

Høringssvar på Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet

Høringssvar fra Jordemødrene på Odense Universitetshospital, OUH

Tak for muligheden for at give høringssvar på udkast til Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet. Jordemødrene på Odense Universitetshospital har følgende kommentarer til udkastet.

På **s. 8** anføres det, at Sundhedsstyrelsens udgangspunkt for anbefalinger bl.a. er de generelle principper om lighed i adgang til sundhedsydelser, høj kvalitet i behandling i hele landet (...) [og] valgfrihed (...). Med afsæt i ovenstående bør Sundhedsstyrelsen anbefale, at kvinder i alle Regioner gives mulighed for at vælge mellem alle de i høringsudkastet nævnte fødesteder. Ikke mindst set i lyset af, at den evidens, der findes på området, ikke taler imod oprettelse af hverken fritliggende fødeklinikker eller fødeklinikker på hospital med obstetrisk afdeling (ift. faglig og patientoplevelse kvalitet).

S. 15 fremlægges resultater fra det engelske kohortestudie "Birthplace". I forhold til komplikationer for barnet bør de absolutte tal også indgå i anbefalingerne og ikke kun stå i en fodnote. Det er helt centrale data. Endvidere er der tale om et "composite endpoint", der spænder over meget forskellige udfald lige fra død til knoglefraktur, hvilket bør fremføres, når risikoen ifm. hjemmefødsler nævnes.

S. 16 står følgende: "Ved fødsler uden for en fødeafdeling er der risiko for overflytning under eller efter fødsel". Det er uhensigtsmæssigt at benævne overflytninger som en risiko (hvilket gentages mange steder i høringsudkastet). Risiko er normalt noget vi skal minimere/eliminere – men overflytninger er jo en kvalitet, når der er behov. Det er vigtigt at holde sproget så neutralt som muligt. Og 'risiko' er ret værdiladet i denne kontekst, ikke mindst da hovedparten af overflytningerne foregår uden hast. I stedet for "risiko for overflytninger" kunne der for eksempel skrives "kvinder kan forvente at blive overflyttet i xx tilfælde".

Udover information om overflytninger, bør en nuanceret og neutral information om valg af fødested også indeholde information om, at det kan ske overflytning af kvinden, når hun er gået i fødsel på grund af manglende kapacitet på det fødested, hvor hun har planlagt at skulle føde. Her kunne det være ønskeligt, om der også blev indsat tal for hyppighed; sådanne tal burde kunne fremskaffes ved henvendelse til landets fødesteder.

S. 22 behandles overvejelser om hensigtsmæssig størrelse på en fødeafdeling og der nævnes grænser på minimum 1500 og maksimum 5000 fødsler årligt. Det understreges, at der ikke findes stærk evidens på dette område. Men den manglende evidens in mente, bør anbefalinger nok ikke indeholde øvre og nedre grænser for fødestedernes størrelse.

S. 24 sammenfattes forslag til information om fødsel på obstetrisk afdeling. Her står bl.a. "Ved en fødsel på en fødeafdeling vil der være mulighed for umiddelbar assistance fra specialerne gynækologi og obstetrik, anæstesi og pædiatri. Det er derfor muligt at yde relevant sundhedsfaglig behandling umiddelbart eller inden for kort tid". Virkeligheden er, at der ofte er mulighed for umiddelbart assistance fra en speciallæge i obstetrik og gynækologi, men ikke altid.

S. 29 sammenfattes forslag til information om fødsel på et sygehusafsnit for lavrisikofødende. Heri står, at man som fødende ikke vil have samme mulighed for lægelig assistance som på en fødeafdeling. Dette må fuldstændigt bero på aktuell fysisk placeringen af et sådant afsnit, og bør ikke anføres i anbefalingerne som et generelt vilkår. Afsnittet kan være placeret i lige så fordelagtig afstand til lægelig assistance som fødeafdelingen. Endvidere må det holdes for øje, at der er tale om et fødeafsnit for lavrisikofødende, hvorfor det vil være sjældent, der opstår behov for umiddelbar lægelig assistance, men overvejende sandsynligt at den fødende i ro og mag kan overflyttes til den obstetriske fødeafdeling. På denne måde bør anbefalingerne omskrives, så de ikke er skævvredne i forhold til at fremhæve fordele ved en obstetrisk fødeafdeling på den ene side og ulemper ved andre fødesteder på den anden side!

S. 25 står følgende: "Fødestuerne på afsnittet vil ikke have samme udstyr som fødeafdelingen. (...) kvinden vil blive overflyttet til fødeafdelingen ved behov for smertelindring ud over lokalbedøvelse, ved behov for intravenøs behandling, ved behov for skærpet forsterovervågning, ved behov for operativ forløsning, suturering af større bristning m.v. (...)."

Nogle af ovenstående eksempler bør fjernes. I forbindelse med overflytning ved operativ forløsning i form af kejsersnit og ved suturering af større bristninger, vil der ske overflytning til operationsafsnit både for kvinder der føder på fødeafdelingen, og for kvinder, der føder på fødeafsnit for lavrisikofødende. Derfor er det fejlagtigt at medtage disse eksempler i denne sammenhæng (operativ forløsning kan ændres til sugekop). I forhold til udstyr på et afsnit for lavrisikofødende, vil der selvfølgelig skulle forefindes udstyr til basal genoplivning, ligesom man vil have ilt og sug og formentlig en form for Sechers bord. Endvidere vil det være hensigtsmæssigt, at der på klinikken kan tilbydes lattergas.

S. 26-27 beskrives målgruppen for fødsel på afsnit for lavrisikofødende. Her fremhæves det, at man i rådgivning omkring fødested med fordel kan "lægge vægt på kvindens paritet, særligt set i lyset af at hver tredje førstegangs fødende kan forventes at skulle overflyttes til fødegangen".

Der er to problemstillinger knyttet til dette:

For det første bør informationen være neutral og nuanceret. En "vægtning" er ikke neutral. I disse tider med fokus på øget brugerinddragelse bør information frem for alt være neutral og derudover tage afsæt i den enkeltes værdier og præferencer. Og det skal vel først og fremmest trækkes frem, at der er lavere risiko for indgreb (inklusive absolutte tal) og samme sikkerhed for børnene, på præcis samme måde som man i forhold til information om fødeafdeling har valgt at starte med at fremtrække det positive ved denne type fødested. Det samme gælder for s. 31 i forhold til hjemmefødsler, hvor der også her anføres, at man med fordel kan lægge vægt på kvindens paritet.

For det andet findes der vist ikke tal for overflytningsrater fra afsnit for lavrisikofødende til fødeafdeling. Det kunne se ud som om, man har brugt tal om overflytning fra hjemmefødsler, hvilket man ikke med rimelighed kan ekstrapolere til at gælde for dette set-up.

S. 32 er listet forskellige forhold, hvor hjemmefødsel ikke anbefales. Det er en fin relevant liste. Dog er det svært at forstå, hvorfor kvinder med tidligere kompliceret graviditet (men normal aktuel graviditet) ikke kan anbefales at føde hjemme. Såfremt dette forhold bibeholdes på listen, ønskes specifikation af, hvad der menes hermed.

S. 38 beskrives klinik uden for sygehus. Det undrer os, at en sådan klinik beskrives som værende "hverken geografisk, fagligt eller ledelsesmæssigt (...) en del af et sygehus med fødeafdeling. Vi kan umiddelbart se gode perspektiver i etablering af fritstående fødeklinikker, der har hospitalstilknytning – og at sådanne på flere områder vil være det mest hensigtsmæssige fx set i forhold til økonomi, uddannelse og kompetenceudvikling samt samarbejde ved overflytninger.

Odense d. 2. april 2019

På vegne af jordemødrene på OUH

Afdelingsjordemoder Lone Sølvsten Kappendrup