

# Fødeklinikker tilknyttet hospitalsafdelinger i Danmark, 1984 - 2012

Jordemoderforeningen, august 2018

## Indholdsfortegnelse

<b>INDHOLDSFORTEGNELSE.....</b>	<b>1</b>
<b>INDLEDNING .....</b>	<b>2</b>
<b>RESUMÉ .....</b>	<b>4</b>
<b>ABC-KLINIKKEN PÅ GLOSTRUP SYGEHUS, 1984-2003 .....</b>	<b>7</b>
<b>FØDEKLINIKKEN PÅ RIGSHOSPITALET, 1993 - 2000 .....</b>	<b>10</b>
<b>FØDEKLINIKKEN PÅ HERLEV SYGEHUS, 1994 - 2004 .....</b>	<b>13</b>
<b>FØDEKLINIKKEN PÅ GENTOFTE SYGEHUS, 1996 - 2004.....</b>	<b>16</b>
<b>FØDEKLINIKKEN PÅ HVIDOVRE HOSPITAL, 1997 - 2012 .....</b>	<b>19</b>

*Rapporten er udarbejdet af:*

*Ingelise Andersen, ledende cheffjordemoder på Sjællands Universitetshospital, Roskilde (tidligere cheffjordemoder på Glostrup Hospital) i samarbejde med forsknings- og udviklingskonsulent i Jordemoderforeningen Anne-Mette Schroll.*

## Indledning

I 2016 steg fødselstallet markant efter i en længere årrække at have ligget på et forholdsvist lavt niveau. Samtidig med det stigende fødselstal forudsagde fremskrivninger fra Danmarks Statistik, at antallet af fødsler ville stige med mere end 20 procent over det efterfølgende årti.

Nye supersygehuse skyder i disse år op, men det vurderes, at antallet af fødestuer ikke er dimensioneret til at kunne varetage den forventede markante stigning i antallet af fødsler, samtidig med den stigende kompleksitet i fødslerne.

Som følge heraf skulle der tænkes i nye måder at håndtere stigningen på. Debatten om etablering af fødeklinikker havde verseret igennem længere tid, men blussede op i 2017 med mange meninger for og imod. Debatten forblev aktuell som følge af hyppig forekomst af overbelægninger og overflytninger, især i Region Hovedstadens regi.

Fødeklinikker er ikke et nyt fænomen. De har eksisteret fra 1940'erne og fremefter hvor antallet er vokset i takt med, at hospitaliseringen af fødsler steg. I slutningen af 1970'erne og begyndelsen af 1980'erne blev de private fritliggende fødeklinikker dog lukket, én efter én.

I 1980'erne, i det daværende Københavns Amt og Københavns Kommune, etablerede man i slutningen af årtiet en række fødeklinikker, der var tilknyttet hospitalerne i direkte fysisk forbindelse. Klinikkerne eksisterede i de følgende godt 20 år, men lukkede alle ned, én efter én. De præcise årsager til, at man valgte at lukke klinikkerne synes ikke at være nedfældet, således at man kan indhente oplysninger herom. Dette har givet anledning til mange gisninger omkring fødeklinikkernes udvikling - og årsagerne til deres lukning.

Tiden omkring fødeklinikkernes eksistens er også præget af, at man ikke i så høj grad som i dag dokumenterede alle detaljer af både organisatorisk og faglig karakter. Et studie, som Ugeskrift for Læger bragte i 1989, har dog analyseret 509 fødsler fra Glostrup Hospital, da fødeklinikken her havde eksisteret i  $\frac{3}{4}$  år<sup>1</sup>. Materialet er småt, men man konkluderer, at det er '...

*bemærkelsesværdigt, at man på klinikken har foretaget signifikant færre tidlige hindsprængninger, og at behovet for medikamentel vestimulation har været signifikant lavere, uden at dette har resulteret i signifikante forskelle i fødslernes varighed eller i selve fødselsmåden' (p 11).*

Der synes dog generelt at være yderst sparsom viden om, hvad klinikkerne havde af betydning både ud fra et fagligt-, et brugerorienteret-, og et organisatorisk perspektiv.

Jordemoderforeningen har ønsket at kortlægge disse fødeklinikkers historie, og har i den forbindelse taget kontakt til en række af de jordemødre, der var dybt involveret i etableringen og i driften af fødeklinikkerne.

Denne rapport omhandler udelukkende fødeklinikker, der geografisk lå placeret på et hospital.

---

<sup>1</sup> Artiklen er gengivet i Tidsskrift for Jordemødre, nummer 7, juli 1989, 99. årgang, p 7-11

Følgende rapport er baseret på interviews ud fra en fastlagt spørgeguide. Initialt er de individuelle fødeklitters udvikling og afvikling beskrevet i et samlet resumé, afslutningsvist findes en beskrivelse af hver enkelt fødeklikker.

Jordemoderforeningen vil gerne takke følgende jordemødre for deres bidrag til rapporten:

*Ingelise Andersen*

*Birthe Haslund*

*Dorthe Taxbøl*

*Birgit Zwicky*

*Elisabeth Feder*

*Vibeke Weirum*

*Randi Iversen*

## Resumé

De private fødeklinikker, der åbnede fra 1940'erne lukkede over en årrække, den sidste i 29. december 1983. Lukningen af fødeklinikken gik ikke ubemærket for sig, og efterfølgende anbefalede man fra Sundhedsstyrelsens regi, i 'Retningslinjer for svangerskabshygiejne og fødselshjælp' fra marts 1985, at kvinder skulle kunne tilbydes mulighed for at føde på et fødeklinikafsnit, der lå i fysisk relation til specialafdelingerne. Det anføres, at funktionen på disse afsnit, der også blev kaldt ABC-afsnit (Alternative Birth Care), kunne beskrives som 'hjemmefødsel på specialafdeling' (p. 14).

Det anføres yderligere, at:

*'... afsnittet bør være placeret i samme bygning som specialafdelingen, bedst i dens umiddelbare nærhed, men man søger at undgå institutionspræget derved, at lokalerne indrettes på en måde, der i størst muligt udstrækning efterligner hjemlige forhold. I tilfælde af komplikationer kan den fødende umiddelbart flyttes til specialafdeling'.*

Foruden at rumme fødestuer, skulle kvinderne også tilbydes barselophold på barselstuer i geografisk samme område som fødeklinikkerne.

På hospitalerne i og omkring København tog man i de efterfølgende år ideen om fødeklinikker til sig – formentligt også understøttet af reaktioner fra borgerne som følge af nedlukning af de private fødeklinikker. Fem offentlige fødeklinikker åbnede i årene 1984 – 1997 i det daværende Københavns Amt og i Københavns Kommune/Hovedstadens Sygehusfællesskab. Landets øvrige amter åbnede ikke klinikker med denne konstruktion.

Bag åbningen af klinikkerne lå et ønske om at give kvinderne mulighed for i højere grad selv at kunne vælge, hvor de ønskede at føde. Øget viden om betydningen af tid, ro og faglig kontinuitet for fødselens forløb og for begrænsning i antallet af indgreb var også baggrund for åbning af klinikker. Fødeklinikkerne skulle skabe et trykt fødemiljø, hvor kvinden og hendes partner var i fokus og gøre fødslen så naturlig som mulig.

Et yderligere incitament for etableringen af klinikkerne var, at fødselstallet steg i denne periode, hvorfor man havde brug for flere fødestuer. Man vurderede i denne proces, at man kunne spare penge ved at etablere fødeklinikkerne: *'Fødsel på ABC-klinik er en økonomisk god løsning, og ikke kun et middel til at sikre gode fødsler og tilfredse familier'* udtalte daværende sundhedsminister Ester Larsen i 1992 i forbindelse med en prisoverrækkelse fra fonden 'En god start i livet'<sup>2</sup>.

Etableringen af den første fødeklinik påbegyndtes allerede i 1982-1983 (Glostrup), og de andre fødeklinikker fulgte efter - næsten 10 år senere. Flere steder var etableringen forudgået af diskussioner for og imod. Både blandt læger, jordemødre og sygeplejersker var der modstand mod klinikkerne. Lægerne gav udtryk for, at de havde svært ved at se den faglige begrundelse for klinikkerne, og blandt jordemødrene blev der rapporteret om utryghed ved det ukendte. Men

---

<sup>2</sup> 'Tidsskrift for jordemødre', nummer 10, 102. årgang, oktober 1992, p 7

klinikkerne blev også oplevet som en gevinst, både i forhold til stor patienttilfredshed og i forhold til lettere at kunne rekruttere jordemødre, fordi arbejdet på fødeklinikken også blev betragtet som et attraktivt arbejde.

En del af den erfaring, man gjorde sig undervejs - især i etableringsfasen - tog afsæt i vigtigheden af at involvere alle relevante faggrupper. På et af fødestederne følte supporterende faggrupper som lægesekretærer, portører og sygeplejersker ikke, at de i tilstrækkelig grad var involveret og normeret til fødeklinikens arbejde, endskønt fødeklinikken ikke medførte øget aktivitet for de pågældende personalegrupper.

Organisatorisk var den første klinik umiddelbart ledet af en overjordemoder, som refererede til amtsjordemoderen. Ved senere omlægning og indførelse af afdelingsledelser, som inkluderede en chefjordemoder, ændredes stillingsbetegnelsen for klinikens leder sig til vicechefjordemoder (ledere, som på tidspunktet for omlægningen var ansat som overjordemødre, forblev dog overjordemødre) Vicechefjordemoderen refererede til afdelingsledelsen.

En enkelt klinik oplevede i en periode over et år at fungere som en selvstændig enhed, hvilket gjorde beslutningsgangen nemmere. Men efter et år blev også denne fødeklinik underlagt fødegangen.

Frasat to hospitaler, hvor fødeklinikken var placeret på en anden etage end specialafdelingen, var alle klinikkerne placeret i umiddelbar nærhed til fødegangen. Dermed kunne en overflytning af den fødende kvinde foregå hurtigt og lempeligt. Overflytning mellem etagerne på de førstnævnte fødesteder vurderedes dog også at kunne foregå hurtigt.

Hver fødeklinik bestod af et par fødestuer og et antal barselstuer. På de fleste fødeklinikker lå kvinderne på enten to- eller firesengsstuer (heri var ikke medregnet de nyfødte børn). I det omfang det var muligt tilbød man manden overnatning. En enkel fødeklinik var etableret med fokus på, at partneren eller et andet nærtstående familiemedlem var medindlagt. Et tilbud, der efterfølgende blev standard også på barselafdelingen for de komplicerede forløb.

Jordemødrene blev på de fleste fødeklinikker ansat i rotationsstillinger, således at de varetog svangre- og barselomsorgen på klinikken i en given periode (mellem ca. 3 måneder – 1 år), hvorefter de kom tilbage til specialafdelingen for der at vedligeholde rutinerne i de mere komplicerede/komplekse forløb. Rotationen gav desuden den største fleksibilitet i planlægningen af arbejdet, endskønt det for mange jordemødre ikke blev oplevet som fremmede for arbejdsmiljøet. Som udgangspunkt ansatte man jordemødre, der havde lyst til at arbejde på fødeklinikkerne, på disse. Man erfarede, at jordemødre, der havde ønsket at arbejde på fødeklinikken, ofte tog erfaringerne med sig i rotationsforløbet på specialafdelingen.

På nogle af fødestederne blev det obligatorisk for jordemødrene at rotere mellem klinikken og specialafdelingen. Og for de jordemødre, der ikke initialt ønskede at arbejde på fødeklinikken, oplevede man ligeledes, at erfaringerne fra fødegangen blev inddraget i arbejdet på klinikken.

Således så man fx en tendens til, at der hurtigere blev overflyttet på baggrund af potentielle komplikationer.

Det var også erfaringen fra fødeklinikkerne, at jordemødrene i høj grad kom til at værdsætte kontinuiteten i arbejdsformen, og at varetagelsen af barselplejen og ammevejledningen som et væsentligt jordemoderfagligt arbejdsområde blev anerkendt og påskønnet. Dette førte bl.a. til, at flere jordemødre efteruddannede sig indenfor amning og opnåede international certificering som ammevejleder (I.B.C.L.C.). En tendens, der varer ved i dag.

De fleste fødeklinikker var etableret med mulighed for at give smertelindring svarende til en hjemmefødsel. Derfor kunne man på tre ud af fem klinikker initialt ikke tilbyde lattergas, ligesom behov for epiduralblokade var ensbetydende med overflytning til specialafdeling. En klinik fik dog særskilt etableret lattergas, hvilket ikke var et tilbud på den tilhørende specialafdeling.

På klinikken på Glostrup Hospital oplevede man kort efter klinikkens start, at en stor andel af kvinderne blev overflyttet til specialafdelingen på grund af langsom fremgang i fødslen. Det så dog ud til, at konsolideringen af klinikken førte til et fald i antallet af overflytninger, idet andelen faldt over en femårig periode fra 34 til godt 20 procent<sup>3</sup>. Det har ikke været muligt at skaffe lignende opgørelser fra de øvrige fødeklinikker.

En ændring i kulturen i forhold til ønske om smertelindring førte dog - ifølge erfaringerne fra et af fødestederne - til, at flere og flere kvinder blev overflyttet med henblik på smertelindring. På det pågældende fødested blev det vanskeligt at få tilstrækkeligt mange fødende visiteret til fødsel på klinikken, som derfor i stedet i højere og højere grad overtog den akutte ambulante funktion fra fødegangen med det formål at sikre ro på fødegangen til varetagelse af fødslerne.

Dette skete ikke på de andre fødeklinikker. Derimod oplevede man i stigende grad, at jordemodermanglen blev så markant, at det blev svært at opretholde et tilstrækkeligt beredskab på fødeklinikkerne.

Samtidig førte tiltagende besparelser i det samlede hospitalsbudget til, at også svangreområdet blev ramt hårdt. Det førte til, at klinikkerne over en årrække lukkede ned. Som det blev anført: Målet var ifølge amtspolitikerne at modernisere og rationalisere fødselshjælpen. Begrundelsen var et faldende fødselstal. Internt på afdelingen var begrundelsen, at jordemoderressourcerne skulle udnyttes bedre og at overflytningsprocenten var for højt.

For de fleste af fødestederne blev omprioritering i forhold til brug af lokaler også angivet som en markant årsag til, at fødeklinikkerne lukkede: Man skulle simpelthen bruge lokalerne til andre formål i hospitalsregi.

---

<sup>3</sup> 'Hjemmefødsel på hospital', Tidsskrift for Jordemødre, nr. 9, årgang 1989, p 4-8

## ABC-klinikken på Glostrup Sygehus, 1984-2003

1. Hvad var den bagvedliggende årsag til, at man valgte at etablere en klinik på Glostrup Hospital?

De private fødeklinikker i amtet lukkede over en årrække, den sidste 29. december 1983. Klinikernes forsvinden affødte en voldsom reaktion hos borgerne. Der blev afholdt en række borgermøder, som medførte en politisk beslutning om at oprette en ABC-klinik (Alternative Birthing Care) på Glostrup Hospital som afløser for de nedlagte private fødeklinikker.

Formålet med at åbne ABC-klinikken var at skabe et trygt fødemiljø og gøre fødslen så naturlig som mulig, samt at tilbyde kvinderne et alternativ til en traditionel hospitalsafdeling.

2. Hvornår påbegyndte man arbejdet med etableringen af klinikken?

Forberedelserne til åbning af ABC-klinikken startede 1982-83, hvor den sidste private klinik, "Rødovre fødeklinik", lukkede.

3. Hvilke faglige og organisatoriske overvejelser gjorde man sig undervejs?

Det var vigtigt, at indretningen skulle være mere "hjemlig", så klinikken adskilte sig fra en hospitals-fødegang.

Fagligt blev det besluttet, at de kvinder, der fik tilbud om at føde på klinikken, skulle være raske og have haft en normal graviditet og en forventet normal fødsel.

4. Hvilke forhindringer – hvis nogen – oplevede man?

Det har ikke været muligt at få oplysninger herom.

5. Hvornår blev klinikken åbnet?

ABC-klinikken åbnede i 1984.

6. Hvordan var klinikken organisatorisk forankret?

a. Hvorledes var klinikken geografisk placeret?

Klinikken blev placeret i samme bygning som fødeafdelingen.

Fødeafdelingen lå på 3. sal og fødeklinikken på parterre.

b. Hvorledes var klinikken indrettet?

Klinikken var indrettet med 2 fødestuer og 4 barselstuer med plads til 4 kvinder og 4 børn på hver stue. Det sidste 1½ år klinikken eksisterede, kunne fædrene overnatte, idet firesengsstuerne blev delt op i to 2 sengs stuer.

Klinikken varetog årligt ca. 1.000 fødsler og de 16 barselpladser havde en belægningsprocent på 90.

c. Havde fødeklinikken en ledelsesmæssig tilknytning til fødeafdelingen?

Klinikken blev ledet af en overjordemoder, som refererede til amtsjordemoderen på samme vilkår, som overjordemoderen på fødegangen.



**d. Ændrede den organisatoriske forankring sig undervejs?**

Ved indførelse af afdelingsledelser, som inkluderede en chefjordemoder, ændredes stillingsbetegnelsen for klinikkens leder til vicechefjordemoder.

Vicechefjordemoderen refererede til afdelingsledelsen.

**7. Hvilke personalegrupper var ansat på klinikken?**

Klinikken var bemanded med: 1 overjordemoder / 1 vicechefjordemoder, jordemødre og social-og sundhedsassistenter.

**8. Hvordan var klinikken fagligt forankret?**

**a. Hvilke visitationskriterier lå til grund for visiteringen?**

Raske kvinder, der havde haft en normal graviditet og en forventet normal fødsel, med et barn i maven, kunne tilbydes at føde på klinikken.

Kvinder, der havde født ukompliceret på såvel fødegang som på klinikken, kunne tilbydes barselophold på klinikken.

**b. Hvilke overflytningskriterier anvendte man?**

Hvis udgangspunktet for visitationen ændrede sig under fødslen, blev kvinden overflyttet til fødegangen. Det samme gjorde sig gældende, hvis kvinden ønskede anden smertelindring end lattergas.

**c. Var der særskilte visitationsregler ved fødsel/barsel?**

Se ovenfor

**9. Ændrede den faglige forankring sig undervejs?**

Den faglige forankring ændrede sig ikke undervejs.

**10. Hvilke faglige og organisatoriske gevinster oplevede man ved fødeklinikken?**

Det har ikke været muligt at fremskaffe egentlig statistik fra fødeklinikken.

Overflytningsprocenten var lav, som udtryk for at mange fødsler var ukomplicerede.

Der var meget stor patienttilfredshed og klinikken var en gevinst i forhold til at rekruttere jordemødre.

**11. Hvilke faglige og organisatoriske ulemper oplevede man ved fødeklinikken?**

Visitationskriterierne tillod ikke, at der blev anlagt epiduralblokade, hvilket var en ulempe for fødslerne, idet de kvinder, som ønskede blokaden, blev flyttet til fødegangen. Det betød, at overflytningsprocenten steg i takt med, at et stigende antal kvinder ønskede epiduralblokade som smertelindring.

**12. Hvilken proces lå til baggrund for overvejelserne omkring lukning af fødeklinikken?**

En stor besparelse på Gynækologisk – Obstetrisk afdeling på Glostrup Hospital lå til grund for lukningen af klinikken.

Målet var ifølge amtspolitikerne at modernisere og rationalisere fødselshjælpen.  
Begrundelsen var et faldende fødselstal.

Internt på afdelingen var begrundelsen, at jordemoderressourcerne skulle udnyttes bedre og at overflytningsprocenten var for højt.

### 13. Hvornår lukkede fødeklinikken?

Klinikken lukkede for fødsler i 2003 og overgik til at være et barselafsnit.

*Informationerne er indhentet fra tidligere ledere af ABC-klinikken:  
Birthe Haslund og Ingelise Andersen.*

## Fødeklinikken på Rigshospitalet, 1993 – 2000

1. Hvad var den bagvedliggende årsag til, at man valgte at etablere en klinik på Rigshospitalet? Fødeklinikken på Rigshospitalet blev oprettet som et ønske fra jordemødre på Rigshospitalet og som et resultat af tidsånden, hvor ønsket om at bevare den normale fødsel vandt frem.

Det var en gruppe af ildsjæle blandt jordemødrene, der med stor iver og beslutsomhed arbejdede for oprettelse af en klinik, hvor der kunne være fokus på tid til vearbejdet, fokus på hele familien, styrkelse af amningen og kontinuitet mellem fødsel og barsel.

Mantraet var: Fødsel på kvindens betingelser.

Der var en formodning om, at man kunne holde indgrebsfrekvensen nede på en klinik med ro og kontinuitet og at det igen ville føre til lavere udgifter pr. forløb.

2. Hvornår påbegyndte man arbejdet med etableringen af klinikken?

-

3. Hvilke faglige og organisatoriske overvejelser gjorde man sig undervejs?

Man mente, at man kunne bruge ressourcerne mere hensigtsmæssigt, hvis man skilte de forventede normale fødende ud. Samtidig med åbningen af fødeklinikken stoppede RH's jordemødre med at tage ud til hjemmefødsler.

4. Hvilke forhindringer – hvis nogen – oplevede man?

Opbakningen fra lægerne var begrænset, da der blev taget magt fra gruppen.

Forståelsen fra "hospitalssystemet" var begrænset, da man brød med hospitalsrutinen på flere områder. Eksempler: fokus på hele familien, tid og nærhed for at sikre amning, mor/far og barn skulle være sammen hele tiden, afskaffelse af vugger, opfordring til at kontakte fødeklinikken ved problemer efter hjemkomst. "Jeg troede, at de forstod tankegangen bag klinikken, men det viste sig, at det gjorde de ikke".

Jordemødrene var kedede af, at de ikke skulle varetage hjemmefødsler.

5. Hvornår blev klinikken åbnet?

Klinikken åbnede i 1993, hvor Dorthe Taxbøl blev ansat som afdelingsjordemoder ved klinikken.

6. Hvordan var klinikken organisatorisk forankret?

a. Hvorledes var klinikken geografisk placeret?

Fødeklinikken var placeret på Rigshospitalet på samme etage som fødegangen.

b. Hvorledes var klinikken indrettet?

Fødeklinikken havde to fødestuer og i de første år barselstuer med to senge på hver.

c. Havde fødeklinikken en ledelsesmæssig tilknytning til fødeafdelingen?

En omorganisering i en matrixstruktur gjorde, at klinikken kort efter åbningen blev en selvstændig enhed (klinik) med egen chef. Dorthe Taxbøl var således chef på niveau med andre chefer i en periode på knapt et år. Hun oplevede i den periode at være tæt på der, hvor beslutningerne blev taget. Efter et år blev fødeklinikken lagt ind under fødegangen og der blev igen ansat en afdelingsjordemoder på klinikken og den direkte mulighed for at styre udviklingen i klinikken forsvandt.

d. Ændrede den organisatoriske forankring sig undervejs?

Se ovenfor.

7. Hvilke personalegrupper var ansat på klinikken?

Jordemødre og social og sundhedsassistenter

8. Hvordan var klinikken fagligt forankret?

a. Hvilke visitationskriterier lå til grund for visiteringen?

Kun gravide uden komplikationer i aktuelle graviditet, med et foster i hovedstilling til termin kunne føde på klinikken. Gravide med sociale problemer skulle føde på fødegangen.

b. Hvilke overflytningskriterier anvendte man?

Alle komplikationer, hvor til der skulle kaldes læge. Ved behov for vestimulation og medicinsk smertelindring. Der blev etableret lattergas på klinikken.

c. Var der særskilte visitationsregler ved fødsel/barsel?

-

9. Ændrede den faglige forankring sig undervejs?

-

10. Hvilke faglige og organisatoriske gevinster oplevede man ved fødeklinikken?

På klinikken var der tid til at lade veeerne arbejde, tid til at tage sig af hele familien og tid til at få amningen til at fungere. Geografien med barselstuer tæt på fødestuerne var også en fordel og gav faglig og personalemæssig kontinuitet.

Klinikken gav mulighed for at udvikle jordemoderomsorgen og for at sætte fokus på, at en fødsel berører en hel familie. Klinikken gav mulighed for, at far overnattede en til to nætter. Mor og barn gik tidligere hjem efter fødsel/barsel på fødeklinikken. Der kom fokus på amning og rådgivning omkring amning. Rådgivning om amning blev ensrettet og opkvalificeret gennem uddannelse til både jordemødre og social og sundhedsassistenter. På klinikken ønskede man at blive Baby-friendly, men dette kunne ikke lade sig gøre uden, at hele hospitalet blev certificeret.

Mulighederne for og fordelene ved at have god tid til vearbejdet, fokus på amning og inddragelse af faderen smittede af på de andre afdelinger.

Jordemødrene fik mulighed for at arbejde med den normale fødsel på klinikkens betingelser og muligheder.

Klinikken fik kritik for ikke at have nok smertelindrende tilbud (ud over vand og akupunktur, når der var en akupunkturkyndig jordemoder i vagt). Der blev derfor installeret lattergas, som fødeafdelingen ikke havde. Det var en sejr.

### 11. Hvilke faglige og organisatoriske ulemper oplevede man ved fødeklinikken?

Der skulle gøres op med mange vaner – fx vanen med at køre vuggen ud i vagtrummet så mor kunne sove. Forslag om at skrotte vuggerne på fødeklinikken fik fordomme til at vælte op. Mange af ændringerne lå også jordemødrene meget fjernt.

Det var en stor tanker, der fagligt, organisatorisk og emotionelt (vanemæssigt) skulle drejes og klinikken ledelse havde ikke magt, som de havde agt.

Nogle jordemødre var bange for at have fødsler på klinikken.

Rotation mellem at arbejde på fødegang og på klinik blev obligatorisk, da det gav den største fleksibilitet i planlægningen af arbejdet.

### 12. Hvilken proces lå til grund for overvejelserne omkring lukning af fødeklinikken?

Det var ren økonomi og behov for lokaler, der gjorde, at fødeklinikken lukkede.

Rigshospitalet havde i 1993 2.800 fødsler årligt, hvoraf de 900 normale blev visiteret til klinikken. Afdelingens relativ begrænsede størrelse gjorde, at der ikke ledelses- og arbejdsmiljømæssigt var et påtrængende behov for en opdeling – fx i en klinik. Med en afdeling på 2.800 fødsler årligt kan det være en fordel kun at have een (føde)enhed.

### 13. Hvornår lukkede fødeklinikken?

2000

*Informationerne er indhentet fra Dorthe Taxbøl, der var henholdsvis afdelingsjordemoder og ledende jordemoder på Rigshospitalets fødeklinik fra 1993.*

## Fødeklinikken på Herlev Sygehus, 1994 - 2004

### 1. Hvad var den bagvedliggende årsag til, at man valgte at etablere en klinik på Herlev Hospital?

Etableringen af fødeklinikken blev foretaget af den daværende amtsjordemoder Anne-Marie Bruun, i samarbejde med overjordemoder Marianne Tolstrup og professor og overlæge Jørgen Falck Larsen.

Årsagen var, at man havde peget på, at det var billigere at etablere en fødeklinik. Der var desuden et forbrugerønske om ikke at "sygeliggøre" fødslen på en specialafdeling.

### 2. Hvornår påbegyndte man arbejdet med etableringen af klinikken?

Etableringen begyndte så vidt huskes i 1993.

### 3. Hvilke faglige og organisatoriske overvejelser gjorde man sig undervejs?

Initialt var overjordemoderen ansat under amtsjordemoderen ligesom alle basisjordemødre. Organisatorisk blev det hurtigt vedtaget, at klinikken fagligt refererede til afdelingsledelsen på obstetrisk afdeling.

### 4. Hvilke forhindringer – hvis nogen – oplevede man?

Man havde ikke i tilstrækkelig grad orienteret faggrupper som sygeplejersker, portører, og sekretærer om klinikens koncept. Dette medførte store vanskeligheder i opstarten af klinikken. Fx. nægtede portørgruppen at servicere klinikken som den øvrige del af sygehuset, herunder bestilling af varer, kørsel og opfyldning i skabe og på hylder.

I sekretærgruppen nægtede man at skrive epikriser på de kvinder, der havde født og ligget i barselseng på klinikken. Journaler hobede sig op på klinikken og gav vanskeligheder for det centrale arkiv.

Ovennævnte grupper mente ikke, at de havde fået tilført tilstrækkelige ressourcer. Dette på trods af, at der på det tidspunkt ikke var tale om en øget arbejdsopgave, men kun at en del af fødslerne foregik et andet sted i huset.

I jordemodergruppen var der for nogle jordemødre en skepsis med at assistere ved fødsler uden for specialafdeling. Dette blev løst ved at have en fast stab, der var tilknyttet klinikken. For jordemødre i døgnvagt kunne der være tale om kald til specialafdeling og fødeklinikken.

### 5. Hvornår blev klinikken åbnet?

Klinikken åbnede i 1994.

### 6. Hvordan var klinikken organisatorisk forankret?

Fødeklinikken var organisatorisk forankret under obstetrisk specialafdeling.

#### a. Hvorledes var klinikken geografisk placeret?

Fødeklinikken blev etableret på 20 etage, fødegang på 4 etage.

#### b. Hvorledes var klinikken indrettet?

Der var 2 fødestuer, barselstuer med 2-sengsstuer og enestuer, manden kunne overnatte i det omfang, der var plads. Såfremt der var pladsmangel, var manden velkommen til at blive på

klubben. Der var en mulighed for, at faderen deltog på lige fod med kvinden i plejen af den nyfødte.

c. Havde fødeklinikken en ledelsesmæssig tilknytning til fødeafdelingen?

Ja

d. Ændrede den organisatoriske forankring sig undervejs?

Nej

7. Hvilke personalegrupper var ansat på klubben?

Overjordemoder, jordemødre, social og sundhedsassistent, sygeplejeselekretærer, . Den sidste gruppe gav ansvarsfaglig konflikt mellem lægesekretær og sygeplejeselekretærer, herunder udfærdigelse af epikriser.

8. Hvordan var klubben fagligt forankret?

Fødeklinikken var fagligt forankret med de principper der lå til grund for fødsler i hjemmet og ved visitation til specialafdeling.

Kriterier for overflytning fra klubben fulgte de principper, der var i forhold til specialafdeling og hjemmefødsler.

Ved overflytning af kvinden med komplikationer i barselsseng skete det til specialafdelingens barselgang.

Ved overflytning af barn kunne det foregå til barselgang eller til børneafdeling på KAS Glostrup.

Der var tilsyn af de nyfødte af børnelæge ved komplikationer og ved udskrivelsen.

9. Ændrede den faglige forankring sig undervejs?

Nej

10. Hvilke faglige og organisatoriske gevinster oplevede man ved fødeklinikken?

Det gav kvinderne et valg om at føde i fredelige omgivelser. Jordemødrene fik et fagligt løft ved at varetage fødsler på klubben. Tillige oplevede man større kontinuitet omkring den enkelte familie, som kunne møde samme jordemoder til fødslen og efterfølgende i barselplejen på klubben.

11. Hvilke faglige og organisatoriske ulemper oplevede man ved fødeklinikken?

Ulempen var, at der ikke blev tilføjet flere ressourcer, hvilket kunne give problemer og pressede situationer for jordemødrene på specialafdelingen. I nogle tilfælde blev der aktuelt lukket for fødsler på klubben og de fødende blev samlet på fødegangen.

De to døgnvagter kunne tilkaldes både til fødeklinik og specialafdelingen.

12. Hvilken proces lå til grund for overvejelserne omkring lukning af fødeklinikken?

Før endelig lukning af fødeklinikken havde sygehuset haft brug for plads. Klubben blev derfor lagt sammen med specialafdelingen og med barsel på 16. etage. Klinikfødslerne blev bevaret, men pladserne for barsel reduceret.

En overflytnings procent på ca. 50procent gav herefter anledning til, at man valgte at lukke for tilbud om klinikfødsler.

13. Hvornår lukkede fødeklinikken?

Klubben lukkede endeligt i 2004.

#### 14. Andet

Gennemgangen af forløbet relateret til Herlev Hospitals fødeklinik er beskrevet af Birgit Zwicky, der fungerede som vicechefjordemoder på fødeklinkken på Herlev Hospital. Birgit skriver som følger:

*'Ovennævnte er som jeg husker etablering og afvikling af Klinik afsnit på Herlev sygehus.*

*Det skal dog tilføjes, at jeg gik på pension efter at have virket som cheffjordemoder i tiden 2004-2007. Der kan derfor være enkeltheder, som jeg har glemt.*

*Min opfattelse, som jeg har stået tilbage med, er vigtigheden af at få inddraget alle faggrupper, der skal arbejde på klinikafsnit, herunder accept og forståelse for konceptet.*

*At ressourcerne i alle faggrupper nøje gennemgås, således at de normale fødsler faktisk bliver prioriteret i forhold til specialafdelingen.*

*Jeg mener ikke, der kan være tale om en spareøvelse i omplacering af fødslerne.'*



## Fødeklinikken på Gentofte Sygehus, 1996 - 2004

1. Hvad var den bagvedliggende årsag til, at man valgte at etablere en klinik på Gentofte Hospital?

Efter etableringen af fødeklinikker på både Glostrup og Herlev Hospital, var det ønsket, at man også etablerede en klinik på Gentofte Hospital.

2. Hvornår påbegyndte man arbejdet med etableringen af klinikken?

-

3. Hvilke faglige og organisatoriske overvejelser gjorde man sig undervejs?

-

4. Hvilke forhindringer – hvis nogen – oplevede man?

En del af personalet var ikke begejstret for tanken om en fødeklinik – hvilket gjorde sig gældende både blandt læger, sygeplejersker og jordemødre. Lægerne gav udtryk for, at de havde svært ved at se den faglige begrundelse for klinikkerne. Blandt jordemødre blev der rapporteret om en utryghed ved det ukendte.

5. Hvornår blev klinikken åbnet?

Officielt blev klinikken åbnet i december 1996, men allerede i efteråret 1996 varetog klinikken den første fødsel.

6. Hvordan var klinikken organisatorisk forankret?

a. Hvorledes var klinikken geografisk placeret?

Klinikken lå i samme niveau og i tæt relation til både fødegang og operationsstuer.

b. Hvorledes var klinikken indrettet?

Gentofte Hospital varetog ved klinikkens åbning ca. 2.400 fødsler årligt, og klinikken var normeret til heraf at skulle varetage 600 fødsler. Hertil kom den efterfølgende barselpleje, hvor en førstegangsfødende typisk var indlagt fem dage, flergangsfødende to dage.

Gentofte fødeklinik adskilte sig fra de andre klinikker, idet man prioriterede en 'minicenterordning', således at kvinderne igennem graviditeten blev fulgt af en lille gruppe jordemødre, hvoraf én af disse som regel også varetog fødslen. Målet var at skabe kontinuitet i graviditet, fødsel og barsel.

Som en ekstra bonus oplevede man, at jordemødrene også fik styrket interessen for barselomsorgen i denne proces.

Klinikken var en lille enhed med to fødestuer, og 6 barselstuer med plads til to kvinder på hver fødestue, således i alt 12 barslende kvinder.

c. Havde fødeklinikken en ledelsesmæssig tilknytning til fødeafdelingen?

Fødeklinikken var ledelsesmæssigt forankret med en vicechefjordemoder, der refererede til chefjordemoderen, som igen refererede til hospitalsledelsen.

d. Ændrede den organisatoriske forankring sig undervejs?

Nej

7. Hvilke personalegrupper var ansat på klinikken?

Man havde tilknyttet både jordemødre og social- og sundhedsassistenter/sygehjælpere. Ofte assisterede jordemødrene hinanden under fødslen, hvilket blev oplevet som et meget positivt og

lærerigt aspekt.

Social og sundhedsassistenterne var fast tilknyttet klinikken, mens jordemødrene var ansat i en rotationsordning, hvor de var tilknyttet klinikken 60 uger (ud fra en antagelse om, at man derved kunne nå at følge to 'hold' gravide kvinder – 2x30 uger), hvorefter jordemødrene skulle tilbage til fødegangen for at vedligeholde obstetriske færdigheder indenfor patologien.

## 8. Hvordan var klinikken fagligt forankret?

### a. Hvilke visitationskriterier lå til grund for visitationen?

Kvinderne blev visiteret til fødeklinikken ud fra samme kriterier, som man brugte ved visitation til hjemmefødsel. Opstod der komplikationer i graviditeten – eller under fødslen - blev kvinderne omvisiteret til fødegangen.

På klinikken tilbød man smertelindring som svarende til en hjemmefødsel. Man tilbød ikke lattergas og heller ikke epiduralblokade.

### b. Hvilke overflytningskriterier anvendte man?

Overflytningskriterierne var også tilsvarende en hjemmefødsel. Opstod der komplikationer undervejs, eller havde den fødende brug for yderligere smertelindring eller vestibulation, blev kvinden overflyttet. Man anvendte heller ikke vakuume ekstraktion, heller ikke i form af en 'udgangskop'.

En stor andel af kvinderne endte med at blive overflyttet under fødslen.

### c. Var det særskilte visitationsregler ved fødsel/barsel?

Kvinder, der var omvisiteret til fødegangen under graviditeten eller under fødslen, kunne barsle på fødeklinikken, såfremt der var plads – og selvfølgelig under forudsætning af, at de vurderes at få en ukompliceret barselperiode.

## 9. Ændrede den faglige forankring sig undervejs?

Nej

## 10. Hvilke faglige og organisatoriske gevinster oplevede man ved fødeklinikken?

Jordemødre, der trivedes med klinikordningen, og som ønskede at forblive tilknyttet klinikken, medtog positive erfaringer fra klinikken i fødegangsarbejdet. De oplevede dog, at det var vanskeligt at fastholde visionerne fra klinikken i arbejdet på specialafdelingen.

### 11. Hvilke faglige og organisatoriske ulemper oplevede man ved fødeklিনikken?

Jordemødre, der som udgangspunkt foretrak arbejdet på fødegangen, havde en tendens til hurtigere at overflytte den fødende kvinde fra fødeklিনikken til fødegangen på grund af mistanke om komplikationer. Denne tendens blev igennem årene mere markant, og sammen med den manglende mulighed for at kunne anvende lattergas og epiduralblokade blev overflytningsfrekvensen meget høj.

Man oplevede aldrig at nå det normerede antal fødsler, og i den sidste periode af klিনikkens eksistens, varetog man så godt som ingen fødsler. For at aflaste belastningen på fødegangen, flyttede man derfor den akutte ambulante funktion fra fødegangen til fødeklিনikken, således at man kun varetog fødsler på fødegangen.

### 12. Hvilken proces lå til baggrund for overvejelserne omkring lukning af fødeklিনikken?

En gennemgribende omstrukturering af ledelsen af gynækologien og svangreomsorgen førte til, at cheffjordemoderen overtog ledelsen af svangre/barselplejen, inklusive ledelsen af den patologiske barselpleje og det gynækologiske ambulatorie. I denne proces blev barselfunktionen på klিনikken lagt sammen med afdelingen for barslende med komplikationer, hvilket medførte, at fødeklিনikkens berettigelse ophørte endeligt.

### 13. Hvornår lukkede fødeklিনikken?

Klিনikken lukkede endeligt i 2004.

*Informationerne er indhentet fra tidligere cheffjordemoder og af leder af klিনikken:  
Elisabeth Feder og Vibeke Weirum Knudsen.*

## Fødeklinikken på Hvidovre Hospital, 1997 – 2012

### 1. Hvad var den bagvedliggende årsag til, at man valgte at etablere en klinik på Hvidovre Hospital?

Man valgte at etablere den første fødeklinik på Hvidovre Hospital i slutningen af 1996 pga. stigende antal fødsler i optageområdet. Et større antal fødsler ville også betyde en øget indtægt til afdelingen. Fødeklinikken åbnede i oktober 1997 og var designet til normalt fødende kvinder med forventet ukompliceret barselperiode.

Den anden fødeklinik blev åbnet for patienter i maj 2000. Denne klinik var tænkt som et klinikafsnit til ambulant fødende kvinder med en meget kort indlæggelse efter fødslen.

### 2. Hvornår påbegyndte man arbejdet med etableringen af klinikken?

Arbejdet med etablering af den første fødeklinik startede i 1996 med nedsættelse af styregruppe og arbejdsgrupper i relation til eksempelvis fødestuernes indretning, barselstuernes indretning, og visitation til klinikken.

Arbejdet med at etablere den ambulante fødeklinik blev påbegyndt i slutningen af 1999. Den samme model med nedsættelse af styregruppe og arbejdsgrupper, som havde vist sig effektiv i forbindelse med etableringen af den første fødeklinik, blev anvendt i arbejdet med etableringen af den nye fødeklinik.

Styregrupperne mødtes med repræsentanter for primærsektoren ved praksiskonsulenten og lederne af sundhedsplejen i optageområdet. I arbejdsgrupperne var der brugerinddragelse ved en repræsentant fra organisationen Forældre og Fødsel.

### 3. Hvilke faglige og organisatoriske overvejelser gjorde man sig undervejs?

Der var mange faglige såvel som organisatoriske overvejelser i forbindelse med etableringen af den første fødeklinik. Jordemødrene på Hvidovre Hospital arbejdede på en specialafdeling og varetog såvel normale fødsler som komplicerede forløb. Tanken om at skille de normale forløb ud og varetage jordemoderfaglig omsorg, behandling og pleje til såvel fødende som barslende kvinder var ny for de fleste, som ikke havde varetaget barselpleje i mange år. Ved etableringen af fødeklinikker kunne jordemoderens fulde selvstændige virksomhedsområde varetages på institution.

Organisatorisk var fødeklinikken en del af specialafdelingen med samme jordemoder- og lægeberedskab. Der blev etableret grupper af jordemødrene, som i kortere eller længere tid havde alle deres vagter på fødeklinikken. Perioderne var på 3 måneder for de korteste og ½ år for de længste. Overordnet var der et stort ønske om høj grad af kontinuitet i forløbene, således at den samme jordemoder kunne varetage fødselshjælpen og herefter barselomsorgen til familien i dagene efter fødslen.

Ambulant fødeklinikken var fysisk placeret i længere afstand fra specialafdelingen, og det blev derfor besluttet i styregruppen, at kun kvinder med forventet helt normale fødsler skulle visiteres til fødsel på dette klinikafsnit. Ved komplikationer i forløbet skulle den fødende flyttes til specialafdelingen.

#### 4. Hvilke forhindringer – hvis nogen – oplevede man?

Man oplevede forhindringer eller rettere sagt modstand mod kliniktanken og især varetagelse af barselplejen fra nogle få jordemødre.

Den fysiske indretning med enestuer og partneren eller anden nær pårørende medindlagt i barselperioden affødte en del debat. Den overordnede tanke med at have partneren medindlagt var, at klinikken skulle byde på optimale forhold for familiedannelse og etablering af amningen lige fra start, og det medindtog partneren baseret på evidens vedr. amning og familiedannelse. Debatten handlede om, at det var de mest ukomplicerede forløb, der blev tilbudt de bedste rammer, når man sammenlignede med barselafdelingens flersengsstuer til kvinder med komplicerede forløb, hvor det ikke var muligt at have partneren medindlagt.

#### 5. Hvornår blev klinikken åbnet?

Fødeklinikken åbnede i oktober 1997 og ambulant fødeklinikken åbnede i maj 2000.

#### 6. Hvordan var klinikken organisatorisk forankret?

##### a. Hvorledes var klinikken geografisk placeret?

Fødeklinikken lå i forlængelse af specialafdelingens fødegang adskilt af en tværgående gang og glasdøre.

Ambulant fødeklinikken lå i forlængelse af fødeklinikken adskilt fra denne med en dør.

##### b. Hvorledes var klinikken indrettet?

Begge klinikker havde hver 2 fødestuer.

Der var 10 + 4 barselstuer, som alle var enestuer med seng til både moderen og partneren.

Partneren forventedes at deltage i pasning af mor og barn.

##### c. Havde fødeklinikken en ledelsesmæssig tilknytning til fødeafdelingen?

Fødeklinikkerne blev ledet af en vicechefjordemoder, der var underlagt chefjordemoderen, som var leder af fødegangen, fødeklinikkerne og svangreafdelingen.

##### d. Ændrede den organisatoriske forankring sig undervejs?

Nej, der skete ingen ændringer i den organisatoriske forankring undervejs.

#### 7. Hvilke personalegrupper var ansat på klinikken?

Fødeklinikkerne var som udgangspunkt udelukkende jordemoderbemandet. Der blev ansat

sygehjælpere/social og sundhedsassistenter til at assistere jordemødrene ved fødslerne som på specialafdelingen.

## 8. Hvordan var klinikken fagligt forankret?

### a. Hvilke visitationskriterier lå til grund for visitationen?

Alle gravide med ukompliceret graviditet og med forventet ukompliceret fødsel af et barn i hovedpræsentation til terminen kunne visiteres til fødsel på klinikkerne. Baggrunden for dette var et ønske om kontinuitet og så få overflytninger som muligt til specialafdelingen.

Kvinder, der tidligere havde fået foretaget kejsersnit eller som tidligere havde blødt meget i forbindelse med fødslen, blev ikke visiteret til klinikfødsel.

### b. Hvilke overflytningskriterier anvendte man?

Komplicerede fødsler, hvor man kunne forudse lægelig involvering af hensyn til enten mor eller barn, blev overflyttet til specialafdelingen.

Eksempelvis: Kvinder med behov for vestimulation, langvarig vandafgang, grønt fostervand, påvirket hjertelyd hos fosteret, underkroppspræsentation eller andre forhold, der afviger fra en normal, ukompliceret fødsel.

### c. Var det særskilte visitationsregler ved fødsel/barsel?

Som beskrevet under b.

Kvinder, der fik foretaget akut kejsersnit, blev overflyttet til barselpleje på barselafdelingen.

Kvinder med sphincterruptur blev overflyttet til barselgangen pga. tilsyn ved fysioterapeut og optræningsprogram.

Nyfødte med en fødselsvægt under 2.500 gram blev overflyttet sammen med mor til barselgangen pga. forventet trivselsudfordringer og øget risiko for gulsot i nyfødthedsperioden.

Nyfødte, der udviklede gulsot, blev overflyttet sammen med mor til barselgangen til lysbehandling.

Kvinder med vandladningsproblemer efter fødslen kunne være på fødeklinikken med tilsyn fra uroterapeut og optræning i tømning af blæren. Jordemødrene og social- og sundhedsassistenterne foretog observation, behandling med kateterisation og vejledning i vandladning efter urinretention eller urininkontinens efter fødsel.

## 9. Ændrede den faglige forankring sig undervejs?

Barselplejen blev undervejs ændret fra rent jordemoderfagligt arbejdsområde til også at varetages af social- og sundhedsassistenter under supervision af jordemødre efter internt kursus i barselpleje og amning.

Årsagen til ændringen var en stigende jordemodermangel, der vanskeliggjorde allokering af jordemødre til barselplejen.

#### 10. Hvilke faglige og organisatoriske gevinster oplevede man ved fødeklinikken?

Kontinuitet i forløbene blev efter kort tid oplevet som en stor gevinst i det samlede forløb graviditet-fødsel og barsel.

Varetagelse af barselpleje og ammevejledning som væsentlige jordemoderfaglige arbejdsområder blev anerkendt og førte bl.a. til at flere jordemødre videreuddannede sig inden for amning og opnåede international certificering som ammevejleder (I.B.C.L.C.)

#### 11. Hvilke faglige og organisatoriske ulemper oplevede man ved fødeklinikken?

Varetagelse af fødslerne og barselplejen i en samlet set stor organisation som Hvidovre Hospitals fødeafdeling viste sig at være en udfordring pga. spidsbelastninger med mange fødsler. I de situationer blev jordemødrene allokert til fødselsbetjening, hvilket naturligvis var problematisk i forhold til barseldelen på klinikkerne.

#### 12. Hvilken proces lå til baggrund for overvejelserne omkring lukning af fødeklinikken?

Stigende fødselstal og jordemodermangel var en virkelighed, som i stigende grad gjorde det vanskeligt at få logistikken til at gå op på klinikkerne med jordemødrene som en fast del af personalet omkring barselpleje og ammevejledning.

#### 13. Hvornår lukkede fødeklinikken?

Fødeklinikkerne blev lagt sammen til én organisatorisk enhed i 2005 og afvikledes i løbet af 2012.

Enestuer med plads til partneren havde efterhånden udviklet sig til den optimale model for barselophold, og der blev derfor bygget om på barselafdelingerne for at kunne leve op til dette. Ydermere åbnede patienthotellet med plads til ukomplicerede barselforløb.

For at kunne tilbyde enestuer for parret blev den gennemsnitlige indlæggelsestid efter fødsel nedbragt til to overnatninger.

*Informationerne er hentet fra Randi Iversen, jordemoder, IBCLC-certificeret ammerådgiver. Randi Iversen var vicechefjordemoder ved ambulans klinikken på Hvidovre.*