitet og medbestemmelse over egen krop og andre konsekvenser for deres familie, herunder økonomiske, følelsesmæssige og adfærdsmæssige konsekvenser for de børn, der efterlades hjemme (Chamberlain & Barclay, 2000; Lawford, Giles, & Bourgeault, 2018; Silver et al., 2022).

En undersøgelse, der kortlagde faktorer med betydning for fødsler blandt First Nation kvinder i Canada, fandt, at det at føde lokalt bidrog til kvindernes identitetsfølelse, tilknytning til lokalsamfundet og til tilknytningen til det traditionelle leveområde (Kornelsen, Kotaska, Waterfall, Willie, & Wilson, 2010). Samtidig ses det, at størstedelen af kvindernes viden om svangerskab og børn netop kommer fra lokalsamfundet og familien heri (O'Driscoll et al., 2011).

Litteraturen peger på at organiseringen af fødsler og den perinatale omsorg blandt oprindelige folk i overvejende grad er bygget op om biomedicinske faktorer uden at inkludere kulturelle faktorer.

Organiseringen er blandt andet karakteriseret ved manglende kommunikation og inddragelse, der har en negativ effekt på kvinderne (Douglas, 2006; Lawford et al., 2018; Montgomery-Andersen, 2013).

Ud fra et ønske om i højere grad at implementere en kulturelt relevant tilgang til fødselsbetjeningen er der i Canada opstået en række borgerdrevne initiativer, hvor traditionelle fødselsmetoder anvendes i kombination med sundhedsvæsenets tilbud (Douglas, 2006). I Canada beskrives dette som en del af en generel en tendens, hvor Inuit "tager magten tilbage over egen krop" ved en mobilisering af doulaer, der bidrager med en kulturel forankret viden om fødsler (Cidro, Bach, & Frohlick, 2020). Mere specifikt har man i Nunavik etableret "community birthing centres" med det formål at inddrage kulturen i fødslerne (Douglas, 2006). I Manitoba findes en bevægelse kaldet "bring birth home", der anerkender vigtigheden af lokale fødsler for barnets senere udvikling og fremtid, og som arbejder for at forbedre fødselsbetjeningen blandt de oprindelige folk (Hayward & Cidro, 2021). Ligeledes er der som respons på evakueringspolitikken lavet et program i Nunavik "Inuulitsivik midwifery service and education program", der uddanner lokale fødselshjælpere/doulaer (Van Wagner, Epoo, Nastapoka, & Harney, 2007). Borgerinitiativerne har fået opbakning fra "The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada", der i 2010 udtalte, at de støtter hjemtagningen af fødselsområdet ved lavrisikofødsler (Obstetricians & Gynaecologists of Canada, 2010).

3. Om undersøgelsen

Denne undersøgelse er gennemført for Departement for Sundhed. Rapporten er udarbejdet af In-nuttaasut Peqqissusiannik Ilisimatusarfik/Center for Folkesundhed, Syddansk Universitet, i 2022/23. I det følgende redegøres for undersøgelsesspørgsmål, design og metode for undersøgelsen.

3.1 Undersøgelsens forståelsesramme

Nærværende undersøgelse baserer sig på kvalitative interviews. Både udarbejdelsen af spørgeskemaer og analyse tager udgangspunkt i væsentlige kulturelle og sociale determinanter for sundhed og trivsel i Grønland. Figuren (figur 5) 'Vores sundhed' er udviklet af Center for Folkesundhed i Grønland og viser hvilke elementer, der, på baggrund af såvel kvantitativ som kvalitativ forskning foretaget i dialog med borgere, beslutningstagere og fagprofessionelle, er indeholdt i begrebet peqqinneq. Begrebet peqqinneq refererer til, at noget er på rette plads. Det indebærer en holistisk forståelse af sundhed og værdier som for eksempel tilbageholdenhed, ære, styrke, respekt og det at acceptere menneskets magtesløshed over for det, der er større, for eksempel Sila (som både betyder vejret eller forstanden) og Pinngortitaq (naturen), der begge er kerneværdier i den grønlandske kultur (Wistoft, 2012, Wistoft, 2009).

'Vores sundhed' udgør den forståelsesmæssige ramme for den analytiske proces samt for udarbejdelse af resultater og udviklingsmuligheder. Figuren består af en række sociokulturelle delelementer, som alle har betydning for den enkeltes oplevelse af sundhed og trivsel. Nyere studier fra Grønland, der har sat fokus på værdier og kultur, viser, at en holistisk forståelse af livet og sundhed fortsat dominerer (Wistoft 2012, 2009). Figuren illustrerer, at der er mange faktorer, der har en afgørende betydning for befolkningens opfattelse af sundhed, og at disse er vigtige at inddrage og have en opmærksomhed på i forbindelse med forskning, der omhandler sundhedsrelaterede emner.



Figur 5. Vores Sundhed

3.2 Design og informanter

Undersøgelsen belyser borgere og fagprofessionelles perspektiver på fødselsbetjeningen. Undersøgelsen er kvalitativ og består af interviews med fagprofessionelle i samtlige sundhedsregioner og med borgere fra alle sundhedsregioner samt socialrådgivere og en Sharing Circle (gruppeinterview) med borgere i en region. Det har været afgørende for undersøgelsen at have modtaget råd og vejledning fra en referencegruppe. Referencegruppen består af repræsentanter fra Landslægeembedet, Sundhedsledelsen i Grønland, Den Obstetriske ledelse, Jordemoderforeningen, Jordemødre, Sundhedsplejersker, Socialrådgivere og Det Sygeplejeetiske råd i Grønland. Denne gruppe har fulgt undersøgelsen og har givet input til undersøgelsens design, valg af informanter og undersøgelsessteder samt til udformningen af undersøgelsens udviklingsperspektiver.

I arbejdet med udvælgelse af undersøgelsessteder har der været fokus på at inkludere gravide familiers og fagprofessionelles perspektiver både fra byer og regioner, hvor den gravide skal rejse til for at føde, samt fra byer, hvor man kan føde regionalt. Den endelige udvælgelse af undersøgelsessteder tog afsæt i input fra referencegruppen. Referencegruppen spillede også en vigtig rolle i undersøgelsens opstartsfasen, hvor rekrutteringsmetoden blev fastlagt. I dialog med referencegruppen blev det besluttet at rekruttere gravide gennem jordemødrene. Dette dels for at få en så forskelligartet gruppe informanter som muligt.

Undersøgelsen omfatter udelukkende gravide uden kendte sygdomme med en normal graviditet og forventet normal fødsel. Det vil sige, at gravide, der er vurderet til have en kompliceret graviditet og fødsel på grund af medicinske eller sociale tilstande, ikke indgår i denne rapport. Derudover indgår der ikke viden fra de sårbare gravide, ud over fra de fagprofessionelles perspektiv, eller viden fra teenage- og geriatriske gravide. Undersøgelsen omfatter 20 gravide kvinder og familiemedlemmer/borgere.

Rekruttering af fagprofessionelle er sket på baggrund af deres faglige tilknytning til graviditet, fødsel og barsel, ligesom det er tilstræbt, at undersøgelsen omfatter fagpersoner med forskellige grader af erfaring og forskellige specialer. Undersøgelsen omfatter 14 fagprofessionelle i alt. Informanterne tæller læger, jordemødre, sundhedsplejersker og socialrådgivere.

Alle informanter er blevet informeret om undersøgelsen mundtligt og skriftligt, der er udleveret deltager- og lægmandsinformation samt underskrevet en samtykkeerklæring. Undersøgelsen er anmeldt til og godkendt af 'Det Videnskabsetiske Udvalg for Grønland'.

Informanternes fortrolighed er vigtig for kvaliteten af undersøgelsen, og de vil derfor udelukkende blive beskrevet som fagpersoner, gravide, borgere for at sikre anonymitet. Det betyder, at der så vidt muligt ikke angives, hvor i landet den enkelte informant befinder sig. I analysen indgår citater, men da der er flere informanter fra de forskellige borger- og faggrupper, vil disse ikke kunne henledes til en bestemt region, kommune eller person.

3.3 Metode

Undersøgelsen baserer sig på kvalitative interviews. Det kvalitative forskningsinterview har til formål at forstå informantens personlige oplevede livsverden. Interviewet udføres ved hjælp af en interviewguide, der har fokus på bestemte emner, afstemt med undersøgelsestemaet. Det kvalitative forskningsinterview giver mulighed for at få adgang til og mulighed for at beskrive menneskers daglige oplevelser af deres verden. (Kvale og Brinkmann 2009).

Undersøgelsens to semistrukturerede interviewguides (tabel 1 og 2) er udarbejdet i henhold til undersøgelsens evalueringsspørgsmål og relevante determinanter for sundhed fra figuren 'Peqqis-suserput - Vores sundhed'.

Tabel 1 og 2 viser de overordnede temaer i de to interviewguides for henholdsvis de gravide familier og de fagprofessionelle.

Tabel 1. Interviewguide målrettet de gravide familier og borgere

Overordnede temaer for interviewguide, gravide, familier og borgere
1. Generelle tanker om fødesteder
2. Erfaringer med fødsler, egne eller andres (fødsel lokalt, oplevelser med fødselsrejser)
3. Nuværende graviditet (tryghed og bekymringer)
4. Familier og relationer
5. Kulturelle værdier og styrker

Tablet 2. Interviewguide målrettet de fagprofessionelle

Overordnede temaer for interviewguide, de fagprofessionelle
1. Generelle tanker om fødesteder
2. Fagpersoners perspektiv på at rejse for at føde
3. Fagpersoners perspektiv på graviditet, fødsel og relationer
4. Fagpersoners perspektiv på centralisering af fødsler
5. Fagpersoners perspektiv på kulturelle værdier og styrker

Det kvalitative forskningsinterview giver mulighed for at få en indsigt i informantens erfaringer og synspunkter. Derfor blev interviewene udført på informantens ønskede sprog, da menneskers erfaringsverden også er relateret til sprog og kultur (Kvale and Brinkmann, 2009). Informanterne har alle fået mulighed for at blive interviewet på enten kalaallisut (grønlandsk) eller dansk.

Undersøgelsen fokuserer på at tilvejebringe viden om forskellige perspektiver på adgang til fødselsbetjeningen samt forhold med betydning for tryghed for på den baggrund at komme med bud på relevante udviklingsperspektiver. Undersøgelsen tilvejebringer dermed ikke viden, der kan anvendes i forbindelse med løsning af sundhedsfaglige ekspertopgaver, såsom at lave en risikovurdering af den enkelte fødsel, evaluere visitationskriterierne eller vurdere den lægefaglige kvalitet af fødselsberedskab i de enkelte regioner. Herværende undersøgelse kan give nye indsigter og nuancere diskussionen af fødselsbetjeningen på baggrund af både borgeres og fagpersoners perspektiver. Den rent sundhedsfaglige ekspertvurdering af, hvordan fødselsområdet skal organiseres, ligger uden for denne undersøgelse.

Alle interviews blev optaget på Olympus Digital Voice Recorder. Lydfilerne blev overført til PC og udskrevet i Office Word. Alle interviews er blevet transskriberet, og hvis det er foregået på kalaallisut oversat af den samme person, som har indsamlet og analyseret det kvalitative materiale. Dette giver mulighed for en mere dybdegående forståelse på tværs af de enkelte interviews. Der blev undervejs i interviewene benyttet uddybende og verificerende spørgsmål for at teste interviewerens forståelse af informantens beskrivelser og afprøve foreløbige fortolkninger undervejs i interviewet. Umiddelbart efter interviewene var afholdt, blev vigtige observationer og passager fra interviewet noteret til hjælp for den senere analyse og videre fortolkning af interviewmaterialet. De fleste interviews blev oversat og transskriberet til dansk i redigeret form, fordi det grønlandske og danske sprog er meget forskellige i deres opbygning. Derfor sker der en fortolkning og redigering som en naturlig del af oversættelsen og transskriberingen. Der er dog forsøgt så vidt muligt at oversætte direkte.

Alle interviews er først blevet grundigt gennemlæst og derefter analyseret ved brug af softwaren NVivo (v. 12), der er et kvalitativt analyseværktøj. En transskription og opfattelsen af en interview-samtale er udsagn, der kan give anledning til en fragmentering af interviewpersonens fortælling (Kvale og Brinkmann, 2009). Ved hjælp af NVivo er der opbygget en struktur af kategorier, som har dannet udgangspunkt for kodningsarbejdet.

Analysen tager udgangspunkt i begge interviewguides' forudbestemte temaer, som fremgår af figur 6 og 7. Undervejs er analysen blevet udbygget med temaer, der opstod i interviewene, og som rakte ud over de forudbestemte temaer. Datamaterialet er således blevet kodet i temaer omhandlende samme emne, således at der er skabt nye sammenhænge.

Begrebsafklaring

I interviewmaterialet forholder mange informanter sig til sikkerhed i forbindelse med fødsler. De mener alle, at sikkerhed og tilstedeværelsen af et "beredskab" er nært forbundne. Når de gravide familier sætter ord på dette forhold, er beredskabet typisk italesat som tilstedeværelsen af en kirurg. Jordemødrene italesætter sikkerhed som tilstedeværelsen af et kirurgisk beredskab.

Blandt de lægefaglige informanter bliver der anvendt flere specifikke begreber; både obstetrisk- og anæstesiologisk beredskab, døgnberedskab og sectio beredskab.

Forskellene i informanternes måde at italesætte beredskabet på afhænger af deres daglige sprogbrug om beredskab samt faglige indsigt i, hvordan lægefaglige standarder for beredskaber i forbindelse med fødsler er og bør være. Da rapporten har ikke til sigte at vurdere den lægefaglige kvalitet af et givent beredskab eller fokuserer specifikt på informanternes opfattelse af, hvad et beredskab består af, anvender vi i teksten den brede betegnelse fødselsberedskab. I nogle citater omtaler informanter specifikt fødselsberedskabet. I disse tilfælde er informantens egne ord bibeholdt.

I de gældende **Henvisnings-og visitationskriterier** (bilag 1) fremgår det, at fødsler på lokalt niveau forudsætter: "At der er en faglig forsvarlig dækning på planlagte fødested, dvs. fornødne kirurgiske-anæstesiologiske-, jordemoder- og laboratorie-kompetencer".

Af retningslinjerne fremgår det også at der uden for centre uden døgnberedskab med jordemødre, obstetrikere og anæstesiologer anbefales at stille mod absolut normal fødsel. Det fremgår desuden at: "Døgnberedskab betyder at der er mindst en jordemoder og en kirurgisk læge, der har tilkald alle døgnets timer, således der kan varetages akutte operationer. Det skal også være muligt at kalde anæstesipersonale til stedet". (Jf. stk. Principper)

4. Perspektiver på fødselsbetjeningen

Dette kapitel sætter fokus både på de gravide familiers og de fagprofessionelles overordnede perspektiver på den nuværende fødselsbetjening og hvilke grundlæggende værdier og forhold, der har betydning for både de fagprofessionelle og de gravide familier i deres overvejelser omkring fødested og fødselsbetjeningen.

4.1 Gravide, der skal rejse for at føde

For de gravide, der skal rejse fra deres by eller bygd for at føde, fylder tanker om rejsen meget. Det er stort set kun rejsen og spekulationer over, hvordan det skal gå, når de skal afsted alene, de taler om. Bekymringerne fylder særligt for de førstegangsfødende. Figur 8 herunder viser, hvilke elementer bekymringerne omfatter.

Tabel 3. Temaer, der har betydning for de gravide familier, der skal rejse for at føde

Gravide, der skal rejse for at føde
Ensomhed og ledsager
Lokal versus regional fødsel
Ønsker for fødested
Perspektiver fra mindre byer og bygder

Ensomhed og ledsager

Bekymringerne omfatter det praktiske omkring selve rejsen, økonomi, muligheder for at blive ledsaget af partner eller nærmeste pårørende, indkvartering og billetter for eventuelt selvbetalende ledsager mv. Derudover angiver de gravide at have en oplevelse af en form for sorg, der udløses af, at de skal rejse hjemmefra og give liv til et barn uden for deres komfortzone og kendte miljø.

'Det her med at man skal rejse væk hjemmefra. Faktisk var det sådan, at dagen før vi skulle rejse, så var jeg enormt ked af det, og jeg har aldrig været så ked af det i hele min graviditet.'

De fleste gravide ønsker at kunne føde, hvor de bor. Primært fordi de således vil have mulighed for at have deres partner, det nyfødte barns eventuelle søskende og familie i nærheden. De informanter, som tidligere har haft lejlighed til at føde, hvor de bor, beskriver glæden ved at føde i deres lokalmiljø. De fremhæver trygheden ved at have partneren eller en anden tæt på med ved fødslen og ikke

mindst traditionen tro en spændt og forventningsfuld familie lige i nærheden til at dele glæden med. En af de gravide beskriver sine tanker om at skulle føde og rejse alene sammenlignet med en tidligere fødsel i eget lokalmiljø.

'Jeg fødte første gang i [by x]. Dengang var hele min store familie samlet i vores hjem. Ved fødsel her i Nuuk vil jeg gå i fødsel alene, være nødt til selv at gå ned til SANA [Dronning Ingrid's Hospital], og når jeg forlader SANA, skal jeg tilbage på patienthotellet, og jeg skal herefter rejse hjem til min familie, når jeg har født.'

Tanker om forventninger til den kommende fødselsoplevelse er stort set fraværende hos de gravide, der skal rejse for at føde, fordi de primært har fokus på selve rejsen. Spørger man konkret til deres forventninger til selve fødslen, svarer de, at de selvfølgelig håber at få et sundt og raskt barn, men at det vil betyde alt, hvis deres partner eller en nær relation er med ved fødslen.

De gravide beskriver fødselsrejse uden ledsager som en ensom oplevelse. Da alle undersøgelsens gravide informanter er normale, sunde og raske gravide med en normal graviditet, har de, ifølge Sundhedsvæsenets retningslinjer, ikke ret til at få betalt en ledsager med på rejsen.

Det kan også være svært for partneren at sende deres gravide kone/kæreste alene afsted. Det påvirker dem, det er overvældende, og der er en bevidsthed om og bekymring over, at det er voldsomt for kvinden at skulle rejse alene for at føde.

'Men det menneskelige perspektiv på det, eller de menneskelige forhold, de er voldsomme, synes jeg. De kan være meget voldsomme. Specielt det, at min kone skal rejse lidt over tre uger før, i den periode, hvor hun nok er mest sårbar. Det er der ingen af os, der ser frem til, at hun skal være alene i [regionsby], og det er også meget usikkert, hvad det er, der skal foregå.'

De partnere, der er med i denne undersøgelse, giver generelt udtryk for bekymring og afmagt, når de skal sende deres gravide partner afsted til fødsel alene til et for dem ukendt sted.

De gravide har også mange bekymringer over, hvordan de skal tackle det praktiske, når de ankommer til fødestedet.

'Det var meget anderledes i [x regionsby, hvor hun fødte], der var ingen, der lige kunne komme til mig, det var meget langt væk; spørgsmål som, 'hvem skal jeg være sammen med', 'hvad skal jeg gøre, når jeg går i fødsel' – sådan nogle tanker havde jeg.'

De gravide angiver både bekymringer for at være alene op til og under fødslen, og det at de skal rejse hjem alene med et nyfødt barn.

'Tanken om at skulle rejse hjem alene med et nyfødt barn. Det var også noget af det, jeg blev bekymret for. Jeg tænkte, hvis jeg nu laver en fejl eller gør noget forkert, så der sker noget. Det var noget med, nu er det ved at være efterår, tænk hvis jeg glider og falder. Jeg begyndte at forestille mig en masse forskellige ulykker omkring håndtering af det nyfødte barn.'

Der er dog også en enkelt gravid, der har oplevet, at en fødselsrejse kan give lejlighed til ro og hvile. Det er kun informanter, der ved, at alt fungerer godt derhjemme med den øvrige familie, imens de er væk, der har haft sådanne oplevelser.

'Det er hårdt at rejse for at føde på den måde. Men jeg mener også, der er noget positivt, da jeg også har fået lejlighed til bare at tænke på mig selv, med mulighed for at få hvilet.'

Lokal versus regional fødsel

Blandt dem, der skal rejse for at føde, har stort set alle tænkt på, om det ville kunne lade sig gøre at føde lokalt. Det gælder både gravide, der skal føde for første gang, og de, som har født tidligere.

'Så tænkte jeg, at det måske alligevel kunne lade sig gøre at føde her uden læge eller en kirurg. Vores baby virker så rask, det lille hjerte, det slår så fint, jeg er selv stille og rolig, er ikke misbruger. Det vil selvfølgelig være mest betryggende, at der er en læge, der kan operere, der kan jo ske noget på et hvilket som helst tidspunkt i løbet af en graviditet og fødsel, selv om jeg kan mærke min baby i maven, men man ved jo aldrig.'

Samtidig med at de gravide giver udtryk for, at de ville ønske, at det er muligt at føde lokalt, er de meget bevidste om, at det kun er på regionshospitalerne, at der forefindes et beredskab, der kan handle akut i forbindelse med en pludselig opstået komplikation under graviditet og specielt fødslen.

'Nu hvor jeg er i [regionsby], så er der en masse læger her og en masse jordemødre, hvis der nu skulle gå en hel masse galt. Så selv om jeg kan savne det derhjemme, så er jeg på en eller anden måde også glad for, at jeg er et sted, hvor jeg ved, at der er mange, der kan tage hånd om os, hvis der nu skulle gå noget grueligt galt.'

Nogle af kvinderne, der har født ukompliceret før, er mere tilbøjelige til at give udtryk for, at de har spurgt eller overvejer at spørge de fagprofessionelle om, hvorvidt de alligevel kan føde lokalt. I alle de tilfælde, hvor den gravide har ytret ønske om at føde lokalt, har de fagprofessionelle talt dem fra det med henvisning til, at der ikke forefindes et kirurgisk beredskab på stedet. Stort set alle de gravide informanter angiver, at de har accepteret og forstået dette argument. Talemåden 'allatut ajornaqaaq naamagittarpugut' – [der er ikke noget at gøre ved det, vi er accepterende] er sagt en del gange under interviewene.

Interviewmaterialet viser dog, at det kan være svært for flergangsfødende at acceptere, at de ikke kan føde i deres lokalmiljø, når de tidligere har født lokalt, normalt og ukompliceret ved de tidligere fødsler.

Noget af det, der gør det vanskeligt for de gravide at acceptere fødsel i en anden by, er, at informanterne er tæt knyttet til det sted, hvor de bor og selv er født. De gravide er meget bevidste om og reflekterer over, hvordan deres børn vil opleve deres grundlæggende tilhørsforhold til deres lokalområde, hvis de ikke er født der, hvor de bor og vokser op.

'Det er bare lidt synd at skulle sige, at vi er fra [egen by x], og du blev født i [x regionsby]. På en eller anden måde, så tænker jeg, at det også giver identitet, det der med hvor er man født (...), det er bare sådan lidt sjovt at sige, du er fra Nuuk, du blev født i Nuuk, og det er også noget, barnet vil kunne sige i fremtiden, 'jeg er fra Nuuk', selv om vi måske ville ønske, at vi kunne sige, at 'du er fra [forældres egen by]'. Jeg synes, det er noget med det der identitet.'

Ønsker til fødested

De gravide er også blevet spurgt til, hvilken regionsby de helst vil rejse til for at føde, i ønsket om at forstå, hvad de gravide tænker om fødselsrejser inden for og uden for egen region. De fleste af de interviewede gravide angiver, at de helst vil føde i deres respektive regionsby. Årsagen er typisk, at de har familie der. Accept af at skulle rejse til en regionsby og føde ses dog typisk blandt de informanter, som bor i regioner, hvor der er forholdsvis tæt afstand mellem deres egen by og deres regionsby. Enkelte informanter italesætter bekymring for at blive overflyttet fra deres regionsby til Nuuk i forbindelse med fødslen, hvis der opstår en akut situation, eller de går over tid. De foretrækker derfor at blive henvist direkte til Nuuk.

'Jeg vil måske vælge at føde i Nuuk. Fordi da jeg fødte sidste gang, da gik fostervandet først, jeg fik ingen veer, der skete ikke noget, jeg havde ingen smerter, så fik jeg besked på, at hvis jeg ikke havde født i morgen, ville de overflytte mig til Nuuk. Det er ikke betryggende, først skal man rejse fra [x by], så skulle jeg opholde mig i længere tid i [regionsby x], og hvis så efterfølgende de skulle sende mig til Nuuk.'

Usikkerheden ved at skulle rejse for at føde bliver forstærket, når den gravide ikke ved, om egen regionsby faktisk ender med at blive fødestedet. En gravid argumenterer for, at en akut overflytning, eller en overflytning til Nuuk med kort varsel, kan indebære logistiske udfordringer for ledsagerens mulighed for at være med ved fødslen.

'Jeg er ikke glad for at skulle føde i [x henviste regionsby uden for Nuuk], fordi hvis jeg for eksempel går over tid og derfor pludseligt skal overflyttes til Nuuk, så kan min partner eller ledsager risikere ikke at få en billet til Nuuk.'

Perspektiver fra bygder

Blandt de gravide, der skal rejse for at føde, er kvinder bosat i bygderne. De har siden i starten af 1970'erne alle skulle føde andetsteds og er derfor bekendt med, at de skal rejse for at føde. Nogle kvinder fra bygder italesætter specielt bekymringer for at føde i en regionsby, fjernt fra bygden, hvor de ikke kender nogen.

'Jeg indrømmer, at jeg ikke kender til [regionsby, hvor hun skal føde] og ikke har familie og bekendte der og ved ikke, hvad jeg skal gøre, når jeg kommer dertil.'

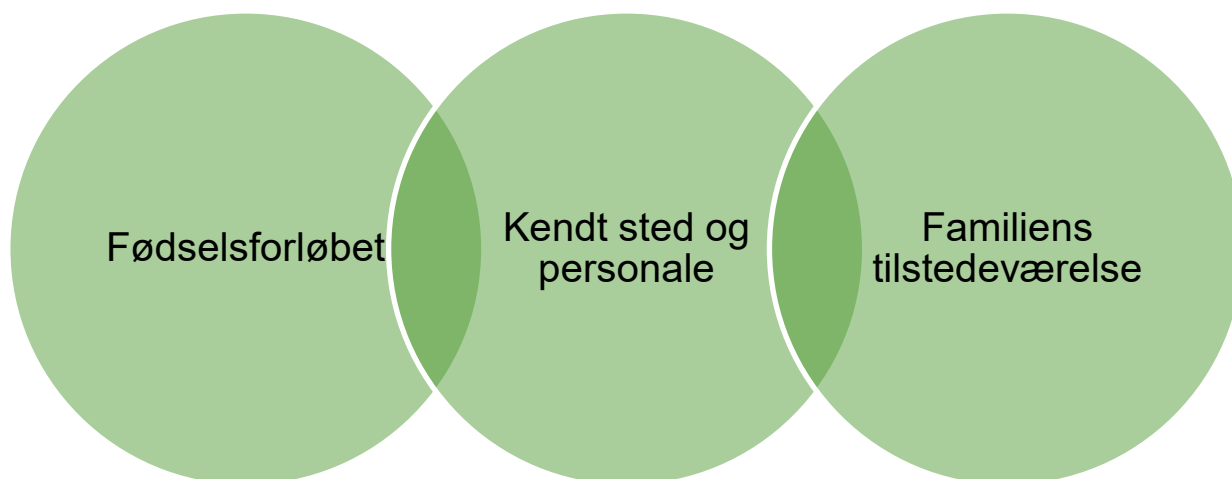
Der er forskel fra region til region på, hvor tæt et forhold de gravide har til det regionale fødested. Det betyder meget for oplevelsen af tryghed, at de har venner eller familie i regionsbyen, og om det er forholdsvis nemt for den gravides familie at komme rejsende.

'Det er fint at føde i [x regionsby], fordi, da min mor ikke kunne komme med mig, så har jeg min storesøster, som bor der, til at støtte mig, så hun skal være med mig ved fødslen.'

Derudover vil nogle kvinder bosat i bygder (samt i visse mindre byer) være nødt til at skulle opholde sig i en længere periode på regionshospitalet end for eksempel fødende fra de omkringliggende byer på grund af afstande og trafikale forhold. Dette gør, at fødselsrejsen bliver mere indgribende, og at bekymringer i forbindelse med fødselsrejsen bliver forstærket hos de kvinder, der har en lang og logistisk udfordrende rejse foran sig.

4.2 Gravide, der skal føde, hvor de bor

Fødsler i egen by beskrives af flere informanter som vigtigt og livgivende for hele bysamfundet. Gravide, der skal føde, hvor de bor, har et andet fokus på fødselsbetjeningen og deres fødested. De italesætter i langt højere grad tanker og forestillinger om deres forestående fødselsforløb og de praktiske omstændigheder og personer, der er involveret i fødslen, end de gravide, der skal rejse for at føde. Figur 6, illustrerer de gravide familiers perspektiver på at føde lokalt, hvor de bor.



Figur 6. Temaer, som har betydning for de gravide, der skal føde, hvor de bor.

Fødselsforløbet

Refleksionerne over selve fødselsforløbet samt tiden efter fødslen omhandler blandt andet forestillinger om, hvordan og hvornår fødslen starter. De gravide familier har mulighed for at lægge planer for, hvem der skal tage sig af eventuelle andre børn, og de håber, at fødselstidspunktet kommer til at passe ind i familiens daglige rutiner.

En gravid udtaler, at hun håber, at hendes fødsel starter på et tidspunkt, så det passer med hele familiens almindelige rutiner i hjemmet, så de kan nå at få hvilet og afleveret deres barn helt normalt i dagplejen.

'Håber, at veerne starter om natten, men at jeg kan nå at sove. At vi lige kan nå at aflevere vores søn i dagplejen. At jeg kan være hjemme så længe som muligt (...) Vi har aftalt pasning af vores søn under fødslen.'

De gravide har også refleksioner over de konkrete muligheder og hjælpemidler, de har til selve fødslen, og hvordan de kan medvirke til en god fødselsoplevelse. De kender deres fødested, ved hvad stedet har at byde på, hvilket også giver noget ro hos familien.

'Det kunne være fedt at prøve det nye badekar under fødslen.'

Der er også plads til refleksioner over tidligere fødselserfaringer og tanker om, hvordan den kommende fødsel kommer til at forløbe.

'Og så i det hele taget, at det tager kortere tid end sidst,'

De gravide, som føder lokalt, har også overvejelser om praktiske forhold som for eksempel, om det bliver muligt at forblive et par dage på sengeafdelingen, indtil amningen er blevet etableret. De kender deres hospital og de tilbud, der er på stedet.

'Amningen kommer godt i gang og alt det der. Så jeg har det også bare sådan lidt, hvis det kan lade sig gøre, hvis der er plads, jamen så vil jeg da gerne blive på sengeafdelingen et par dage.'

Kendt sted og personale

De gravide, som deltager i undersøgelsen, tager helt naturligt udgangspunkt i deres kendskab til det lokale fødested og personalet, som de omtaler overvejende positivt. De oplever, at fødestederne generelt fungerer bedre end resten af sundhedsvæsenet. De føler sig imødekommet, og adgangen til fødestedet opleves meget tilgængelig.

'Jeg synes, at det er trygt sammenlignet med andre ydelser, som sundhedsvæsenet har her i landet. Jordemødrene er meget tilgængelige, jeg kan ringe nat og dag.'

De har overvejelser om, hvilken jordemoder der er med, når de føder, derudover om det er en jordemoder, de kender, da de har en oplevelse af, at en kendt jordemoder ved deres fødsel har stor betydning for deres oplevelse af fødselsforløbet. De gravide mener, at det er godt med flere jordemødre, så man altid kan møde én, som man har god kontakt til.

'Jeg synes, det var godt, at jeg mødte forskellige jordemødre, fordi så kunne jeg også forholde mig til, når jeg skulle føde, det er hende, hende jeg klikker godt med.'

De gravide familier, der føder, hvor de bor, ved til hvem og hvor, de skal henvende sig, når de går i fødsel. De er trygge ved deres lokale fødested, og de har en oplevelse af, at personalet på fødestederne er tilgængelige.

Familiens tilstedeværelse

Når man i Grønland italesætter selve fødslen af et barn, betegner man det oftest som 'inunngorpoq' [bliver til et menneske]. Det er en italesættelse af, at man lige præcis ved sin fødsel bliver til et menneske. Det er derfor en vigtig markering, et vigtigt øjeblik.

Ifølge de gravide har det særlig stor betydning, at deres partner og børn befinder sig i samme by, som fødslen skal foregå i.

De fleste, der føder i egen by, har mulighed for at have sin partner eller et andet familiemedlem med til fødslen. At have partneren med til fødslen har stor betydning for både den fødende og for partneren og for tilknytningen til det nyfødte barn. De gravide er glade for, at de kan dele fødselsoplevelsen, og de fleste partnere i denne undersøgelse siger også, at de ønsker at være til stede ved deres børns fødsler. De fædre, som tidligere har været med ved deres børns fødsler, beskriver det som en oplevelse af lykke og en grundlæggende stolthed over at være med til at videreføre den næste generation.

'Min deltagelse ved mit første barns fødsel var en dejlig oplevelse. Det at se vores første søn dengang, jeg var meget lykkelig. Det var også tankevækkende, nu starter jeg den næste generation, nu har jeg sikret den næste generation, det var også nogle af de tanker, jeg havde.'

De gravide italesætter også, at det er en stor hjælp, at den fødende, ud over jordemoderen og partneren, har mulighed for at få støtte fra for eksempel den gravides egen mor og eller familien under fødselsforløbet.

'Det var dejligt, at min mor og min familie var der ved min fødsel, så de kunne hjælpe mig under fødslen. For eksempel vurderede min mor, at jeg havde brug for hvile, og sagde, at jeg skulle prøve at sove lidt, det tænker jeg meget på nu, det hjalp mig meget at have min familie hos mig, da jeg fødte.'

En fødsel er ofte en situation, hvor den fødende er genstand for meget opmærksomhed, glæde og kærlighed.

'I den her fødselssituation, der rykker familien sammen og er omkring kvinden, og det har været helt fantastisk at opleve i den der fødselssituation, hvor kvinden er så central – altså, så bliver hun dronning i det her foretagende.'

En fødsel er som bekendt en familiebegivenhed, det er vigtigt for de gravide familier at kunne dele den begivenhed sammen med familien og ikke mindst partneren. Den fødende er midtpunkt, og familiemedlemmerne kan være en vigtig og uvurderlig støtte for den fødende under fødselsforløbet.

4.3 Temaer blandt fagprofessionelle

De fagprofessionelle, herunder jordemødre, sundhedsplejersker, socialrådgivere og læger, ser fødselsbetjeningen ud fra deres sundheds- eller socialfaglige perspektiv og ikke, som de gravide, ud fra et personligt perspektiv. I visse tilfælde er der stor overensstemmelse mellem de forskellige fagligheders perspektiver, og i visse tilfælde er der forskelle. Dér, hvor der er fagspecifikke perspektiver, fremgår det af teksten. Tabel 4 illustrerer de fagprofessionelles perspektiver.

Tabel 4. Temaer blandt fagprofessionelle.

Temaer blandt fagprofessionelle
Regionale fødsler
Rekruttering
Fødselsrejsens konsekvenser
Jordemoderfaglige perspektiver
Lægefaglige perspektiver

Regionale fødsler

De fagprofessionelle har overordnet set den holdning på tværs af fagligheder, at den nuværende situation med centralisering af fødesteder til de respektive regionshospitaller og sundhedscentret i Tasiilaq er en ordning, der tillader at holde fødslerne så lokalt som muligt inden for sundhedsvæsenets nuværende rammer. Der er enkelte informanter, der er fortalere for, at fødsler kan foregå mere lokalt end på et regionshospital, og enkelte, der mener, at alle fødsler bør centraliseres til Nuuk.

For de fleste fagprofessionelle informanter er det vigtigt, at der er et tilbud om, at de gravide kan føde i deres egen region så tæt på deres hjemby som muligt.

'Jeg tænker, at det er rigtig godt, at vi har forskellige fødesteder her i landet. Jeg har igennem årene fulgt meget med i nedlukninger og bemandinger, og hvor svært det også har været at få bemandede stillinger ude på kysten. Jeg synes, at det er et rigtig

godt tilbud, at gravide kan føde ude på kysten [regionshospitalerne]. Det er det mest hensigtsmæssige for alle og for familien.'

Nogle af de fagprofessionelle anser derfor den nuværende løsning samt en genåbning af Aasiaat som fødested for at være hensigtsmæssig.

'At man genåbnede Aasiaat, og man genåbner Qaqortoq [interview før genåbning af Qaqortoq]... Ja... Og ansættelsen af flere jordemødre på landsplan for at give befolkningen bredere mulighed for at blive set af en jordemoder. Det er helt klart det, der vil kunne give en hurtigst synlig sundhedseffekt.'

Andre mener at drømmescenariet for landets fødesteder realistisk set vil være fire fødesteder, fordelt efter logistiske hensyn.

'Hvis jeg nu skal komme med mit drømmescenarie, så er det, at vi opretholder, jeg kan godt drømme, men jeg kan ikke drømme så det bliver helt urealistisk, så jeg kan ikke forestille mig andet, end at hvis vi bare kan holde Qaqortoq, Ilulissat og Tasiilaq kørende på kysten, så er vi sådan set bedre stillet end det, jeg frygter, kan være en fremtids mulighed.'

De fagprofessionelle mener, at det er mest hensigtsmæssigt for de gravide familier, at de føder så tæt på deres hjem som muligt, det vil sige på de fem regionshospitaler og på sundhedscentret i Tasiilaq. Der er enkelte fagprofessionelle, der mener, at det kan blive svært at opretholde mere end tre regionale fødesteder på grund af udfordringer med rekruttering af relevant personale til de respektive regionshospitaler.

Rekruttering

Informanterne angiver, at der aktuelt er udfordringer med den nuværende struktur. De udtaler, at rekruttering af relevant fagpersonale er den grundlæggende og altovervejende årsag til, at nogle regionale fødesteder må lukke. De angiver, at det er svært at rekruttere for eksempel speciallæger inden for obstetrik, da disse lægefaglige specialer mangler alle steder i Norden.

'Som det er lige nu, så er fødselsbetjeningen i Grønland meget skrøbelig. Ja, der skal ske et eller andet dramatisk, der skal opstå en situation, hvor der pludseligt er overflod af læger i Danmark, hvor vi ved, at de mangler speciallæger, eller om vi skal hente folk fra det store udland og indstille os på, at lægen ikke kan snakke med patienten eller det øvrige personale.'

Informanten ser en potentiel mulighed for at rekruttere internationalt, men også at det vil betyde, at kommunikationen i sygehusvæsenet bliver udfordret.

Ifølge informanterne kan udsigten til en stor arbejdsbyrde have betydning for, at det kan være svært at rekruttere for eksempel læger med kirurgiske kompetencer til regionshospitalerne.

'Og det med at være på vagt hele tiden, det er der jo nogle, der synes, er fint, jeg synes det faktisk ikke. Jeg synes faktisk, at det er hårdt ikke at få restitueret. (...) Det kan dreje sig om en 60 timers arbejdsuge og manglende muligheder for at kunne få lov til at holde helt fri.'

En anden grund, til at det er svært at få bemandet et kirurgisk beredskab til regionshospitalerne, angives at være, at bredt uddannede læger, der kan udføre for eksempel et kejsersnit, ikke længere findes. De nye læger er mere specialiseret og har derfor vanskeligere ved at dække en bred opgaveportefølje.

'Det er de færreste kirurger i dag, der kan lave et kejsersnit, så derfor bliver det meget specialiseret, at det skal være en fødselslæge. Tidligere var lægerne bare mere bredt uddannet, og de var lettere at rekruttere, der var flere læger, der kunne varetage de her brede opgaver, og det bliver vi simpelthen ikke uddannet i i dag.'

Informanterne nævner også, at centraliseringen i sig selv og lukning af fødesteder også kan være en medvirkende årsag til, at det kan være svært at rekruttere for eksempel jordemødre.

'Så der sker også noget med personalet, når man lukker fødestederne, og det gør, at det bliver faktisk måske en lille smule sværere at rekruttere jordemødre til de steder, hvor der så ikke er fødsler.'

De fleste jordemødre angiver også, at der ikke er nogen jordemoder, der er interesseret i at arbejde uden andre kollegaer et sted, hvor der tilbydes fødsler, da dette vil betyde, at denne ene jordemoder ville være på tilkald 24/7.

Fødselsrejsens konsekvenser

De fagprofessionelle har alle fokus på, at der er mange, der skal rejse for at føde. De har forskellige perspektiver på, hvordan en fødselsrejse påvirker de gravide familier.

Selvom de fleste fagprofessionelle er enige om, at det ud fra sundheds- og sikkerhedshensyn er hensigtsmæssigt, at de gravide føder på deres respektive regionshospital, er de samtidig enige om, at det har konsekvenser for de gravide familiers trivsel, når de skal rejse for at føde. Der er en forståelse af, at hvis bemandingssituationen i sundhedsvæsenets var anderledes, ville det optimale være at føde dér, hvor man bor og har sin partner og nære familie.

Informanterne udtaler, at fødselsrejser øger risikoen for, at gravide kvinder stresses og dermed kan medvirke til, at selv ressourcestærke familier kan sættes i en unødigt sårbar position.

'Jeg synes, man putter folk i en presset og uvant situation, hvor de faktisk kan komme til at fremstå mere sårbare, end de i virkeligheden er.'

Informanterne har også erfaring med, at gravide, der pludseligt bliver informeret om, at de skal rejse for at føde med kort varsel, påvirkes mere af en fødselsrejse end de, som har vidst det fra starten. Det giver således mere tryghed, at der har været tid og ro til at tale om, hvad der skal ske, når en gravid skal rejse for at føde.

'Jeg synes, det er hårdere for den familie, der pludselig får at vide, at de ikke kan føde lokalt, end for dem, som har vidst det siden 4. måned, hvor vi typisk i god tid har talt og vejledt dem om hvorfor.'

De fagprofessionelle på regionshospitalerne, der har den kontinuerlige kontakt til de gravide familier, oplever, at mange af de ellers velfungerende gravide familier stresses og kan blive sårbare, når de skal adskilles på grund af en fødselsrejse. Derudover oplever de fagprofessionelle, at de sunde og raske gravide familier udfordres endnu mere, hvis de pludselig, ikke planlagt, skal forholde sig til at skulle rejsen til en anden region for at føde i stedet for at føde i egen region.

Jordemoderfaglige perspektiver

Særligt blandt jordemødrene er der mange fagspecifikke overvejelser om, hvorvidt fødsler kan foregå anderledes, end de gør i dag. Jordemødrene ser dagligt, hvordan mange gravide reagerer på tanken om at skulle rejse for at føde, og de oplever, at en fødselsrejse kan påvirke hele familiens sundhed og trivsel. De interviewede jordemødre mener, at den løbende jordemoderfaglige svangreomsorg under hele graviditeten er grundlaget for den bedst mulige start for mor og barn. De har derfor svært ved at se det hensigtsmæssige i, at de gravide kvinder kan være hjemme under hele deres graviditet, hvorefter de henvises til fødsel ved regionshospitalet de sidste uger før fødsel.

'Grundlaget for, at man har centraliseret, hvor man siger, at de gravide godt kan være i deres egen by under hele graviditeten, men de sidste tre uger, der skal de til en regionsby og føde, hvad så med omsorgen under graviditeten? Man har fjernet jordemødrene fra visse byer, fordi der ingen fødsler er, jeg synes, at det er inkonsekvent ud over alle grænser.'

Jordemødrene påpeger, at de eksisterende fødesteder er velfungerende, men at der er for få jordemødre, hvorfor de ikke kan tilbyde kontinuerlige jordemoderbesøg for eksempel til de mindre byer.

'Så jeg synes egentlig, jeg ser nogle velfungerende fødesteder over hele landet. De når bare ikke alle. Så synes jeg også, der skulle være flere jordemødre. Jeg synes, at der er for få jordemødre.'

De fleste jordemødre vil meget gerne varetage fødselsomsorgen lokalt, hvis der vel at mærke er et fødselsberedskab.

'Der skulle helt klart være en læge, som kan lave de operationer eller indgreb, som ville være nødvendige under en fødsel. Hvis det viser sig, at der opstår en komplikation under fødslen. Så er jeg mest tryk ved, at jeg ved, at den læge kan udføre det. Et kejsersnit. Hvis de er der, så er jeg helt tryk ved at have fødsler ude på kysten.'

De fleste ønsker ikke stå alene uden et fødselsberedskab, og de angiver, at det vil være svært at visitere alle, som potentielt kunne ende med at skulle have udført et kejsersnit eller en anden behandling, der kræver lægefaglig kunnen.

Direkte adspurgt mener enkelte, at jordemoderfagligt ledede fødeklinikker uden kirurgiske kompetencer kunne være en mulighed, men at befolkningen i så fald skulle informeres om, at man ikke vil kunne håndtere for eksempel et kejsersnit.

'Hvis man har en jordemoderledet klinik, og der kun er jordemødre, så har jordemoderen de kompetencer, de har, og så er de virkelig dygtige. Men så er der jo også det med, at hvis der går noget galt, så skal man jo så som befolkning være villig til at acceptere, at det er sådan, det er.'

Enkelte har en oplevelse af, at befolkningen muligvis kan rumme den risiko, der kan være i at skulle føde lokalt uden et fødselsberedskab. Men de pointerer, at det er vigtigt at fortælle borgerne om risici, og at det kræver, at de fagprofessionelle kan rumme, at der kan være akutte situationer, som de ikke altid kan håndtere. Flere mener, at det derfor kun er realistisk at have en jordemoderledet fødeklinik i Nuuk.

Derudover mener jordemødrene, at de er alt for få jordemødre, hvilket betyder, at de gravide familier bosat i de mindre byer ikke får tilstrækkeligt med jordemoderbesøg, hvor de bor.

Lægefaglige perspektiver på beredskab

Blandt alle lægefaglige informanter er der enighed om, at en fødsel lokalt fordrer, at der er et forsvarligt fødselsberedskab. Der er enkelte lægefaglige, der mener, at det på grund af nuværende udfordringer med at levere forsvarlige fødselsberedskaber er mest sikkert for alle gravide i landet at føde centralt i Nuuk. Der er forskel på de lægefagliges opfattelser og vurdering af risiko, som primært tager udgangspunkt i deres respektive fag eller speciale.

'Det vil i mine øjne være det bedste, de fødende skal selvfølgelig føde så tæt på deres hjem som muligt, fordi der er rigtig mange andre implikationer i det, men jeg kan med min faglige kasket ikke sige, at man skal føde uden kirurgisk beredskab.'

Enkelte mener, at det nuværende fødselsberedskab på regionshospitalerne på kysten ikke er godt nok og ikke kan håndtere alle former for akutte fødselskomplikationer. Derudover mener enkelte at borgerne ikke bliver ordentligt informeret om tilstanden af de faktiske fødselsberedskaber, som nu forefindes på regionshospitalerne.

'Jeg synes, at det er lidt uheldigt, at man giver det indtryk, at det er sikkert, og at der er en tilstedeværelse af et beredskab, både på det obstetriske og det anæstesiologiske, så må jeg sige, at man måske lidt stikker blår i øjnene i befolkningen, når man siger, jamen bare man har en kirurg og en anæstesisygeplejerske til stede, så har man et beredskab.'

Enkelte mener, at sikkerheden ved fødsel centralt [i Nuuk] ville blive vægtet højere af de gravide familier, hvis de blev informeret mere detaljeret om risici ved fødsel på et kystregionshospital. En enkelt informant mener, at der er gravide, der aktivt ønsker at føde i Nuuk, fordi de ikke oplever, at fødselsberedskabet på regionshospitalerne lever op til deres opfattelse af sikkerhed.

4.4 Opsamling

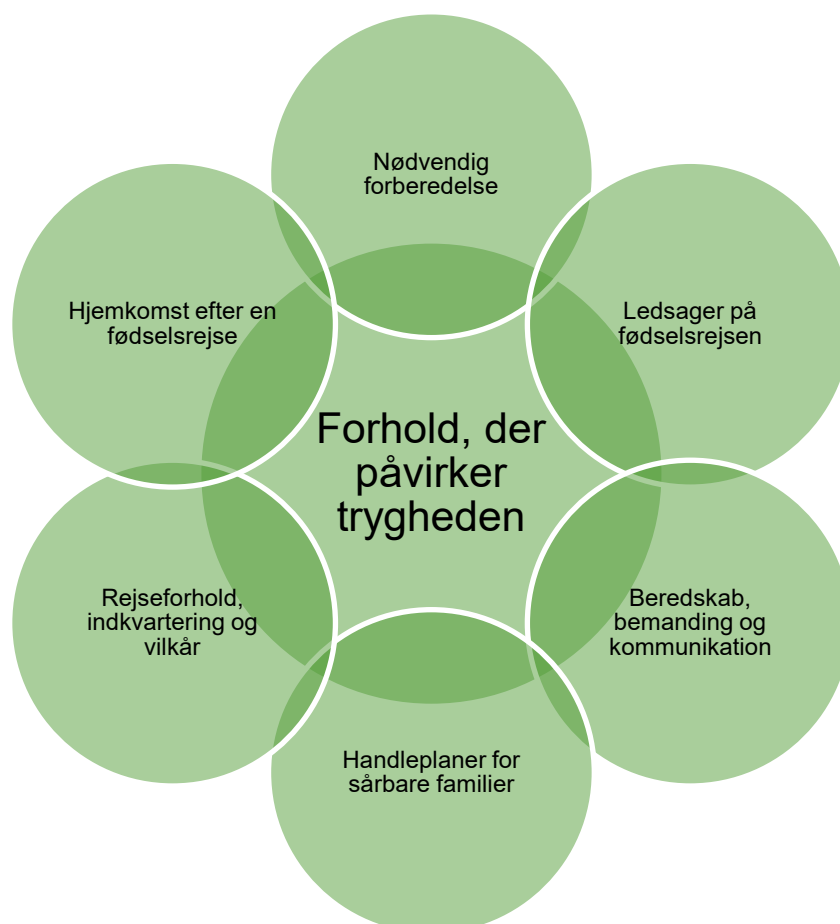
Trygheden er i centrum, både de gravide familier og fagpersoner er enige om, at fødsler skal ske med størst mulig sikkerhed, men de bagvedliggende overvejelser omkring sikkerhed og tryghed er forskellige. Tabel 5 viser de fire gruppers perspektiv på sikkerhed og tryghed.

Tabel 5. Forskellige gruppers perspektiver på adgang til fødesteder og fødselssituationen opdelt i temaer.

	Gravide, der føder uden for deres by	Gravide, der føder i deres by	Jordemoder- og andre fagprofessionelle	De lægefaglige
Familie og relationer	Oplevelse af ensomhed og bekymring ved at skulle rejse og føde alene	Familiebegivenhed, partner, andre børn og familie tilstede. Oplevelse af barsels ro	Betydning for familiens trivsel at de gravide føder så tæt på hjembyen som muligt. Fødselsrejser har konsekvenser for hele familien	Bevidsthed om at en fødselsrejse påvirker hele familien.
Lokal tilknytning	Tanker og overvejelser om at føde i egen by på trods af der ikke forefindes et fødselsberedskab, hvor de bor	Kendskab til fødested og de lokale jordemødre	Hensigtsmæssigt at føde så tæt på hjem som muligt	
Partner og børn	Bekymring over ikke at kunne få partner med. Søskende som ikke er en del af begivenheden	Partner med ved fødslen. Børnene er sikret pasning under fødselsforløbet. Søskende med ved begivenheden	Bekymring over adskillelse af familien påvirker tilknytning til barnet. Fødselsrejsen kan sætte velfungerende familier i en sårbar position	
Fødselsrejsen	Bekymringer om logistik, indkvartering og vilkår.		Forbedring af vilkår for familien under fødselsrejser	
Fødselsberedskab	Ønsker at føde et sted hvor der kan udføres et akut kejsersnit ved en kompliceret fødsel. Trygt at der er læger og jordemødre hvor de skal føde		Kirurgisk beredskab på alle regionshospitaller. En jordemoderledet fødeklinik fordrer et kirurgisk beredskab	Fokus på obstetriske og anæstesiologiske kompetencer. Bekymring for at stå med akutte fødselskomplikationer uden kirurgiske kompetencer. Bekymring om håndtering af det dårlige nyfødte barn.
Rekruttering			Ansættelse af flere jordemødre til de større sundhedscentre og en jordemoder til patienthotellet i Nuuk	Svært at rekruttere lægefagligt personale med kirurgisk kompetence. En øget centralisering.

Som det fremgår af tabellen (Tabel 5), knytter overvejelserne sig overordnet set til temaerne *familie og relationer, lokal tilknytning, partner og børn, rejsen, beredskab samt rekruttering og bemanning*. For de gravide familier, der skal rejse for at føde, beskrives følelsen af ensomhed, savnet af partner og familien under fødselsrejsen samt bekymringer over at skulle rejse alene hjem med et nyfødt barn. For de gravide familier, der føder i egen by, er der især fokus på, hvorvidt de kender fødselsjordemoderen, hvornår på dagen fødslen går i gang, og de italesætter specifikke ønsker for den kommende fødsel. Blandt de fagprofessionelle er det især fødselsberedskabet og den udfordrede bemandsituation samt konsekvenser af familiens adskillelse i forbindelse med en fødselsrejse, der fremhæves. De fagprofessionelles perspektiver afspejler dog også faglige forskelligheder.

5. Forhold, der påvirker trygheden



Figur 7. Forhold, der har betydning for de gravide familiers- og fagprofessionelles oplevelse af tryghed

De tre informantgrupper peger på en række forhold, der er vigtige at tage hensyn til for at øge trygheden. Informanterne peger primært på forhold, der relaterer sig til fødselsrejser.

5.1 Nødvendig forberedelse

At skulle rejse for at føde er, som vist, i de fleste tilfælde udfordrende og kræver planlægning og overvejelser om, hvad man som familie ønsker og kan i den situation. Det er vilkår, som mange unge familier lever med. Hvis planerne for fødslen ændrer sig med kort varsel, giver det stor usikkerhed for familierne.

De gravide, der har en forventning om at skulle føde, hvor de bor eller inden for deres egen region, giver således udtryk for skuffelse, hvis dette pludseligt ikke længere er en mulighed.

'En følelse af pludselig ensomhed, skuffelse, sorg, mine yngste børn, som jeg blev nødt til at forlade, sådan nogle tanker havde jeg.'

De gravide og deres familier står i en helt ny situation, hvis et fødested for eksempel lukker med kort varsel. De skal inden for meget kort tid lægge helt nye planer. De gravide skal hurtigt omstille sig til, at de skal rejse alene, og de skal handle hurtigt, hvis de skal have en chance for at få partner eller en anden ledsager med.

'Vi havde heldigvis sparet lidt op og havde derfor råd til faderens billet, selv om vi manglede lidt. Vi blev udelukkende reddet økonomisk af, at vi har familie, så vi ikke også skulle betale for indkvartering.'

Nogle har ikke mulighed for at lave om på planer eller betale for ledsager til en uforudset rejse. Pludselige ændringer af fødested risikerer derfor at sætte nogle familier i en ekstra sårbar situation.

5.2 Ledsager på fødselsrejsen

De gravide føler sig mest trygge ved at have en ledsager med på fødselsrejsen. De fleste vil gerne have deres partner med.

'Det, at min partner kommer med og er sammen med mig under fødslen, det er det største for mig at sikre, at han kan være der ved min fødsel.'

Eftersom det for nogle kan være vanskeligt at have partner med ved fødsel uden for egen by, spørger nogle gravide en person, de kender i fødebyen, om de kan være ledsager ved deres barns fødsel. En informant, der flere gange er blevet spurgt, om hun vil være fødselsledsager, siger:

'Hvis jeg skal tænke på den ene af dem, så ville hun ikke have valgt at have mig med ved sin fødsel, hvis det havde foregået i [x egen by], da hun har en meget stor familie, som ville have været der. Jeg er ven, ikke familiemedlem til hende, vi ved, der er nogle andre følelser, hvis det er éns familie, man er sammen med.'

Blandt de gravide børnefamilier, som skal rejse for at føde, vælger de fleste familier at lade partneren blive hjemme, da det er mest betryggende for børnene at være ved deres far. For disse, og andre familier, er det derfor mere relevant at have et andet familiemedlem med som ledsager.

5.3 Fødselsberedskab og bemanning

Det vigtigste for de fagprofessionelles følelse af tryghed er, at de oplever, at de kan tilbyde sikre fødsler. Dette betyder for de fleste fagprofessionelle, at der er et fødselsberedskab, der hvor de gravide skal føde. Det er afgørende, at de oplever, at der er et sikkerhedsmæssigt forsvarligt beredskab, der kan håndtere akutte situationer på de regionshospitaller, der varetager fødsler. De jordemoderfaglige fagprofessionelle er indstillet på, at fødsler kan foregå i deres region, så længe der forefindes et fødselsberedskab.

'Det er beredskabet, at det er på plads. Så længe det er på plads, så er vi indstillet på at have normale fødsler her.'

Beredskabet hænger meget tæt sammen med bemanningssituationen på de forskellige fødesteder. Hvis bemanningen er stabil, oplever de fagprofessionelle en faglig tryghed. Hvis det er uvist, om de påkrævede specialer kan dækkes, stiger utrygheden.

'Så står vi jo pludselig i regionen og har reelt ikke mulighed for at kunne lave et akut kejsersnit, hvis det bliver nødvendigt. Og det er voldsomt ubehageligt at arbejde med som læge, at vide, at man står og potentielt kan have en kvinde og et barn, der dør mellem hænderne på én, uden at man kan gøre noget ved det.'

De fagprofessionelle ønsker, at alle gravide kvinder føder med størst mulig sikkerhed. De fleste ønsker også, at de gravide familier kan føde tæt på deres familier, men som tidligere nævnt fordrer det et fødselsberedskab, hvis der skal være tilbud om fødsler på regionshospitallerne. Dette synspunkt gælder for stort set alle sundhedsfaglige grupper. Det lægefaglige personale uden kirurgiske kompetencer på regionshospitallerne giver udtryk for, at det kan være ubehageligt at skulle varetage akutte komplicerede fødselssituationer.

5.4 Kommunikation

Flere jordemoderprofessionelle peger på, at de for nuværende har vanskeligt ved at sikre en god kommunikation til familierne til de fødende, der er bortrejst, i selve fødselssituationen. De oplever, at det kan være svært at foretage en faglig vurdering af familiernes oplevelse med fødslen og deres følelse af tryghed.

De fagprofessionelle har særligt erfaring med, at mange gravide bruger opkald over FaceTime eller Messenger og lignende for at give partneren, søskende og familien derhjemme mulighed for at kunne være med ved fødslen.

'Det, som jo sker, når de føder, det er jo, at der er en live-session på fødestuen. Altså mobiltelefonen bliver sat til, og så kan familien følge med [i hjembyen]. Det er

jo deres måde ligesom at være med på, og der er udviklingen jo anderledes nu, end den var år tilbage, hvor det ikke var en mulighed. At de faktisk er med, når det sker.'

Flere påpeger, at livestreaming kan være en god mulighed for, at familien hjemme kan følge med, men de har svært ved at vurdere, hvordan en videoopkaldsfødsel påvirker familierelationen og tilknytning på sigt.

'Det har jeg gjort mig mange tanker om, også når man følger med på videoopkald, og så sidder man og kigger på en far, som ikke har set barnet selv, og de andre børn rundt omkring, de prøver at følge med. Jeg ved simpelthen ikke, hvad det gør ved relationen ikke at være til stede fysisk.'

De fagprofessionelle oplever, at de nuværende muligheder for streaming af fødsler er dårlige, og de afhænger af de forskellige familiers egne muligheder. De mangler også viden om, hvordan de kan hjælpe de fødende og deres familier ved en digitalt formidlet fødsel.

5.5 Handleplaner for sårbare familier

De fleste fagprofessionelle informanter forholder sig til, at nogle familier er mere sårbare end andre. Det gælder for eksempel familier, der indgår i det forebyggende tiltag: Tidlig Indsats over for Gravide Familier. Ifølge de fagprofessionelle kan det være endnu mere belastende for sårbare gravide børnefamilier at skulle rejse for at føde. De skal, ud over bekymringer over selve rejsen, også bekymre sig om, hvorvidt de børn, de har efterladt hjemme, får den nødvendige omsorg.

'For det første, så er de jo alene om at være et sted, hvor de måske ikke har været før (...) der er også nogle gravide kvinder, som henvender sig til os og siger, jamen de har ikke mad derhjemme, min mand kan ikke fiske, fordi så er der ingen, der kan tage sig af børnene eller passe børnene til trods for, at der er flere familiemedlemmer, der måske bor i samme hus.'

Det er bekymrende og belastende for den gravide at opholde sig et andet sted på grund af fødsel, når de andre børn ikke trives hjemme.

'Hvis der er andre børn, og hvis der for eksempel er alkohol eller hashmisbrug hos den ene part, så kan det påvirke moderen meget rent psykisk. Hvor man kan mærke, at denne er helt nede med flaget rent ud sagt, og er bekymret også.'

De fagprofessionelle ser i nogle tilfælde gravide kvinder, som giver udtryk for bekymring over den familie, de har måttet efterlade hjemme, hvor de bor. Det er de fagprofessionelles indtryk, at der angiveligt ikke altid bliver lagt en plan, eksempelvis for pasning af de andre børn, når familien

adskilles på grund af en fødselsrejse. Det er også muligt, at de handleplaner, der udarbejdes, ikke bliver gennemført som ønskeligt.

Nogle fagprofessionelle efterspørger bedre sammenhæng i kommunikationen mellem kommune og sundhedsvæsen, og mellem hjemkommune og fødekommune, når sårbare gravide rejser for at føde. De oplever, at informationer om familiens situation ikke bliver overleveret, og det derfor er vanskeligt at sikre de familier, der har behov for ekstra støtte og en sammenhængende fødselsforløb. De fagprofessionelle ønsker, at der bliver udarbejdet handleplaner for sårbare familier, og at dialogen mellem hjemkommunen og sundhedsvæsen styrkes. Vi har i denne undersøgelse ikke afdækket samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne omkring fødselsrejser.

5.6 Rejseforhold, indkvartering og vilkår

De gravide, der skal rejse for at føde, skal forlade deres hjemby/bygd nogle uger i forvejen, normalt ca. tre uger før termin og for nogles vedkommende før. De gravide kvinder tilbydes indkvartering på regionshospitalernes patienthoteller, hvor de i nogle tilfælde kan blive indkvarteret sammen med en anden gravid. Der findes ingen anden indkvartering for de rejsende gravide i sundhedsvæsenets regi. Der er således ikke mulighed for indkvartering af den gravides partner/ledsager eller andre børn. Det giver de gravide og deres partnere både økonomiske og logistiske udfordringer, da de skal finde og betale for indkvartering for partner i fødebyen i ugevis.

'Jeg skulle tage af sted uden ledsager, jeg kunne ikke være sammen med min familie, der var ikke noget indkvartering, hvor vi kunne være alle sammen.'

Både de gravide familier og fagprofessionelle angiver, at der ikke kan indkvarteres ledsagere, fordi der ikke må komme mænd på patienthotellerne.

Nogle har mulighed for at finde indkvartering hos familie eller andre relationer, eller har den økonomiske formåen til at betale udgiften. Nogle har ikke den mulighed. Den manglende overnatning kan medvirke til, at nogle partnere må blive hjemme, da det er for omkostningstungt for familien at betale både fly og logi, og derudover muligvis at have tabt arbejdsfortjeneste i perioden.

De gravide modtager ikke længere dagpenge under en fødselsrejse, hvilket opleves som en forringelse af deres vilkår (Personlig kommunikation, med jordemoder Aininaq Willesen, Fødeafdelingen Dronning Ingrid's Hospital). De er nu nødsaget til at spise på sygehuset. Dette betyder, at de gravide er uden mulighed for selv at vælge, hvad de vil spise i en periode, der strækker sig over flere uger. De kan også have svært ved at komme ned på sygehuset og tilbage til alle måltider. Dette er særligt en stor udfordring for dem, der er meget påvirket af deres graviditet, samt i perioder med koldt vejr og isglatte veje.

'Da man fjernede de gravide rejsendes ret til dagpenge, og de derfor nu skal tage på SANA og spise deres måltider... det har også noget med perioden af gøre. Når der er meget dårligt vejr i Nuuk, når det er isglat, og de gravide bliver nødt til at tage på Sana for at spise og efterfølgende skal retur på patienthjemmet og ikke har råd til at køre taxa.'

Når de gravide udtaler sig om bekymringer over praktiske forhold ved fødselsrejsen, er det særligt det at rejse alene hjem med et nyfødt barn, som de oplever som utrygt. En rejse hjem kan tage flere dage, og de gravide bekymrer sig specielt om, hvordan de kommer godt hjem med deres nyfødte. Vejrlig eller andre tilstande kan betyde, at gravide enten på vej til fødestedet eller på vej hjem efter en fødsel risikerer at strande i en lufthavn, hvor de ikke altid kan være sikker på at få hjælp til transport i forbindelse med en ikke forventet overnatning.

'På returrejsen blev vores hjemrejse mellem [x lufthavn] og [x hjemby] aflyst, og vi var derfor nødt til at overnatte. Det var meget vanskeligt med en nyfødt. Vi fik ingen hjælp, vi måtte selv tage os af vores bagage. Der var ingen til at køre os, så vi måtte selv hanke op i vores bagage med vores nyfødte og gå op til lufthavnen til tjek-in.'

En informant italesætter, at der er behov for bedre ventefaciliteter for mødre og deres nyfødte i lufthavnene samt til andre borgere med ekstra behov.

'At man i [lufthavn x] kunne have et venterum, hvor man kunne hvile sig (...) Der findes ikke den slags venterum i [lufthavn x]. Man kan kun sidde i salen i lufthavnen eller på hotellet. Det ville være godt. Det ville også være godt for ældre, patienter, gravide og mødre med nyfødte.'

5.7 Hjemkomst efter en fødselsrejse

Alle grupper af informanter omtaler, at fødselsrejser udfordrer fødselskulturen generelt, da familien bliver adskilt. Mange nye familier bliver modtaget i lufthavnen eller heliporten af familie og venner, der dermed kommer til at danne rammen om en stor og vigtig familiebegivenhed, hvor familien første gang møder det nye barn. Dette er anderledes end de fødsler, hvor familien venter uden for fødestuen, hvor det typisk er bedsteforældre, oldeforældre, søskende, mostre, onkler, tanter og kusiner og alle de andre, der føler sig relateret til barnet, der opholder sig på sygehuset under/umiddelbart efter fødslen. De gravide, der skal rejse for at føde, samt deres familier oplever dermed at tabe en vigtig del af fødselskulturen, en begivenhed, der er med til at skabe relationer til det nye barn i familien, i hjembyen eller -bygden.

De gravide oplever det som ærgerligt, at de bliver nødt til at italesætte, hvordan de ventende familiemedlemmer kan agere ved hjemkomsten. De gravide synes, at det er hårdt at håndtere opmærksomheden ved hjemkomsten, da de er trætte, ikke kun efter en fødsel, men også en rejse.

'Så vi har været nødt til at snakke om, at det bliver os, når vi lige er kommet hjem, altså mig, min kæreste, barnet, så vi har allerede sagt til en del af familien, at vi vil gerne lige hjem først alene, og jeg tror ikke, at vi ville have behovet for at have den snak, hvis vi ikke vi havde skullet føde et andet sted, altså i en anden by, fordi hvis vi

bare havde født i [hjemby x], så ville folk jo have besøgt os på sygehuset, og så behøvede vi ikke at skulle tænke på at skulle sætte grænser.'

De fagprofessionelle er alle meget bevidste om vigtigheden af, at en fødsel er og bør være en familiebegivenhed. For mange kvinder her i landet er det et vilkår, at selv partneren ofte ikke får mulighed for at opleve sit barn blive født, men først møder det ved hjemkomsten. Flere fagprofessionelle mener, at det er tab af en meget vigtig proces i familiedannelsen og for forældrenes indbyrdes oplevelse af fællesskabet omkring barnet lige fra begyndelsen, der kan påvirke hele familiedynamikken.

5.8 Opsamling

De gravide familier, såvel som de fagprofessionelle, fremhæver forskellige konkrete forhold, der har betydning for deres oplevelse af tryghed. Sundhedsvæsenets fødselsberedskab, bemanningen og kommunikationen omkring disse forhold er afgørende for oplevelsen af tryghed.

Herudover fremhæves en *nødvendig forberedelse som afgørende for trygheden*, hvis man skal rejse for at føde, samt at man kan have en *ledsager med på rejsen*. De konkrete *rejseforhold, vilkår og indkvartering* for den gravide familie har også betydning for oplevelsen af tryghed samt forhold omkring hjemkomsten efter fødselsrejsen. For gravide familier i en sårbar position er nødvendigt at sikre handleplaner for at muliggøre en tryk fødselsoplevelse. Og endelig tales der om muligheder for at lade partner, familie og netværk deltage i selve fødslen ved hjælp af teknologiske løsninger.

6. Diskussion

Herunder diskuteres tematikkerne fra analysen, der har betydning for rapportens konklusion og de anbefalede udviklingstiltag.

Adgang til fødesteder

De interviewede familier ønsker alle at føde både med den bedst mulige sundhedsfaglige sikkerhed og så tæt på hjemmet som muligt. Blandt de fagprofessionelle er der forskellige ønsker. Nogle mener, at fødsler af sundhedshensyn bør centraliseres yderligere, end de er i dag, mens andre anbefaler, at borgerne tilbydes at kunne føde på alle fem regionshospitalet og i Tasiilaq. Når der udelukkende kigges på familiens trivsel, er der enighed om, at fødsler, der foregår så tæt på eget lokalsamfund som muligt, skaber den bedste fødselssituation. I praksis udfordres dette ønske af den svære bemandsituation, som det grønlandske sundhedsvæsen står overfor, som vanskeliggør sikringen af de specialiserede sundhedsfaglige kompetencer, som reglerne foreskriver skal være til stede for, at det lokale sundhedsvæsen kan varetage fødsler (bilag 1).

Landslægen foreslår på baggrund af den nuværende situation for fødselsbetjeningen forskellige løsningsmodeller, som bør overvejes. Disse omfatter: (1) Centralisering til tre fødesteder, evt. to på længere sigt; (2) At man bibeholder den nuværende model med et kirurgisk beredskab, evt. med bedre forhold for familier; (3) At der etableres jordemoderledede fødesteder; (4) At visitationskriterierne ændres (Naalakkersuisut 2023, s. 94). Landslægens forslag til løsningsmodeller har dannet baggrund for, at Sundhedskommissionen i sin betænkning fra maj 2023 anbefaler en yderligere centralisering af fødselsbetjeningen: "Sundhedskommissionen anbefaler, at antallet af fødesteder reduceres til tre – og på længere sigt to". (ibid, s. 102).

Nærværende undersøgelse peger på, at de færreste jordemoderfaglige informanter ønsker at indgå i et jordemoderledet fødested uden kirurgisk beredskab. De bakker op om muligheden for et jordemoderledet fødested i Nuuk, hvor der forefindes et beredskab. De få fagprofessionelle, som mener, at et jordemoderledet fødested kunne være en mulighed, mener også, at borgerne således bør informeres om og være indforstået med, at man på et jordemoderledet fødested uden beredskab ikke vil kunne håndtere alle akutte fødselssituationer.

De forskellige perspektiver fra henholdsvis denne undersøgelse og Sundhedskommissionens betænkning understreger, at der er behov for fortsatte drøftelser blandt borgere, fagfolk og politikere for at komme til enighed omkring, hvilken fødselsbetjening man kan tilbyde fremadrettet. I tilfælde af at fødesteder må lukke, viser resultaterne af denne undersøgelse, at det vil være hensigtsmæssigt at planlægge lukningen i god tid samt forsøge at sikre, at de, der skal rejse, skal rejse så kort eller så lidt kompliceret som muligt.

Ulighed for de gravide familier

Nærværende undersøgelse viser tydeligt, at der ikke er lige vilkår for de gravide familiers oplevelse af trivsel i forbindelse med graviditet og fødsel. Der er både forskel i vilkår mellem dem, der føder i egen by, og dem, der skal rejse, og indbyrdes imellem de familier, der skal rejse.

Ifølge Bjerregaard et al. (2023) er bopæl en velkendt indikator for social position, og dette er også i høj grad gældende for Grønland, hvor der er store forskelle mellem levevilkårene i byer og bygder, mellem det centrale Vestgrønland og resten af landet samt mellem østkysten og vestkysten (Bjerregaard et al. 2023). På fødselsområdet opstår de største uligheder mellem borgere bosat i regionsbyer med fødesteder og borgere bosat i bosteder, som ikke kan tilbyde fødsler, da de to grupper har vidt forskellige muligheder for at have overblik over forløbet og dele oplevelsen med deres familier. Undersøgelsen viser dog også, at der er ulige vilkår for de rejsende gravide familier, da den enkelte families økonomiske situation, arbejde, familiesituation mv. har en direkte betydning for hele den gravide families oplevelse af fødslen. Der er familier, der selvbetalt har mulighed for, at partneren kan rejse med og blive indkvarteret, og andre familier, som ikke har den mulighed.

Fødsel, kultur og relationer

Mange oprindelige folk er følelsesmæssigt og åndeligt knyttet til naturen og det sted, hvor de bor, samt at fødestedet har betydning for den enkeltes identitet og tilhørsforhold til eget lokalsamfund (Healey and Tagak 2014; Lee et. al, 2022). Rink og Reimer (2020) har i deres undersøgelse af slægtskabets, netværkets og familierelationernes indflydelse på graviditeten i Nordgrønland vist, at det kan være svært for unge familier at flytte, for eksempel på grund af uddannelse, da familien og fællesskabet internt i familien men også i lokalsamfundet har stor betydning for deres oplevelse af sundhed og trivsel (Rink and Reimer 2020). Denne undersøgelses gravide familier beskriver utryghed og ensomhed og behov for familiens nærvær, når de adskilles i forbindelse med en fødselsrejse.

Det er derfor særligt vigtigt at huske, at de rationaler, der ligger bag familiernes oplevelse af, hvad en god og sikker fødsel er, adskiller sig fra de fagprofessionelles, og at der derfor er andre ting end sundhedsfaglige hensyn, der fylder i den enkelte familie. For de gravide er både de familiære, kulturelle, sociale, økonomiske og logistiske forhold i forbindelse med fødselsrejser også vigtige for følelsen af at være i et sikkert og trygt fødsels- og efterfødselsforløb.

Undersøgelsen viser også, at sammenligning med andre landes fødselsbetjening er vanskelig. Informanterne forholder sig alle til den konkrete fagstruktur og arbejdsdeling, der nu er i sundhedsvæsenet omkring fødsler. Denne struktur adskiller sig fra lande som for eksempel Canada, hvor også traditionen for jordemødre og deres rolle i sundhedsvæsenet er væsentlig forskellig. Derudover er det vigtigt at forholde sig til, at de gravide kvinder, der skal rejse for at føde her i landet, rejser til et andet sted i Grønland, det vil sige, de skal opholde sig på et fødested, hvor der er fælles kultur, præferencer for kost, og at der er mulighed for at kunne tale kalaallisut. De sproglige og kulturelle udfordringer, der ifølge andre studier kan være mellem øst- og vestgrønlandsk, er ikke trådt frem i interviewene med informanterne til denne undersøgelse. Det er dog yderst vigtigt, at de sundhedsfagprofessionelle indtænker og har viden om og respekt for de gravide familiers værdier, traditioner, normer og dialekter i fødselsomsorgen. En undersøgelse af brugernes perspektiv på sundhedsvæsenet i Grønland (Olesen et al. 2020) viser, at borgerne gerne vil involveres i udformningen af deres sundhedsvæsen, de efterspørger dialog, medansvar, inddragelse og et optimeret informationsniveau generelt.

Det moderne grønlandske sundhedsbegreb indeholder både en biomedicinsk forståelse af sundhed med fokus på tilstedeværelsen af risiko og sygdom og den holistiske forståelse indlejret i peqqinneq (Wistoft, 2012), hvorfor det er vigtigt at være opmærksom på, at befolkningen kan have et andet perspektiv på graviditet, fødsel og trivsel end den opfattelse, der er integreret i sundhedssystemet.

Konklusion

Undersøgelsens overordnede fund viser, at de gravide familier gerne vil føde så tæt på hjemmet som muligt, gerne i egen by, men at de samtidig ønsker, at der skal være et fødselsberedskab til stede, der hvor de føder. De fleste fagprofessionelles ønskescenarie, er at det skal være muligt at føde på de fem regionshospitaller og på sundhedscentret i Tasiilaq, men samtidig understreger de at det forudsætter et fødselsberedskab, der på nuværende tidspunkt er udfordret af bemandsituationen i sundhedsvæsenet. Ønsket begrundes ud fra hensynet til familiernes trivsel.

Undersøgelsen viser desuden, at det er relevant at se på fødselssituationen i et helhedsorienteret perspektiv, der medtager hele familiens situation. Herunder både økonomiske og praktiske forhold omkring fødslen og fødselsrejsen.

7. Udviklingsmuligheder

7.1 Overordnede udviklingsmuligheder

På baggrund af den kvalitative interviewundersøgelse fremkommer undersøgelsen med fire generelle forslag til udviklingsmuligheder for organiseringen af fødselsbetjeningen fremadrettet. Hvert forslag er uddybet nedenfor. Der hvor det giver mening, har vi kommenteret på sammenhængen med Sundhedskommissionens betænkning. De fire udviklingsforslag er:

Tabel 6. De fire overordnede udviklingsforslag udarbejdet på baggrund af undersøgelsens resultater.

Forslag til udviklingsmuligheder for fødselsbetjeningen	
1	Fra fødsel til fødesituation
2	Tilstræbe fast bemanning og beredskab på eksisterende fødesteder
3	Ansættelse af jordemødre på større sundhedscentre
4	Dialog på tværs af fagligheder og mere brugerinddragelse

1. Fra fødsel til fødesituation

Hele familien bliver berørt af en fødsel og særligt i de tilfælde, hvor den gravide skal rejse.

Det er derfor vigtigt at se på en fødsel, og særligt en fødselsrejse, som en situation, der påvirker hele familien både socialt og økonomisk.

For at øge fokus på hvordan både den gravide og familien påvirkes før, under og efter fødslen, kan man se på hvilke muligheder, der er for at øge dialogen mellem de sundhedsfaglige aktører, og hvis relevant, de kommunale aktører, der er omkring en gravid familie.

Det er vigtigt, at der i den forbindelse er en opmærksomhed på, at ellers sunde og velfungerende gravide familier kan blive sat i en sårbar position i forbindelse med en fødselsrejse.

Det er også vigtigt at have opmærksomhed på den ulighed, fødselsrejserne skaber blandt de rejsende familier.

2. Tilstræbe fast bemanning og beredskab på de eksisterende fødesteder

De skiftende ansættelser og vakante stillinger skaber utryghed for de øvrige medarbejdere på fødselsområdet. Som for sundhedsvæsenets øvrige opgaver anbefales det at tilstræbe fast bemanning og beredskab på de eksisterende fødesteder. Dette er i tråd med Sundhedskommissionens anbefalinger vedrørende rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedsvæsenet.

3. Ansættelse af jordemødre på de større sundhedscentre

Det anbefales, at der ansættes jordemødre på alle de større sundhedscentre i landet, hvor der på nuværende tidspunkt ikke er normeret jordemødre. Det gælder f.eks. Uummannaq, Upernavik og Maniitsoq. Dette vil give de gravide familier den mest optimale svangreomsorg og den mest kompetente visitation af potentielle risikogravide og fødende. Derudover vil jordemødrene kunne varetage den jordemoderfaglige omsorg ved akutte præmature fødsler. Dette emne er ikke konkret behandlet i Sundhedskommissionens betænkning.

4. Dialog på tværs af fagligheder og mere brugerinddragelse

De fagprofessionelle har forskellige perspektiver på sikkerheden for de fødende kvinder og deres børn. Der er for eksempel fagprofessionelle, der mener, at de kirurgiske beredskaber på regionshospitalet ikke kan give de fødende familier den sikkerhed, som de forventer. Andre mener, at der er brug for at gå i dialog med borgerne om, hvorvidt samfundet kan acceptere en jordemoderledet fødeklinik uden beredskab. Det anbefales derfor, at alle relevante faggrupper, herunder sygeplejersker, læger og jordemødre, er i løbende dialog med borgerne og de relevante politikere om, hvordan der kan skabes en sikker og acceptabel fødselsbetjening i Grønland.

Denne anbefaling er i tråd med Sundhedskommissionens anbefaling om øget brugerinddragelse og oprettelse af dialogfora med deltagelse fra såvel brugerne af sundhedsvæsenet som de sundhedsprofessionelle. I relation til fødselsbetjeningen betyder det konkret, at borgerne skal have viden om, hvad der er realistisk og muligt i forhold til landets fødesteder, herunder fordele, ulemper og konsekvenser ved de forskellige scenarier. På den baggrund vil borgerne være bedre rustet til at blive inddraget i diskussioner om fremtidens fødselsbetjening. Konkrete forslag til udformningen af dialogfora med borgere og fagpersoner i sundhedsvæsenet er også tidligere foreslået og beskrevet i undersøgelsen af borgernes oplevelse af sundhedsvæsenet fra 2020.

7.2 Udvikling af tryghedsskabende tiltag i forbindelse med fødselsrejsen

At rejse for at føde vil fortsat være en nødvendighed for en stor andel af de gravide familier, og hvis Sundhedskommissionens anbefalinger følges, vil andelen stige fremover. Derfor er det afgørende at forbedre forholdene omkring fødselsrejsen. De følgende seks forslag er meget konkrete og beskriver tiltag, der kan medvirke til, at de gravide familier oplever større tryghed ved fødselsrejser. Forslagene er udarbejdet på baggrund af den kvalitative interviewundersøgelse.

1. Ret til ledsager og indkvartering

- De gravide bør have mulighed for at få en betalt og indkvarteret ledsager med på fødselsrejsen, hvis de ønsker det. I tilfælde af, at der skulle opstå behov for akut at overflytte en gravid/fødende, bør det så vidt muligt også indtænkes at betale rejsemuligheder og indkvartering for ledsageren. Fordi det ikke er en rettighed, har forskellige familier på nuværende tidspunkt forskellige muligheder. For eksempel kan medlemmer af SIK få betalt rejse for far og medfølgende børn under 18 år, men dette gælder ikke for borgere, der ikke er medlemmer <https://sik.gl/da/vordende-faedre/>

2. Lufthavnsfaciliteter

- Der er behov for ordentlige ventefaciliteter på alle landets lufthavne, så de nybagte forældre kan få ro og hvile ved transitophold. Dette er særligt en mangel i Narsarsuaq.
- Der er behov for, at alle, der rejser for at føde, kan få udleveret 'blepakker' med et nødvendigt indhold af bleer, tøj og pusleremedier til spædbarnet under transitophold.
- Der er behov for at tildele et hotelværelse til mor og det nyfødte barn ved transitophold på mere end 6 timer.
- Muligheden for at veje bagage ind og tjekke ind til flyrejsen på regionshospitalerne i forbindelse med hjemrejsen bør undersøges. Alternativt er der behov for at tilbyde mor og nyfødt hjælp til tjek-ind i forbindelse med hjemrejsen.

3. Genindførelse af diæter

- Diæter for de gravide rejsende bør genindføres, så de selv kan købe ind og lave mad på patienthotellerne. Alternativt kan man sikre udbringning af mad til eller adgang til kantine for patienthotellerne.

4. Digitale fødsler

- Godt og sikkert telemedicinsk udstyr på alle landets fødesteder kan give familien derhjemme mulighed for at følge med i fødslen, hvis den gravide føder væk fra egen by.
- Kompetenceudvikling blandt jordemødre/sygeplejersker i kommunikation med familien via digitale medier kan øge trygheden omkring telemedicinske løsninger omkring fødslen.

5. Handleplaner for sårbare familier

- For familier i en sårbar position skal der på baggrund af familiens behov udarbejdes en handleplan, der tydeliggør ansvarsfordeling og konkrete arbejdsopgaver mellem hjemkommunen, fødekommunen og sundhedsvæsenet.

6. Jordemoder på patienthotellet i Nuuk

- Ansættelse af en fast jordemoder på patienthotellet i Nuuk kan medvirke til at højne de gravide familiers oplevelse af tryghed og kontinuitet på fødselsrejsen, fordi jordemoderen ville kunne varetage alle konsultationer og andre jordemoderfaglige opgaver direkte på patienthotellet.

Referencer

- Bjerregaard, P. (1985). Mortality studies in Greenland. Regional differences in alcohol related deaths and infant mortality. *Arctic Medical Research* 40, 69-74.
- Bjerregaard, P. (1986). Infant mortality in Greenland. *Arctic Medical Research*, 42, 10-17.
- Bjerregaard, P., Kristensen, L., Olesen, I., & Secher, N. (2012). *Evaluering af de perinatale retningslinier. Rapport til Departementet for Sundhed, Grønlands Selvstyre*. Retrieved from
- Bjerregaard, P., & Misfeldt, J. (1992). Infant mortality in Greenland: Secular trend and regional variation. *Arctic Medical Research*(51), 126-135.
- Bjerregaard, P., Misfeldt, J., Kern, P., & Nielsen, I. (1994). *Toppen af isfjeldet. Børnedødsfald i Grønland 1987-1991 [Infant mortality in Greenland, 1987-1991]*. Retrieved from
- Bjerregaard, P., & Olesen, I. (2010). Giving birth in Greenland: secular change in acceptance of hospital deliveries. (2242-3982 (Electronic)).
- Bjerregaard P., Svartá L. D., Larsen Christina L. V. C. Social ulighed i sundhed
Temarapport fra Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Elektronisk udgave: ISBN 978-87 7899-589-6 ISSN 1601-7765
- Chamberlain, M., & Barclay, K. (2000). Psychosocial costs of transferring indigenous women from their community for birth. *Midwifery*, 16(2), 116-122. doi:10.1054/midw.1999.0202
- Cidro, J., Bach, R., & Frohlick, S. (2020). Canada's forced birth travel: towards feminist indigenous reproductive mobilities. *Mobilities*, 15(2), 173-187. doi:10.1080/17450101.2020.1730611
- Douglas, V. K. (2006). Childbirth among the Canadian Inuit: a review of the clinical and cultural literature. *Int J Circumpolar Health*, 65(2), 117-132. doi:10.3402/ijch.v65i2.18087
- Friborg, J., Koch, A., Stenz, F., Wohlfahrt, J., & Melbye, M. (2004). A population-based registry study of infant mortality in the Arctic: Greenland and Denmark, 1973-1997. *Am J Public Health*, 94(3), 452-457. doi:10.2105/ajph.94.3.452
- Fletcher, C., Riva, M., Lyonnais, M.-C., Saunders, I., Baron, A., Lynch, M. & Baron, M. 2021. Definition of an inuit cultural model and social determinants of health for Nunavik. Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
- Grønlands Statistik. (2023). Antal levendefødte efter moders bopælsdistrikt og tid. Retrieved from https://bank.stat.gl/pxweb/da/Greenland/Greenland_BE_BE10_BE1001_BE100120/BEXBBL3.PX/table/tableViewLayout1/

- Hayward, A., & Cidro, J. (2021). Indigenous Birth as Ceremony and a Human Right. *Health Hum Rights*, 23(1), 213-224.
- Healey G., Tagak A. PILIRIQATIGIINNIQ 'Working in a collaborative way for the common good': A perspective on the space where health research methodology and Inuit epistemology come together. *International Journal of Critical Indigenous Studies*. V.7, number 1. 2014
- Houd, S., Sørensen, H. C. F., Clausen, J. A., & Maimburg, R. D. (2022). Giving birth in rural Arctic Greenland results from an Eastern Greenlandic birth cohort. *International Journal of Circumpolar Health*, 81(1), 2091214. doi:10.1080/22423982.2022.2091214
- Jordemoderforeningen. (2007). Centraliseringen svigter familien. Retrieved from <https://jordemoderforeningen.dk/tidsskriftsartikel/centralisering-svigter-familien/>
- Kornelsen, J., Kotaska, A., Waterfall, P., Willie, L., & Wilson, D. (2010). The geography of belonging: the experience of birthing at home for First Nations women. *Health Place*, 16(4), 638-645. doi:10.1016/j.healthplace.2010.02.001
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009. Interview. Introduktion til et håndværk., Hans Reitzel Forlag
- Landslægeembedet. (2019). *Landslægeembedets notat om fødsler i Grønland, 2018*. Retrieved from https://www.nun.gl/nyheder/2020/01/foedsler-i-2018?sc_lang=da
- Landslægeembedet. (2020). *Landslægeembedets notat om fødsler i Grønland, 2019*. Retrieved from https://nun.gl/emner/udgivelser/aarsberetninger/sundhedsfaglige_notater_vedroerende_2019?sc_lang=da
- Landslægeembedet (2023) . Fødsler i Grønland 2020 - 2021. Naalakkersuisut 2023
- Lawford, K. M., Giles, A. R., & Bourgeault, I. L. (2018). Canada's evacuation policy for pregnant First Nations women: Resignation, resilience, and resistance. *Women Birth*, 31(6), 479-488. doi:10.1016/j.wombi.2018.01.009
- Lee E., Gudmundson B. & Lavoie J. G. (2022) Returning childbirth to Inuit communities in the Canadian Arctic, *Int J Circumpolar Health*. 2022 Dec;81(1):2071410
- Montgomery-Andersen, R. (2013). *Faces of Childbirth : The Culture of Birth and the Health of the Greenlandic Perinatal Family*. (Doctoral thesis, comprehensive summary). Nordic School of Public Health NHV Göteborg, Sweden, Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:norden:org:diva-3781> DiVA database. (NHV Report 2013:4)
- Montgomery-Andersen, R., Douglas, V., & Borup, I. (2013). Literature review: the 'logics' of birth settings in Arctic Greenland. *Midwifery*, 29(11), e79-88. doi:10.1016/j.midw.2013.06.014

- Montgomery-Andersen, R., Willen, H., & Borup, I. (2010). 'There was no other way things could have been.' Greenlandic women's experiences of referral and transfer during pregnancy. *Anthropol Med*, 17(3), 301-313. doi:10.1080/13648470.2010.526696
- Naalakkersuisut. (2021). *Koalitionsaftale - Solidaritet, Stabilitet, Vækst*. Retrieved from https://ia.gl/wp-content/uploads/2021/04/koalitionsaftale_DA.pdf
- Naalakkersuisut. (2023) Sundhedskommissionens betænkning Maj 2023 Vores sundhedsvæsen – vores fælles ansvar
- O'Driscoll, T., Kelly, L., Payne, L., St Pierre-Hansen, N., Cromarty, H., Minty, B., & Linkewich, B. (2011). Delivering away from home: the perinatal experiences of First Nations women in northwestern Ontario. *Can J Rural Med*, 16(4), 126-130.
- Obstetricians, T. S. o., & Gynaecologists of Canada. (2010). Returning Birth to Aboriginal, Rural, and Remote Communities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(12), 1186-1188. Retrieved from <https://www.pregnancyinfo.ca/wp-content/uploads/2017/04/Returning-Birth-to-Aboriginal-Rural-and-Remote-Communities-.pdf>
- Olesen, I., Hansen, N. L., Ingemann, C., Lundblad A. & LARSEN, C. V. L. 2020. Brugernes oplevelse af det grønlandske sundhedsvæsen - En pilotundersøgelse. SDU 2020
- Persson G., Kern P. (2004) Reorganization of perinatal care in Greenland. *International Journal of Circumpolar Health*, 63:sup2, 397-398, DOI: 10.3402/ijch.v63i0.17943
- Peqqik. (2020). Hvor skal vi føde? Retrieved from https://www.peqqik.gl/Emner/Gravid/Foedsel?sc_lang=da-DK
- Silver, H., Sarmiento, I., Pimentel, J. P., Budgell, R., Cockcroft, A., Vang, Z. M., & Andersson, N. (2022). Childbirth evacuation among rural and remote Indigenous communities in Canada: A scoping review. *Women Birth*, 35(1), 11-22. doi:10.1016/j.wombi.2021.03.003
- Reimer Tróndheim, G. A. 2012. Den moderne grønlandske familie. *Tidsskrift for forskning, fagkritik og teoretisk debat*
- Van Wagner, V., Epoo, B., Nastapoka, J., & Harney, E. (2007). Reclaiming birth, health, and community: midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *J Midwifery Womens Health*, 52(4), 384-391. doi:10.1016/j.jmwh.2007.03.025
- Wistoft, K. 2009. *Sundhedspædagogik - viden og værdier*, Hans Reitzels Forlag
- Wistoft, K. 2012. *Værdier og mening med sundhed* In: Simovska, V. & Jensen, J. M. (eds.) *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme*. Gads Forlag.
- Aaen-Larsen, B., & Bjerregaard, P. (2003). Changes in causes of death and mortality rates among children in Greenland from 1987 - 91 to 1992 - 99. *Scand J Public Health*, 31(3), 187-193. doi:10.1080/14034940210134068



Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.

Henvisnings- og visitationsretningslinjer for gravide i Det Grønlandske Sundhedsvæsen



- 1) Baggrund
- 2) Principper
- 3) Henvisning
 - 3.1) Obstetrisk anamnese
 - 3.2) Tilstande opstået før graviditet
 - 3.3) Tilstande under nuværende graviditet
- 4) Der skal altid konfereres med vagthavende obstetriker ved
- 5) Henvisningsprocedurer
- 6) Øvrigt
 - 6.1) Fravalg af fødested
 - 6.2) Information fra tidligere graviditet og fødsel

1) Baggrund

I Grønland har man på grund af den høje perinatale mortalitet og komplikationer efter graviditet/fødsel, besluttet at intensivere den perinatale indsats. Norge, der har en udkants problematik sammenlignelig med den grønlandske med langt til specialafdelinger, indførte en stram visitationspolitik i begyndelsen af 90'erne og har fået særdeles gode resultater.

På baggrund af disse erfaringer, er det besluttet at skærpe visitationspolitikken i Grønland.

Da der er betydelige problemer ved henvisning af 1. gangs gravide er disse, i modsætning til norske principper, ikke medtaget som risikopatienter. Der findes ingen data fra Grønland for at de skulle udgøre en risikogruppe.

2) Principper

Udenfor centre med døgnberedskab for jordemødre, obstetrikere og anæstesiologer anbefales det, at der stiles mod en absolut normal fødsel.

For fødsler på lokalt niveau forudsættes:

- at der er en faglig forsvarlig dækning på planlagte fødested, dvs. fornødne kirurgiske-, anæstesiologiske-, jordemoder- og laboratorie-kompetencer. Døgnberedskab betyder at der er mindst en jordemoder og en kirurgisk læge der har tilkald alle døgnets timer, således at der kan varetages akutte operationer. Det skal også være muligt at kalde anæstesipersonale til stedet.
- at tidligere fødsler er forløbet uden komplikationer eller indgreb (der ses bort fra tidligere præmature fødsler, der i øvrigt er forløbet normalt. De bør konfereres tidligt i graviditeten og følges tæt)

- at svangrekontroller ikke har givet anledning til at forvente komplikationer ved fødslen
- at der er sikker termin, og at fødslen finder sted efter 36+0
- at der kun er et foster i hovedstilling
- at fødslen starter spontant

3) Henvisning

Aetas eller andre indikationer for henvisning til prænatal diagnostik, skal udarbejdes efter scanning senest ved udgangen af GA 12.

3.1) Obstetrisk anamnese

- > 5. para (gravid som venter sit 6. barn)
- > 50% spontane aborter (af ønskede graviditeter)
- Tidligere dødfødsel eller neonatal død
- Tidligere besværlig, og/eller kompliceret fødsel eller abnorm langvarig fødsel
- Tidligere vacuumextraction som følge af dystoci.
- Tidligere tangforløsning eller sectio
- Tidligere retentio placenta
- Tidligere IUGR-barn (konfereres i GA28+ mhp. vægtskontrol)
- Tidligere makrosomi-barn (> 4500 g.)
- Tidl. PPH >1000 ml
- Ved Tidl. præterm fødsel skal der konfereres med bagvagt på DIH efter terminskanning i uge 16. Her udarbejdes en individuel plan om hvordan kontroller skal forløbe (f.eks. cervixskanning, cerclage, eller evt. overflytning inden GA 37)

3.2) Tilstande opstået før graviditet

- Førstegangsfødende < 16 år på terminsdatoen (ledsagers navn bør også stå på henvisningen).
- Førstegangsfødende > 35 år ved undfangelsestidspunktet
- Svær overvægt:
 - BMI 30 – 35 gives der intensiv kostvejledning.
 - BMI 36 – 40 konfereres med DIH per mail ift. henvisning til fødsel.
 - BMI > 40 henvises altid til fødsel på DIH.
- Svær undervægt (Prægravid BMI <18 eller betydeligt vægttab under graviditeten)
- Statura parva (< 145 cm eller for førstegangsfødende <150cm)
- Kendte uterinanomalier herunder fibromer og vaginal septum
- Tidligere uterine operationer (sectio, myomfjernelse o.l.)
- Tidligere vaginal-, vulva-, perineal- og anal- samt incontinensoperation
- Diabetes mellitus
- Essentiel hypertension
- Nyresygdomme med eller uden hypertension
- Andre betydelige medicinske sygdomme
- Andre betydelige psykiske sygdomme (Se under pkt. 6: 1*)

3.3) Tilstande under nuværende graviditet

- Præeklampsi eller gestationel hypertension
- Truende præmatur fødsel eller primær vandafgang før GA 36+0
- IUGR

- Flerfoldsgraviditet (i henvisning bør også stå ledsagers navn)
- Abnorme fosterstillinger efter GA 37+0
- Anæmi (hæmoglobin < 6,0) – konfereres med vagthavende obstetrisk overlæge på DIH
- Overbårenhed (Ved GA 41+0 rettes henvendelse til vagthavende obstetrisk overlæge på DIH mhp. overflytning omkring GA 41+2 til DIH for tilbud om igangsættelse)
- Oligohydramnios/Polyhydramnios. Ved mistanke om en af disse, konfereres med obstetrisk overlæge på DIH. Oligohydramnios følges hvis muligt med flowmåling og CTG kontrol, hvor polyhydramnios skal undersøges for GDM samt have taget TORCH-prøver.
- Tilstedeværelse af Rhesus- eller irregulære antistoffer, der kan give erythroblastose
- Gestationel diabetes mellitus uanset type henvises til fødsel på DIH:
 - Diæt-behandlet GDM
 - Insulinkrævende GDM
- Betydelige psykiske sygdomme (Se under pkt. 6: 1*) eller aktuell behandling med antidepressiva.
- Væsentlig utryghed ved planlagte fødested

4) Der skal altid konfereres med vagthavende obstetrikere ved

- Vandafgang >18 timer. Konfereres omkring antibiotika efter 18 timer, uanset om kvinden har veer eller ej. Ved PROM bør evt. overflytning konfereres senest 36 timer efter VA.
- Mekoniumfarvet fostervand
- Afvigelse i normalt fødselsforløb (manglende fremgang eller andre komplikationer)

5) Henvisningsprocedurer

Ved første svangreundersøgelse udfyldes notat "Første svangrekonsultation" samt journaltabellen "Perinatal journalen". I Sundhedscentre, hvor Cosmic ej benyttes skal notatet "Første svangrekonsultation" alligevel udfyldes - evt. af jordemoder via Skype.

Hvis tidligere fødsler ikke har fundet sted på sygehuset/i distriktet rekvireres relevante fødejournaler og epikriser.

Ved første svangrekonsultation gennemgås det eksisterende journal-materiale. Såvel ambulans som indlæggelsesjournal samt fødejournaler fra tidligere forløb skal være tilgængelige.

Der konfereres efterfølgende lokalt og eventuelt med specialafdelingen om relevante tidlige screenings- og eller behandlingstiltag som eksempelvis cerclage-anlæggelse eller henvisning til amniocentese.

Risikofaktorer vurderes - og der udfærdiges om fornødent henvisning efter gældende regelsæt.

Inden GA 17+0, hvor BPD er målt og terminen konfirmeret fremsendes henvisning i Cosmic med samtlige relevante oplysninger.

Ved indikation for amniocentese eller cerclage, henvises patienten i GA 12+, efter der ved UL er bekræftet et levende foster og **terminen er fastlagt**.

6) Øvrigt

1* Alle henvisninger af gravide kvinder til DIH på psykiatrisk indikation, drøftes med overlægen på psykiatrisk afdeling og vil efter henvisning blive tilset af psykiater.

Ønsker patienten ikke at modtage tilbud om anbefalet fødested udfyldes og underskrives "[Samtykkeerklæring](#)" som lægges ind i Cosmic (se vedhæftede bilag), så tidligt som muligt og senest i GA 37+3.

6.1) Fravalg af fødested

Se vedhæftede bilag, som skal udfyldes og underskrives.

6.2) Information fra tidligere graviditet og fødsel

Hvis kvinden har født tidligere, og oplysningerne i journalen enten er utilstrækkelige eller fraværende, kan følgende [blanket](#) bruges for at indhente oplysninger vedr. kvindens tidligere graviditet og fødsel.

Søgeord

henvisning, visitation, gravid, fødested, fravalg, para, dødfødsel, foetus mors, fm, kompl., kompliceret, vacuum, kop, tang, sectio, retentio, iugr, magnus, pph, præterm, bmi, undervægt, alder, statura parva, uterin, diabetes, hypertension, præeklampsi, pe, præmatur, vandafgang, flerfold, gemelli, anæmi, overbåren, oligo, poly, rhesus, gdm, rekv, rekvirering, tidligere fødsel, tidligere journal, samtykke

Fravalg af fødested, KAL + DK
2, Samtykke om rekvirering af
journal



Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.

Svangreomsorgen i Grønland



- 1) Formål
- 2) Ansvar
- 3) Målgruppe
- 4) Fremgangsmåde
- 5) Kosttilskud under graviditeten
- 6) Dokumentation

1) Formål

At fastlægge et minimumsniveau for svangre omsorgen i Grønland og beskrive en mulig model herfor.

2) Ansvar

Regionsledelsen har ansvaret for:

- At svangre omsorgen i den enkelte region lever op til minimumsniveauet.
- At udarbejde lokale retningslinjer der sikrer og beskriver dette - med udgangspunkt i den beskrevne mulige model.
- At vurdere og sikre kompetenceniveauet.

3) Målgruppe

Alle ansatte i SHV, der er involveret i svangreomsorgen.

4) Fremgangsmåde

Alle gravide i Grønland skal som minimum fysisk ses af en jordemoder eller anden kompetent fagperson 3 gange i graviditeten før den gravide ankommer til fødestedet.

Første gang

Undersøgelsen er med henblik på risikoopsporing.

Undersøgelsen skal ske senest i uge 11+6 eller snarest efter, at patienten har henvendt sig.

1. undersøgelse kan som den eneste foretages via Skype/Pipaluk med jordemoder i regionen.

- Notatet "Første svangrekonsultation" udfyldes i Cosmic.
- OBS Kosttilskud afsnit 4.
- CFG + PCCB: Ved 1. svangrekonsultation ses om CFG/PCCB status er kendt (www.greengene.dk) - hvis ikke tages prøve, jf. instruks: Cholestasis Familiaris Groenlandica (CFG) og Proprionsyreami (PCCB) - SHV.

Anden gang

Andet trimester.

Ved kontrollen undersøges - **Se alle kontroller**

Tredje gang

Tredje trimester dog senest i GA 36+0.

Ved kontrollen undersøges - **Se alle kontroller**

Alle kontroller

*) Ved alle svangrekontroller undersøges: vægt, BT, U-ASLN - samt efter GA 22+0: uterus størrelse (evt. form), SF-mål, FHR, fosterstilling, stand, vægt og tilvækst.

Svangreomsorgen og antal kontroller mv. skal altid tage udgangspunkt i den individuelle patient.

Nedenstående skema beskriver en mulig model:

UGE	Sundhedscentre	Regionssygehuse (inkl. Tasiilaq)	Anbefalede undersøgelser *)	
			Alle	Risikogravide
6-10	J (via Skype)	J	Blodprøver (BCC: "1. graviditetsundersøgelse-Rutine") indeholder: P-HBsAg (Hepatitis B), arb.k + B-HBA1c, ny-HBA1c(IFCC), stoffr. + B- ("Estimated Average Glucose, eAG"), stof + Erc(B)-Type (ABO+Rh) + P-Erytr.(ej ABO) antistof, taxon37° + Treponema-Ab + Anti-HIV, arb.k + B-Hæmoglobin + P-HCG + β kæde, arb.stofk. + P-Dvit-25-OH-D Urin undersøges for GK + CHL Bestil CFG + PCCB på indikation	Ved tidl. PE: Acetylsalisylsyre 150mg/dgl (Hjertemagnyl), så tidligt som muligt, dog senest opstartet i GA20. Ved tidl. præterm fødsel: Bookes v. læge til cervixscanning i GA 24. Gemelli: se særskilt retningslinje for scanningstider.
12	J / L	J	Faderskabssag MANU Ved dobbeltindikation for diabetes: book OGTT i GA18	Ved indikation for amniocentese/cerclage: scannes ved udgangen af GA 12 og henvisning til DIH.
16	J	J	ULS (terminsbestemmelse)	Henvises til fødsel på DIH efter ULS.

22	J / L	J	Svangerskabsattest Ved indikation for diabetes: book OGTT i GA 28+.	
28 (GA26+0 til GA30+0)	J / L	J	BP (BCC: "Uge 28.Rutine") indeholder: B-Hæmoglobin + Erc(B)-Type (ABO+Rh) + P-Erytr.(ej ABO) antistof,taxon37° + Treponema pallidum Syfilis screen +Anti-HIV,arb.k + P-HBsAg (Hepatitis B),arb.k + P-Dvit-25-OH-D Urin undersøges for GK + CHL Anti-D (efter rutine BP'er til Rhesus D-negative gravide)	
32 (GA30+0 til GA34+0)	J / L	J	Se BP-svar: øge hgb tilskud? Vejl. i anticonception	
36	J / L	J		
38	J	J	Forventes at være på fødested senest i GA37+3.	
40	J	J		
41	J	J	GA 41+0: scanning mhp. vurdering af fostervandsmængde. Tilbud om hindeløsning. Tilbud om igangsættelse på DIH. Konf. med DIH ved GA 41+0 og overflyttes omkring GA 41+2.	
Partus			Anti-D til Rhesus D-negative gravide.	
Ved udskrivelsen	L	J	GU på indikation Vejl. i anticonception Hgb på indikation	Ved kompliceret forløb skal der foreligge plan

				for evt kommende graviditet
8 uger p.p.	L (Kan uddelegeres)	L (Kan uddelegeres)	GU på indikation Vejl. i anticonception	
Barn			Tilbydes vaccination mod BCG + hep.B 48-72timer: PKU + hørescreening	Uman Big (180IE) til børn født af kronisk Hep.B.-mødre

J = Jordemoder (autoriseret) / fødselsassistent / eller anden kompetent fagperson

L = Læge

P.p. = Post partum

5) Kosttilskud under graviditeten

Der udleveres følgende kosttilskud ved 1. svangrekonsultation:

- Folinsyre à 0,4 mg daglig (frem til GA 12+0)
- Multivitamin 1 tbl. daglig
- Kalk 800 mg daglig
- Jern à 40 mg daglig fra 10. graviditetsuge (GA 9+0)
- Evt. tilskud af D-vitamin 35 mikrogram (referenceinterval > 50nmol)

6) Dokumentation

Svangreundersøgelser og kontroller journalføres i Cosmic.

Ved første graviditetsundersøgelse **skal** notatet "Første svangrekonsultation" udfyldes i Cosmic. Dette gælder også de sundhedscentre hvor Cosmic ikke anvendes i det daglige kliniske arbejde.

Regionsledelsen skal løbende sikre, et opdateret skema ("Indskrevne Gravide") for regionens gravide. Denne liste sendes hvert år i januar til den ledende jordemoder og overlæge med landsdækkende ansvar for obstetrik. Den indsendes sammen med en årlig statistik for fødslerne i regionen, og skal som minimum indeholde statistik over nedenstående:

- Antal fødsler
- Sectio
- Vacuum
- Præterm fødsel
- PPH
- Anæstesiologisk assistance
- Lægelig(kirurgisk) assistance
- Perinatale dødsfald
- Antal børn med Apgar < 5 efter 5 minutter

Perinatal audit

Føde-jordemoderen har ved perinatalt dødsfald og ved fødsel af barn med Apgar < 5 efter 5 minutter, ansvaret for, at tilfældet indberettes til den ledende jordemoder/obstetriker.

1 gang årligt afholdes perinatal audit i et forum bestående af ledende jordemoder, overlæge med landsdækkende ansvar for obstetrik, pædiater samt repræsentanter fra regionerne. På mødet gennemgås årets perinatale dødsfald og årets asfyksi tilfælde.

Den ledende jordemoder/obstetriker har ansvaret for indkaldelse til dette møde.

Skema for årlig fødselsindberetning.

Skema for Registrering af forventede fødsler.

Søgeord

svangreundersøgelser, svangre, jordemoderundersøgelser, omsorg, obstetrik, gravid

 Bilag: Registrering af forventede fødsler_1.xls (xls)

 Bilag: Årlig fødselsindberetning.xlsx (xlsx)

Registrering af forventede fødsler_1.xls

Årlig fødselsindberetning.xlsx