

Sundhedsstyrelsen
Att. Helene B. Probst
Islands Brygge 67
2300 København S

02.04.2019

Høring over udkast til *Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet*

Høringssvar fra 15 forskeruddannede jordemødre, der arbejder med forskning på daglig basis på universiteter, professionshøjskoler eller i klinisk praksis

Sundhedsstyrelsen har udsendt *Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet* til offentlig høring. Da dette dokument må forventes at blive retningsgivende for fremtidig praksis for organisering af fødselshjælpen i Danmark, bør der stilles tidssvarende og høje krav til dets faglige/videnskabelige kvalitet, og der bør være transparens i den organisatoriske og faglige/videnskabelige proces frem til de foreslåede, konkrete anbefalinger.

Organiseringen af fødeområdet er af afgørende betydning for kvinder, børn og familiers sundhed, ligesom det er af afgørende betydning, at kvinder har mulighed for at vælge den form for fødested, der passer til deres ønsker, og at de får opbakning i de valg de træffer. Anbefalingerne skal derfor hvile på et overbevisende videnskabeligt grundlag, ligesom de skal afspejle de rettigheder, kvinden har, iht. Sundhedsloven.

Det beskrives i udkastet til *Krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet*, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udarbejdelsen af nærværende udkast har gennemgået det faglige grundlag for organisering af fødetilbud. Men det fremgår ikke af dokumentet, hvordan arbejdet er foregået, der er ingen bilag med beskrivelse af arbejdsgrupper, og det fremstår ikke transparent for læseren på hvilket grundlag de specifikke, opstillede krav og anbefalinger er blevet til. Der savnes i vid udstrækning dokumentation og videnskabelig underbygning af udsagn og anbefalinger, ligesom der savnes henvisninger til relevant lovgivning. Tonen i dokumentet bærer desuden præg af en paternalistisk tilgang med værdiladet retorik.

I det følgende gennemgås fire overordnede temaer, hvor vi mener, at der er behov for en gennemgribende revision af udkastet. Det drejer sig om:

1. Dokumentets faglige/videnskabelige grundlag
2. Transport mellem hjem og fødeafdeling
3. Kvindens rettigheder, herunder tone og retorik i dokumentet
4. Jordemoderens autorisation og virksomhedsområde

Sidst i dokumentet findes en kronologisk gennemgang af specifikke steder i teksten, som kræver revision.

1.0 Dokumentets faglige/videnskabelige grundlag

Som allerede nævnt er det vores vurdering, at dokumentet leverer et utilstrækkeligt fagligt grundlag for anbefalinger til organisering af fødeområdet i Danmark, og der savnes generelt dokumentation og faglige/videnskabelige begrundelser.

Det faglige grundlag fylder 2 ud af i alt 45 sider, og der nævnes kun 3 videnskabelige studier, selvom der er publiceret en række reviews og originaltstudier om organisering af fødselshjælpen gennem de seneste årtier fx (de Jonge et al., 2015; Hutton et al., 2016; Olsen & Clausen, 2012). Vi savner en egentlig litteraturgennemgang, samt argumenter for hhv. inklusion og eksklusion af studier i anbefalingerne. Vi bemærker, at udkastets referenceliste består af 14 kilder, hvoraf de fleste er policy-dokumenter og kun 2 er videnskabelige studier. Der er yderligere en yderst mangelfuld brug af referencer i teksten.

Tidligere har anbefalinger vedr. fødesteder i Danmark været en del af *Anbefalinger for svangreomsorgen*. I det udsendte udkast er titlen blevet udvidet til "krav og faglige anbefalinger", men det er ikke tydeligt i dokumentet, hvornår der er tale om hhv. krav og anbefalinger. Der savnes generelt transparens ift. proces, tilblivelse og årsager til, at organisering vedr. fødesteder udkommer nu i egen, selvstændige publikation i stedet for som en del af *Anbefalinger for svangreomsorgen*.

Styrelsen udgiver forskellige typer officielle dokumenter på en række sundhedsrelaterede områder. Vi har undersøgt nogle af de senest udgivne anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og fundet, at denne type udgivelser sædvanligvis indeholder information om arbejdsgruppens medlemmer, inkl. navn og tilhørsforhold, samt kommissorium for arbejdsgruppen, fx i anbefalinger på det palliative område og vedr. indsatser og tilbud ved type 2-diabetes, kronisk sygdom og funktionelle lidelser. *Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet* indeholder hverken kommissorium eller oplysninger om arbejdsgruppens medlemmer. Vi efterspørger sådanne oplysninger i dokumentet, da de har til formål at sikre åbenhed og gennemsigtighed i processen for bl.a. at give læseren mulighed for at vurdere kvalitet og habilitet.

Det fremgår, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med arbejdet har "gennemgået det faglige grundlag for organisering af fødetilbud" (s. 15). Det fremgår imidlertid ikke, hvordan dette arbejde er foregået, hvilke litteratursøgninger, der er foretaget, eller hvilke kriterier, der ligger til grund for tilvalg og fravalg af videnskabelige studier på området. Udkastet signalerer en mangelfuld brug af klinisk og videnskabelig evidens, og det fremstår ikke transparent for læseren, på hvilket grundlag de foreslåede krav og anbefalinger er blevet til. Vi finder det foruroligende, at man fra Sundhedsstyrelsen som øverste faglige myndighed på området er parat til at udgive et dokument, der ikke har været underlagt høje krav til kvalitet og dokumentation, og som alligevel kan forventes at blive retningsgivende for fremtidig organisering af svangreomsorgen.

Udkastets anbefaling baserer sig primært på det engelske BirthPlace-studie. Fra et videnskabeligt synspunkt er det uholdbart, at man fra Styrelsens side på den ene side vurderer, at studiet har en række metodemæssige svarheder og dernæst vælger at basere anbefalingerne alene på netop dette studies endelige konklusion. Resultaterne fra studiet er desuden udvalgt og fremstillet biased og tendentiøst gennem hele dokumentet.

Det er tankevækkende, at Styrelsen efter at have gennemgået det faglige grundlag på området fremkommer med en anbefaling, der er væsentlig anderledes end den anbefaling, der findes i de engelske myndigheders NICE-guidelines om fødesteder ("Recommendations | Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance | NICE," n.d.). National Institute for Clinical Excellence (NICE) udarbejder nationale guidelines, arbejdsprocessen er standardiseret, transparent og der anvendes state of the art metoder til indsamling og analyse af studier. Konklusionerne bygger således på en systematisk litteraturgennemgang og der er inddraget og ekskluderet studier i en transparent proces. En sådan proces har Sundhedsstyrelsen ikke gennemført, og det er derfor ikke muligt at vurdere, hvorledes man er kommet til de forskellige konklusioner.

Det er kritisabelt, at der i udkastet formidles relative risici for meget sjældne udfald, idet at man ved, at risiko opfattes som mere tungtvejende når den formidles som relative tal end når den præsenteres i absolutte tal (Fagerlin, Zikmund-Fisher, & Ubel, 2011; Hoffrage, Lindsey, Hertwig, & Gigerenzer, 2000). Kvinden har brug for at kende den absolutte risiko, og hvor meget denne øges eller reduceres ved de forskellige valg, hun træffer. Der er i sundhedsvæsenet et stort fokus på at sikre patienterne en retvisende information, og den ud-

lagte tekst om øget risiko ved fødsel i hjemmet er derfor problematisk i sin nuværende form. Sundhedsstyrelsen er bekendt med, at det er vildledende praksis, da styrelsen tidligere er blevet bedt om at revidere informationsskrivelsen for tarm cancer screening fra den oplyste relative risiko til den absolutte risiko for netop at sikre en retvisende information.

Det er ligeledes bemærkelsesværdigt, at dele af birthplace studiet ikke nævnes i udkastet. Studiets resultater om fødsel på jordemoderledede klinik er fx ikke nævnt, og det på trods af, at studiet fandt evidens for, at fødsel på jordemoderledet klinik effektivt beskytter kvinder mod unødige indgreb i fødslen med samme gode sundhedsudfald for mor og barn som ved fødsel på specialafdeling (Birthplace in England Collaborative Group et al., 2011).

2.0 Transport mellem hjem og fødeafdeling

Afsnittet om overflytning er mangelfuldt, og udkastet leverer et ufuldstændigt, ikke retvisende billede af fødende kvinders transport mellem hjem og fødeafdeling.

Overflytning fra hjem til fødeafdeling beskrives gennemgående i risikotermer. Dette afspejler ikke hverken den videnskabelige eller den kliniske virkelighed. Overflytning mellem hjemmet og hospitalet fungerer generelt som en forebyggende indsats, der skal sikre gode helbredsudfald for mor og barn samt gode fødselsoplevelser (Geerts, van Dillen, Klomp, Lagro-Janssen, & de Jonge, 2017). Overflytning fra hjemmet ved planlagt hjemmefødsel er sjældent af akut karakter, hvilket ses bl.a. i studier fra Danmark og Skandinavien (Blix et al., 2016). En stor del af overflytningerne sker fx i familiens egen bil (51 % i Aarhus i 2018). De fleste overflytninger sker pga. manglende fremgang i fødslen eller ved behov for medicinsk smertelindring, og langt de fleste overflyttede fødsler afsluttes ukompliceret på hospitalet uden yderligere behov for lægefaglig assistance (Maimburg, 2018).

En stor del af de registrerede hjemmefødsler er uplanlagte hjemmefødsler, hvor kvinden ofte føder uden assistance fra en jordemoder. I 2018 udgjorde uplanlagte hjemmefødsler ca. 23 % af alle hjemmefødsler ved Aarhus Universitetshospital. Her forekommer der ofte transport til fødestedet efter barnet er født og før placentas forløsning. Dette forhold berøres ikke i udkastet.

Majoriteten af de kvinder, der vælger at føde på sygehus, transporterer sig fra hjem til fødeafdeling under fødselens latente eller aktive fase. I modsætning til overflytning ved planlagt hjemmefødsel, sker denne transport uden forudgående tilsyn, eller med følgeskab, af jordemoder.

Vi undrer os over, at problematikken vedr. overflytninger mellem hospitalernes specialafdelinger pga. kapacitetsmangel ikke er nævnt. Der er grund til at tro, at sådanne overflytninger kan påvirke fødselsforløb og fødselsoplevelse i negativ regning, da det er situationer, som kvinderne/parrene/familierne ikke er forberedt på, og som ikke sker med en ledsagende jordemoder.

Ligeledes har flere fødende kvinder fået længere transport til fødeafdelingerne efter den øgede centralisering af fødslerne. Nedlæggelsen af fødeafdelinger, og den deraf øgede afstand til sygehus med fødeafdeling, har især betydning for familier, der bor langt fra et sygehus med fødeafdeling, og familier der er afhængige af offentlig transport. Anekdotiske beretninger fra jordemødre, der arbejder i områder, hvor kvinderne har langt til en fødeafdeling, understreger, at transportproblematikker fylder mere i konsultationerne i dag end tidligere. Det gælder ikke mindst for kvinder i lavindkomstgrupper, hvor både praktisk planlægning og økonomi fremhæves som udfordringer. Der lægges i dokumentet op til, at kvinder, der overvejer at føde hjemme, og som har langt til nærmeste fødeafdeling, ikke kan anbefales at føde hjemme. Denne anbefaling savner begrundelse og dokumentation. Det kunne være relevant at drage et modsatrettet hensyn ind i gennemgangen; at en kvinde, der har langt til klinik eller fødeafdeling eller tidligere har født hurtigt, ikke bør bruge lang tid

på landevejen med risiko for at føde uplanlagt på vej til hospitalet, men i stedet få en jordemoder ud, der kan assistere ved fødsel i hjemmet. Klinisk såvel som videnskabeligt er det velkendt at, børn født under transport, er særligt udsatte, bl.a. pga. hypotermi.

3.0 Kvindens rettigheder, herunder tone og retorik i dokumentet

Der anvendes en generelt paternalistisk og værdiladet tone i dokumentet, som bør undgås. Retorikken medfører en beskrivelse af kvinders rettigheder ved valg af fødested, der ikke lever op til Sundhedsloven. Endvidere henstilles til, at der konsekvent indsættes subjekt efter 'gravide' og 'fødende', så det ændres til *gravide kvinde(r)* og *fødende kvinde(r)*.

Det er bemærkelsesværdigt, at *Anbefalinger for svangreomsorgen* fra 2013 i højere grad er baseret på en faglig og nøgtern beskrivelse af de forskellige typer af fødesteder (sygehus, klinik, hjemmefødsel) og præsenterer en mere objektiv beskrivelse af kvindens rettigheder og sundhedsvæsenets opgaver i overensstemmelse med sundhedsloven. Det aktuelle dokument er præget af en paternalistisk og værdiladet retorik i en betydeligt skærpet form. Den farvede tone ses ikke kun i den anvendte retorik, men viser sig også ved, at der er forskel på, hvilken type af informationer, man vælger at præsentere under de parallelle afsnit om de respektive typer af fødesteder. Dette bør ikke kunne forekomme i en anbefaling fra en faglig myndighed i Danmark.

I Danmark har kvinder en juridisk ret til selv at vælge, hvor de ønsker at føde. Iht. Sundhedslovens §16 har kvinder i Danmark desuden ret til information, herunder om risici og om alternative muligheder ved de valg de træffer ("Sundhedsloven § 16," n.d.). Sundhedsloven og kvindens ret til information fremhæves bl.a. i afsnittet om fødsel uden for sygehus, men her henledes opmærksomheden alene på mulige risici forbundet med fødsel på klinik eller i hjemmet. Kvinder skal sikres information, der lever op til kravene i Sundhedsloven, uanset hvor de vælger at føde, og det kan derfor undre, at sundhedsloven og mulige risici ved fødsel på sygehus ikke nævnes i afsnittet om fødsel på sygehus.

Nedenfor har vi udvalgt nogle eksempler på værdiladet retorik og selektive valg af information:

S. 5, 3. afsnit: Første del af afsnittet har en paternalistisk undertone, hvor kvindens frie valg ikke fremstår tydeligt, som det ifølge lovteksten burde ("Sundhedsloven § 83," n.d.). Kunne fx ændres til: "Gravide kvinder kan frit vælge, hvor de ønsker at føde, og regionen er forpligtet til at yde jordemoderhjælp, uanset hvor fødslen finder sted." Sidste del af afsnittet er et eksempel på selektivt udvalgte oplysninger. Information om, hvilke kvinder, der bør visiteres til hvilke typer fødesteder, følger længere nede på siden, og passagen om stærk sundhedsfaglig visitation med opmærksomhed på kvindens paritet og risiko for komplikationer bør derfor slettes.

S. 5, 5. afsnit: Det beskrives, at det er uhensigtsmæssigt at arbejde med begreber som "fødeklinikker for ukomplicerede fødsler". Der findes evidens for at opbakning, støtte og tro på at en fødsel kan forløbe ukompliceret har betydning for komplikationsgraden af den afsluttede fødsel (White VanGompel, Main, Tancredi, & Melnikow, 2018), hvilket kan tale for, at det retorisk kan give god mening at arbejde med begreber som ukomplicerede fødsler, så længe fødslen forløber sådan.

S. 14, 3. afsnit: Fødeklinikker beskrives generelt selektivt og med negativ retorik. Det er bemærkelsesværdigt da videnskabelig litteratur finder at kvinder der er visiteret til klinik fødsler har samme gode sundhedsudfald for mor og barn sammenlignet med fødsel på specialafdeling men med en væsentlig reduktion i indgreb under fødslen. I stedet henvises der til et vedlagt bilag der indeholde en narrativ fortælling hvis validitet er

tvivlsom. Hjemmefødsler omtales generelt i et risikoperspektiv hvor der udvælges selektive resultater der formidles med opjusterede risikoestimer. Der imod beskrives det, at fødsel på specialafdeling kun øger risikoen for unødige indgreb beskedent det på trods af at lavrisiko kvinder har en væsentlig forhøjet risiko for indgreb i fødslen når de føder på specialafdeling og en dobbelt så høj risiko for sphincter ruptur sammenlignet med en matched gruppe af lav-risiko gravide der føder hjemme (Scarf et al., 2018).

S. 25, 5.-7. afsnit: Disse afsnit er særdeles farvede i deres tone. Først gives en længere beskrivelse af fødsler på en fødeafdeling, og fødeafdelinger beskrives i yderst positive vendinger; der tales fx om kontinuerlig faglig sparring og sikring af fødslen som en kontinuerlig proces og af sammenhængende fødselsforløb. Hvorefter dette vendes til, at alt det positive, der netop er remset op, 'kan udfordres ved en organisering med afsnit for lavrisikofødende'. Teksten giver læseren en fornemmelse af, at forfatterne er imod etablering af klinikker.

Side 37, første bullet: Anbefalingsboksens første bullet bør ændres til en neutralt beskrivende tone, fx: "Gravide kvinder med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel af et rask barn kan visiteres til at føde i hjemmet" i stedet for, at det understreges, at det 'kun' er gravide kvinder med ukompliceret graviditet etc., som bør kunne visiteres til at føde i hjemmet. Det er ligeledes uklart, hvorfor det understreges for klinik- og hjemmefødsler, at denne visitation kun bør finde sted, såfremt kvinden har et ønske herom.

For at opnå en mere objektiv og faglig fremstilling, der signalerer ligeværdighed i præsentationen af de forskellige typer af fødesteder (hjemme, klinik og specialafdeling), kan Styrelsen med fordel lade sig inspirere af opsætningen og de formuleringer, som er anvendt i de engelske NICE-guidelines om valg af planlagt fødested ("Recommendations | Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance | NICE," n.d.):

1.1.1 Explain to both multiparous and nulliparous women who are at low risk of complications that giving birth is generally very safe for both the woman and her baby.[2014]

1.1.2 Explain to both multiparous and nulliparous women that they may choose any birth setting (home, freestanding midwifery unit, alongside midwifery unit or obstetric unit), and support them in their choice of setting wherever they choose to give birth:

- Advise low-risk multiparous women that planning to give birth at home or in a midwifery-led unit (freestanding or alongside) is particularly suitable for them because the rate of interventions is lower and the outcome for the baby is no different compared with an obstetric unit.
- Advise low-risk nulliparous women that planning to give birth in a midwifery-led unit (freestanding or alongside) is particularly suitable for them because the rate of interventions is lower and the outcome for the baby is no different compared with an obstetric unit. Explain that if they plan birth at home there is a small increase in the risk of an adverse outcome for the baby.[2014] [2014]

1.1.3 [...] explain to low-risk multiparous women that:

- planning birth at home or in a freestanding midwifery unit is associated with a higher rate of spontaneous vaginal birth than planning birth in an alongside midwifery unit, and these 3 settings are associated with higher rates of spontaneous vaginal birth than planning birth in an obstetric unit
- planning birth in an obstetric unit is associated with a higher rate of interventions, such as instrumental vaginal birth, caesarean section and episiotomy, compared with planning birth in other settings
- there are no differences in outcomes for the baby associated with planning birth in any setting.[2014]

4.0 Jordemoderens autorisation og virksomhedsområde

Det er overraskende og bekymrende at jordemødres autorisation gradbøjes i udkastet. Autoriserede jordemødre kan varetage den spontane, ukomplicerede fødsel mellem 37 og 42 fulde graviditetsuger, herunder observation, pleje og behandling af den fødende kvinde og barnet uanset fødested.

Det konstateres, at det skal være en erfaren jordemoder, der skal varetage hjemmefødsler, og at jordemødre, der varetager hjemmefødsler, skal undervises i neonatal genoplivning og deltage i obstetrisk færdighedstræning. Jordemødre er via deres grunduddannelse uddannet til at varetage fødsler uanset fødested. Jordemødre skal selvfølgelig, ligesom alle andre autoriserede sundhedspersoner, vedligeholde deres kompetencer i såvel neonatal genoplivning og obstetrisk færdighedstræning, det gælder for alle jordemødre og ikke kun de jordemødre der forestår hjemmefødsler.

Det foreslås flere steder i udkastet, at der skal være fælles guidelines og fælles ledelse med specialafdelingerne uanset fødested, det vil i yderste konsekvens betyde at jordemødre fratages deres selvstændige virksomhedsområde og herunder ledelsesretten over eget fag. Det er et urimeligt indgreb i en professions selvstændige virke og fremsættes uden nogen form for dokumentation. Det kan ligeledes betyde, at jordemødre ikke længere kan ernære sig som privatpraktiserende jordemoder eller oprette private fødeklinikker med selvstændig ledelse, hvilket er en indskrænkning af jordemødres selvstændige virksomhedsområde.

Det er vist i bl.a. Birthplace-studiet, at der er en større andel af kvinder med en ukompliceret graviditet, som får en ukompliceret fødsel, blandt dem, der føder hjemme eller på klinik, sammenlignet med fødsel på sygehus. The Lancet Midwifery Series (The Lancet, 2019) har ligeledes vist, at 'midwifery-led care', hvor jordemødre leder eget kompetenceområde, er forbundet med en høj kvalitet i fødselshjælpen, både på medicinske udfald og patientoplevelser, en kvalitet, der ikke i samme grad kan genfindes ved shared-led care. Det er derfor urimeligt vidtgående, at det anbefales at indskrænke jordemødres selvstændige ledelsesrum, når der ikke findes dokumentation herfor – men snarere for det modsatte.

Kronologisk liste med uddybning af forhold i udkastet der kræver revision

Resume

s. 5, 1. afsnit: Der savnes dokumentation for flg.: "siden årstusindeskiftet er der sket en generel og betydelig faglig forbedring på fødeområdet". Det er positivt, men også et markant udsagn, som bør underbygges. Senere i afsnittet ses en udokumenteret kobling mellem 'let adgang til relevant information' og muligheden for at træffe et informeret valg, men let adgang giver ikke automatisk mulighed for at træffe et informeret samtykke. Endelig er det uklart, hvad der menes med "en stærk sundhedsfaglig visitation".

S. 5, sidste afsnit: Dette afsnit beskriver forhold vedr. fødsel på klinik. Det er problematisk, at dette afsnit er opbygget anderledes end det foregående og det efterfølgende afsnit om fødsel på fødeafdeling og fødsel i hjemmet. Hvor de to øvrige afsnit indledes med oplysninger om, hvilke gravide kvinder, der kan visiteres til fødsel på fødeafdeling og i hjemmet, indledes afsnittet om klinikker med, at det "er uhensigtsmæssigt at arbejde med begreber som 'fødeklinikker for ukomplicerede fødsler'". Der henstilles til, at der sikres konsistens ved fx at indlede afsnittet om klinikfødsler med: "Gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel kan visiteres til fødsel på klinik". Man fornemmer en negativ klang i hele afsnittet om klinikker, hvilket er uhensigtsmæssigt.

Indledning og lovgrundlag

S. 8, 5. afsnit: Her nævnes 'det generelle planlægningsprincip om, at 'øvelse gør mester' med henvisning til Sundhedslovens § 2, men der står ikke noget i Sundhedsloven §2 om princippet om, at øvelse gør mester.

S. 9, 2. afsnit: Er der afsat ressourcer og udarbejdet en plan for udarbejdelse af informationsmateriale og retningslinjer for information til den gravide kvinde/parret? Hvordan tænkes denne information anvendt? Hvilke fag- og brugergrupper tænkes involveret i udarbejdelsen af materialet? Og har man overvejet, om det er hensigtsmæssigt at denne information står i et dokument der handler om anbefalinger til organisering af fødesteder?

S. 10, 1. afsnit: Der savnes generelt dokumentation i dette afsnit. Ligesom i resumeet mangler der dokumentation for flg.: "Siden årstusindeskiftet er der sket en generel og betydelig faglig forbedring på fødselsområdet." Senere i afsnittet er listet en række tiltag på fødeområdet, som samlet beskrives som 'succesfulde'. Dette er endnu et markant udsagn, som bør underbygges og dokumenteres med henvisning til videnskabelig litteratur.

I et dokument omhandlede organisering af fødesteder, herunder hjemmefødsler, kan det undre, at den øgede søgning til hjemmefødsler de senere år ikke er nævnt.

S. 10, 1. afsnit: Det beskrives i dokumentet at der er "en stor anvendelse af tværfaglige og kliniske retningslinjer på fødeområdet i Danmark". Dette er ikke korrekt, idet arbejdet med kliniske guidelines lige siden 1990'erne har været organiseret og stærkt styret af DSOG, som i beskedent omfang har inviteret jordemødre med, når de har fundet det relevant. Dette er fagligt og videnskabeligt en utilfredsstillende situation, og der kan i teksten ikke stå andet end: "Der er en stor anvendelse af kliniske retningslinjer på fødeområdet i Danmark, udarbejdet af Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi". Det findes for nuværende kun én klinisk guideline på fødselsområdet udarbejdet i et tværfagligt samarbejde under Sundhedsstyrelsen.

S. 13, 2. afsnit: Af teksten fremgår det, at kejsersnitsraten i 2017 var nogenlunde ens for første- og flergangsfødende kvinder, bortset fra akutte kejsersnit. Dette er ikke korrekt, idet planlagt kejsersnit er dobbelt så sandsynligt hos flergangsfødende. Senere samme afsnit nævnes overbårenhed som en af indikationerne for igangsættelse. Der bør anvendes en anden betegnelse, idet overbårenhed er defineret ved, at graviditeten ikke er afsluttet ved fuldgåede 42 uger. Da kun ca. 2 % af alle fødsler i Danmark i dag finder sted ved 42+ efter igangsættelse (tal fra 2016, (Juhl & Rydahl, 2018)), tænkes der formentlig primært på igangsættelser over terminsdatoen, fx de rutinemæssige igangsættelser ved 41+0-6, som rimeligvis ikke kan betegnes som overbårne graviditeter.

S. 13, tabellen nederst på siden: Den valgte måde at opgøre fødselsudfald på fokuserer ensidigt på risiko for komplikationer, og dette bliver endnu stærkere, når en kvinde kan indgå under flere udfald som i den viste tabel. Den benyttede metode er ukorrekt og misvisende, i stedet bør det beskrives hvad kvindens chance for en ukompliceret fødsel er, afhængig af fødested stratificeret på første- og flergangsfødende. De komplicerede fødsler udgør den komplementære værdi.

S. 14, 1. afsnit: Vi foreslår, at dette afsnit om ukomplicerede fødsler rykkes frem, så det kommer før afsnit og tabeller om indgreb og komplikationer. Det bør endvidere præciseres, at igangsættelse af fødsel og medicamentel vestimulation indgår i denne definition af en 'ukompliceret fødsel'. Der bør endvidere være en eksPLICIT begrundelse for denne definition.

S. 15, 4. afsnit: Korrektur: Meconium aspiration (ikke respiration).

Senere samme afsnit: ”Dog fandt man for gruppen af førstegangsfødende, der planlagde at føde i hjemmet, en næsten dobbelt så stor risiko for komplikationer hos barnet (aOR=1.75, 95% CI 1.07-2.86).” Der mangler information om, hvem/hvad der sammenlignes med, og det er en tilsnigelse at fortolke en OR på 1.75 som ’en næsten dobbelt så stor risiko’ - det bør i så fald åbne op for en fortolkning om en risiko der er halv så stor, hvilket skaber en stor usikkerhed om fortolkning af resultatet.

Endvidere bør der gøres bedre rede for det ’composite endpoint’, der er anvendt i studiet, herunder at få helt tydeligt frem, at af de 250 ’komplikationer’ hos barnet, var kun 13%, svarende til 32 tilfælde, dødfødsel eller tidlig neonatal død. Mange af de 250 tilfælde var lette komplikationer typisk uden sequelae for barnet. Derfor var studiet reelt statistisk underdimensioneret til at undersøge de komplikationer, som gravide par er mest interesserede i, hvilket forfatterne også har gjort opmærksom på i undersøgelsen. Samme tydelighed ses ikke i dokumentet, ligesom den store statistiske usikkerhed på estimatet, samt at der konkluderes på baggrund af et enkelt observationelt studie, i langt højere grad bør afspejles i et mere forsigtigt sprogbrug når resultaterne refereres. Grundet at selv det composite endpoint er så sjældent, bør resultatet også præsenteres som en absolut forskel, altså en forskel på 0.53% og 0.93%, reelt svarende til 4 ud af 1000 tilfælde. Endeligt savner vi begrundelse for, at man vælger at benytte et studie som er underdimensioneret i forhold til neonatale komplikationer, når der forefindes to større kohorte studier med lang større statistisk styrke som ikke finder forskel i neonatale komplikationer.

Der henvises til en fodnote #3, som ikke findes.

S.15, 5. afsnit: Der afrapporteres hyppigheden af fødsler uden indgreb på klinikker og hjemme, men sammenligningsgruppen – den obstetriske enhed – som har en langt lavere hyppighed på 57,6%, er ikke nævnt.

S. 15, sidste afsnit: Det fremhæves, at Birthplace-studiet fra England har en række metodemæssige svagheder. Dette giver indtryk af en alvorlig kritik, men der nævnes kun selvsektion som mulig svaghed. Hvis der ikke nævnes andre svagheder, virker det misvisende og uforholdsmæssigt negativt at tale om ’en række metodemæssige svagheder’. Metodemæssige svagheder bør præciseres så rapporten fremstår transparent.

S. 16, fodnote: Fodnoten skulle relatere til det hollandske studie, men tallene synes ikke at give mening, da studiet er meget større. Det har heller ikke været muligt at genfinde tallene i den specifikke artikel.

S. 16, 2 afsnit: Det beskrives at resultaterne (fra det hollandske studie) kan være svære at overføre til lande hvor hjemmefødsler ikke er en integreret del af svangreomsorgen. Herefter følger en fortolkning af, at det gør sig ikke gældende i Holland hvor en betragtelig del af kvinder føder hjemme. Her sker en fejlfortolkning af hvad der menes med integreret del af svangreomsorgen idet der hermed menes at der forefindes en samarbejde med hospitalsvæsenet om fx overflytninger. Samme konklusion om integration ses i det canadiske studie om fødesteder – dette for at sikre at resultaterne ikke umiddelbart overføres til steder hvor der er svært at overflytte en kvinde til hospitalet under fødslen som fx i USA, hvor kvinder nægtes adgang til hospital, når de overflyttes fra en hjemmefødsel. I Holland er hjemmefødslerne velintegreret i hospitalsvæsenet, på linje med i Danmark.

S. 16, 3. afsnit: Der mangler reference på det nordiske studie.

S. 17, tekstboks: I afsnittet lige før boksen understreges det, at man bør ”være forsigtig med at udlede meget konkrete konklusioner af de foreliggende studier”, men i boksen i dokumentet vælger man at drage ret specifikke konklusioner, som er konkluderet ”på baggrund af den foreliggende evidens”. Dette harmonerer ikke med de stærke forbehold, der fremhæves i afsnittet før boksen. Begrebet ’foreliggende evidens’ er abstrakt og det bør konkretiseres ved at indsætte referencer mhp. at styrke transparens.

Sprogbruget i tekstboksen er biased. Der er ’øget risiko’ for barnet, og kvinder ’risikerer at blive overflyttet’, Overflytning under fødsel kan fx ændres til ’...kan forvente at blive overflyttet...’.

Forholdet mellem beskrivelsen af hjemmefødsler og klinikfødsler fremstår biased og bør endvidere beskrives hver for sig. Vi har flere gange nævnt, at litteratursøgningen er mangelfuld, der indgår i teksten et bilag, der omtaler danske ABC klinikker, hvorfor det er bemærkelsesværdigt at Charlotte Overgaards ph.d. om klinikfødsler, baseret på tal fra Nordjylland (Christensen & Overgaard, 2017; Overgaard, Møller, Fenger-Gron, Knudsen, & Sandall, 2011), ikke nævnes i rapporten. Det samme gør sig gældende for hjemmefødselsordningen på Sjælland, der har eksisteret i mere end 25 år.

Information til den gravide

Fødsel på sygehus

S. 20, 1. afsnit: ”Jordemoderen er den primære fødselshjælper ved planlagte vaginale fødsler” foreslås ændret til: ”Jordemoderen varetager selvstændigt ukomplicerede vaginale fødsler og er den primære fødselshjælper ved enhver planlagt vaginal fødsel”.

S. 21, 3. afsnit (om jordemoderen): Jordemoderen betegnes her som ’den primære fødselshjælper’. Dette bør ændres til ”Jordemoderen varetager selvstændigt ukomplicerede vaginale fødsler”. Senere i samme afsnit fremgår det, at der er dokumentation for, at tilstedeværelse af en jordemoder kontinuerligt under fødslen nedsætter kvindens behov for medicinsk smertelindring m.m. Her bør indsættes den relevante videnskabelige reference.

S. 22, 3. afsnit: Det nævnes, at der kan være særlige udfordringer ved fødesteder med ”mindre end 1500 eller mere end 5000 fødsler årligt”, og det understreges, at der ikke foreligger stærk evidens området. Hvis der ikke er evidens for denne anbefaling, bør den ikke medtages, da den kan få negativ betydning for velfungerende fødesteder og for områder i landet der har lav befolkningstæthed og dermed ofte langt til et fødested.

s. 23, 4. afsnit: Her og i de parallelle afsnit om klinik- og hjemmefødsler bør man tilføje forskning til overskriften om kvalitetssikring og monitorering.

S. 24 (Anbefalinger): Det nævnes, at der ”bør sikres tilstedeværelse af en sundhedsperson fra kvinden er i aktiv fødsel”. Vi formoder, at der er tale om en slåfejl, og at ’sundhedsperson’ skal udskiftes med ’jordemoder’.

Første bullet: Her listes en række af de muligheder og tilbud, der er tilgængelige ved fødsel på en fødeafdeling. I tilsvarende afsnit for fødsler uden for sygehus, bør der oplyses om respektive muligheder og tilbud.

Sidste bullet: Det giver sig selv, at der generelt er flere indgreb på en fødeafdeling, som rummer alle de komplicerede fødsler. Der bør i stedet stå: ”Ved planlagt fødsel på en fødeafdeling vil der hos lavrisikofødende kvinder være en højere risiko (eller hyppighed) for indgreb i fødslen sammenlignet med ved fødsel på klinik eller i hjemmet. Desuden bør man vise tallene for dette, både for første- og flergangsfødende.

S. 26, 1. afsnit: Her nævnes det, at der med fordel kan lægges vægt på paritet ifm. rådgivning om valg af fødested, ”særligt set i lyset af at hver tredje førstegangsfødende kan forventes at skulle overflyttes”. Her er et eksempel på unødigt risikoorienteret retorik, og afsnittet bør ikke være placeret her under ’målgruppe’.

S. 29, Boks om Patientinformation,

Anden bullet: Denne bullet er biased ved at bruge udtrykket ’lidt lavere hyppighed for indgreb i fødslen’. Tallene fremgår af den engelske artikel, og der er ikke tale om en ’lidt’ lavere hyppighed, det drejer sig derimod typisk om forskelle, der er større end ’den større risiko hos barnet for komplikationer’, som også præsenteres. Fx er det for akut kejsersnit 11,1 % vs. 4,4 %, og for vestimulation 23,5 % vs. 10,3 %, i begge tilfælde en mere end halveret. Det samme gælder for sphincter ruptur, som tidligere nævnt.

Tredje bullet: Her anvendes igen biased sprogbrug. Der bør stå, at de fødende kvinder kan ’forvente’ at blive overflyttet’ og ikke ’risikere’ det. Som nævnt tidligere er erfaringen den, at de fødende ofte har et ret afslappet forhold til en overflytning, da de er forberedt på det og som regel har deres jordemoder med.

s.34, 2. afsnit: Det foreslås, at det kan være relevant, at definere kriterier/scenarier for, hvornår jordemoderen ved en hjemmefødsel bør konferere med kollega tilknyttet relevant obstetrisk afdeling/fødegang. En sådan beslutning bør ikke centraliseres. Jordemoderen er netop uddannet til at håndtere sådanne situationer og til vurdere, hvornår der er behov for at kontakte en læge.

S. 36, 5. afsnit: Her nævnes, at man ved hjemmefødsler bør ”have mulighed for at få et objektivt mål for barnets tilstand efter fødslen”. Apgar score anvendes som mål for barnets tilstand både på specialafdeling, klinik og ved hjemmefødsler. Hvis forslaget skal forstås således, at man ønsker at indføre andre standardiserede metoder, eksempelvis navlesnorsprøver, vil vi henlede opmærksomheden på, at det kan lægge et urimeligt pres både logistisk og økonomisk på fritstående fødeklinikker og hjemmefødselspraksisser, jf. bl.a. behovet for transport af blodprøver og indkøb af teknologi til analyse af blodprøver.

S. 37, tekstboks: I anbefalingsboksen benyttes termen ”mod givet råd”. Denne sprogbrug er forældet og kan skabe tvivl om kvindens juridiske rettigheder ved valg af fødested, herunder om denne rettighed eventuelt administreres af andre i praksis, end kvinden selv.

S. 38, tekstboks:

Første.bullet: Der bør stå ’lavere hyppighed’, ikke ’lidt lavere hyppighed’. Tallene og forskellene bør vises.

S. 39, faktabokse om fødsel på klinik.

Også her er resultater fra det engelske Birtplace-studie udvalgt selektivt, og relevante resultater er udeladt. Studiet indeholder bl.a. resultater vedr. fødsel på fritstående klinik. Disse resultater ligger bl.a. til grund for, at NICE anbefaler førstegangsfødende med forventet ukompliceret fødsel af føde på fødeklinik..

Referenceliste

S. 41: Referencelisten er, som nævnt tidligere utilstedeligt kort. Herudover mangler konkret reference på det nordiske studie, som nævnes på s. 16.

Implementering

S. 43-44 (Bilag 1 – Erfaringer fra de tidligere fødeklinikker):

Det er positivt, at anbefalingerne indeholder beskrivelse af og erfaringer fra de tidligere ABC-klinikker, men bilag 1 mangler fuldstændigt information om, hvilke informationer og kilder det bygger på.

Det havde været rimelig at inddrage dansk og udenlands litteratur om klinik fødsler, herunder den del af birth place studiet som omhandler jordemoderledede fødeklinikker. Ligeledes er det bemærkelsesværdigt at udkastet ikke inddrager den eksisterende videnskabelig litteratur om klinik fødsler fra Nordjylland.

Det beskrives at Sundhedsstyrelsen anbefaler at brugerorganisationer inddrages i arbejdet med organiseringen af fødeområdet. Det henleder opmærksomhed på, om styrelsen har inddraget brugerorganisationer i udarbejdelse af nærværende skrift og hvis det er tilfældet om man har lyttet til disse brugerorganisationer.

Med venlig hilsen

Ane Lilleøre Rom, ph.d., postdoc og klinisk jordemoderspecialist, Rigshospitalet

Anette Werner, ph.d., adjunkt i jordemodervidenskab, Klinisk Institut, Syddansk Universitet

Annette Dalsgaard, ph.d.-studerende, Aalborg Universitet

Charlotte Overgaard, ph.d., lektor i folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

Christina Prinds, ph.d., adjunkt, Klinisk Institut, Syddansk Universitet, og lektor, University College Syd

Dorte Hvidtjørn, ph.d., lektor i jordemodervidenskab, uddannelsesleder på kandidatuddannelsen i jordemodervidenskab, Syddansk Universitet

Ellen Aagaard Nøhr, ph.d., professor i jordemodervidenskab og reproduktionsepidemiologi

Eva Rydahl, ph.d.-studerende, Aarhus Universitet, og lektor, Jordemoderuddannelsen, Københavns Professionshøjskole

Ingrid Jepsen, ph.d., lektor, Jordemoderuddannelsen, University College Nordjylland

Jette Aaroe Clausen, ph.d., lektor, Jordemoderuddannelsen, Københavns Professionshøjskole

Lotte Broberg, ph.d.-studerende, Rigshospitalet

Margrethe Nielsen, ph.d., lektor, Jordemoderuddannelsen, Københavns Professionshøjskole

Mette Backhausen, ph.d., forsknings- og udviklingsjordemoder, Sjællands Universitetshospital

Mette Juhl, ph.d., docent og forskningsansvarlig, Jordemoderuddannelsen, Københavns Professionshøjskole

Rikke Damkjær Maimburg, ph.d., lektor, Klinisk Institut, Aarhus Universitet, og forskningsleder på Kvinde- sygdomme og fødsler, Aarhus Universitetshospital

Referenceliste

- Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., ... Stewart, M. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343(nov23 4), d7400–d7400. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>
- Blix, E., Kumle, M. H., Ingversen, K., Huitfeldt, A. S., Hegaard, H. K., Ólafsdóttir, Ó. Á., ... Lindgren, H. (2016). Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries - a prospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(4), 420–428. <https://doi.org/10.1111/aogs.12858>
- Christensen, L. F., & Overgaard, C. (2017). Are freestanding midwifery units a safe alternative to obstetric units for low-risk, primiparous childbirth? An analysis of effect differences by parity in a matched cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1208-1>
- de Jonge, A., Geerts, C. C., van der Goes, B. Y., Mol, B. W., Buitendijk, S. E., & Nijhuis, J. G. (2015). Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(5), 720–728. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13084>
- Fagerlin, A., Zikmund-Fisher, B. J., & Ubel, P. A. (2011). Helping Patients Decide: Ten Steps to Better Risk Communication. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 103(19), 1436–1443. <https://doi.org/10.1093/jnci/djr318>
- Geerts, C. C., van Dillen, J., Klomp, T., Lagro-Janssen, A. L. M., & de Jonge, A. (2017). Satisfaction with caregivers during labour among low risk women in the Netherlands: the association with planned place of birth and transfer of care during labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 229. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1410-9>
- Hoffrage, U., Lindsey, S., Hertwig, R., & Gigerenzer, G. (2000). Medicine. Communicating statistical information. *Science (New York, N.Y.)*, 290(5500), 2261–2262. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11188724>
- Hutton, E. K., Cappelletti, A., Reitsma, A. H., Simioni, J., Horne, J., McGregor, C., & Ahmed, R. J. (2016). Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 188(5), E80–E90. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150564>
- Juhl, M., & Rydahl, E. (2018). MIPAC - Medicalisation in Pregnancy and Childbirth.
- Maimburg, R. D. (2018). Homebirth organised in a caseload midwifery model with affiliation to a Danish university hospital – A descriptive study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 82–85. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.011>
- Olsen, O., & Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD000352. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub2>
- Overgaard, C., Moller, A. M., Fenger-Gron, M., Knudsen, L. B., & Sandall, J. (2011). Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open*, 1(2), e000262–e000262. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000262>
- Recommendations | Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance | NICE. (n.d.). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth>
- Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., ... Homer, C. S. E. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, 240–255. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>
- Sundhedsloven § 16. (n.d.). Retrieved April 1, 2019, from <https://danskelove.dk/sundhedsloven/16>
- Sundhedsloven § 83. (n.d.). Retrieved April 1, 2019, from <https://danskelove.dk/sundhedsloven/83>
- The Lancet. (2019). Feminism is for everybody. *The Lancet*, 393(10171), 493. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30239-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30239-9)
- White VanGompel, E., Main, E. K., Tancredi, D., & Melnikow, J. (2018). Do provider birth attitudes influence cesarean delivery rate: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 184. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1756-7>