



Vedrørende høringssvar over 'Krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet'

Indledning

Jordemoderforeningen har modtaget Sundhedsstyrelsens udarbejdede høringsmateriale over 'Krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet'.

Siden "Anbefalinger for svangreomsorg 2013" udkom, er antallet af hjemmefødsler og klinikfødsler steget. Det er stadig langt det mest almindelige, at kvinder vælger at føde på hospital med fødeafdeling, men stigningen har vakt opmærksomhed, og dette - tillige med den stigende evidens på området omkring organisering af fødested - er antageligt baggrunden for, at SST har valgt at rette særligt fokus på kvinders valg af fødested og på anbefalingerne til hvorledes krav og behov imødekommes.

Vi finder, at opmærksomhed på kvinders og mænds og familiers valgmuligheder og behov er særdeles positiv. Imidlertid er der en række forhold, som Jordemoderforeningen finder, ikke tager tilstrækkeligt højde for inddragelse af kvinder og mænd, der venter barn, eller som ikke synes at være baseret på bedste viden.

Jordemoderforeningen vil i det følgende dele en række betragtninger, som høringsmaterialet har affødt, også fra de mange medlemmer, der har delt deres synspunkter med Jordemoderforeningen. Vi er opmærksomme på, at høringssvaret er vældig langt, og vi skal beklage dette, men vi har ikke haft mulighed for mindre.

Generelle kommentarer

Jordemoderforeningen finder det godt, at anbefalingerne rummer en række områder, der vil være med til at styrke dialogen og mødet mellem sundhedspersoner og den gravide kvinde i hendes valg af fødested.

Det synes i den henseende særligt positivt, at dokumentet indledningsvist anerkender betydningen af, at gravide kvinder og deres familier kan have mange forskellige bevæggrunde til

at vælge det ønskede fødested – et fokus, der er af særlig betydning i en tid, hvor der ses en gryende tendens til, at kvinder vælger at føde uden autoriseret sundhedspersonale til stede. I forhold til at understøtte kvindens valg, finder Jordemoderforeningen det også meget positivt – og yderst nødvendigt - at Sundhedsstyrelsen tænker at udarbejde et beslutningsstøtteværktøj inden udgangen af 2019. De seneste undersøgelser fra LUP 2018 fra Hvidovre Hospital tyder på en meget stor patienttilfredshed med det beslutningsstøtteværktøj, der er blevet udarbejdet i forbindelse med beslutningstagning omkring fødsel ved sectio antea. Vi stiller os gerne til rådighed i det videre arbejde omkring udarbejdelse af et beslutningsstøtteværktøj i forbindelse med valg af fødested.

Desværre rummer dokumentet også en række områder, som kræver mere kritisk vurdering.

Som udgangspunkt er der en markant forskel på den cirka én side lange gennemgang af valgmulighederne i udgaven af 'Anbefalinger for svangreomsorgen' fra 2013', og den minutiøse gennemgang, som området i det nuværende høringsudkast er genstand for.

Dokumentet søger at omfavne området bredt og dække flest tænkelige aspekter, også aspekter, som vi finder afdækkes i lokale valg af organiseringsformer.

Og hvor 2013-versionen i dagens ramme måske kan findes for kortfattet, er det foreliggende dokument blevet meget omfangsrigt; samme aspekter gentages mange gange i forskellige afsnit og i forskellige afskygninger. Gentagelserne gør, at dokumentet får et meget ensidigt præg af risikoopfattelse.

Det er af stor betydning for den kontekstuelle forståelse af mange af de refererede resultater, at den absolutte risiko skrives ind i teksten. Der er for nuværende i flere tilfælde tydelig tale om en fortolkning af resultaterne, idet det tales om en 'lille' forøget risiko/hyppighed af det ene eller det andet. Denne tolkning er unødvendig og misvisende.

Vi finder dertil en række områder, der enten er retorisk uklare, eller hvor den anvendte retorik risikerer at trække læseren i en retning, der ikke findes belæg for i den tilgængelige evidens. Udgangspunktet for denne skrivelse må antages at være den gravide kvinde og hendes eventuelle partner, jævnfør Sundhedsstyrelsens fokus på patientcentreret behandling/omsorg, og Sundhedsloven, § 2.

Al rådgivning og vejledning må ud fra denne betragtning tage udgangspunkt i kvindens behov og ønsker. Alligevel finder vi, at en del af anbefalingerne fremstår som, at 'kvinden skal overflyttes', 'kvinden skal føde på...' osv. Dokumentet bør konsekvensrettes, så det til enhver tid fremgår, at der er tale om et tilbud til kvinden - og ikke rummer formuleringer, der i højere grad ligner påbud.

Det kan synes som et overflødigt ærinde at skulle skrive dette minutiøst ud under hvert enkelt relevant punkt, men det er væsentligt at anerkende den effekt, som retorikken medfører, hvorfor konsekvensretning er påkrævet

Desværre fremstår fortsat steder, hvor der ikke foreligger referencer, selvom der tydeligvis refereres til bestemte studier.

Samtidig savnes også en oversigt, der viser litteratursøgningsstrategier, samt en liste over processen, herunder opgørelser over begrundelser for inddragelse og fravælgelse af litteratur, som anbefalingerne er blevet til på baggrund af. Endelig savnes også en liste over de parter, der har været involveret i processen.

Der mangler kongruens i betegnelsen af fødeafdeling, som igennem dokumentet kaldes flere forskellige ting. Vores forslag: Ordet "fødested" anvendes udelukkende til at beskrive det geografiske sted, hvor kvinden faktisk føder. Den overordnede enhed, fødeafdeling, kan dække specialafdeling, rummende fødegang og fødeklínik.

Jordemoderforeningen finder, at dokumentet i høj grad fokuserer på kompetencevedligeholdelse og kompetenceudvikling – desværre med en skævvridning i anskuelsesvinkel.

Først og fremmest skal det påpeges, at relevante myndigheder gennem godkendelse af uddannelsesordninger er garanter for de relevante autoriserede faggruppers kompetencer.

Jordemødre er, som alle andre autoriserede sundhedspersoner, forpligtede til at vedligeholde deres kompetencer. Heri ligger naturligvis også, at man skal udvikle sine kompetencer, så de er tidssvarende.

Jordemoderforeningen understøtter, at jordemødrene sikres kompetenceudvikling, naturligvis også under tilførsel af de dertil nødvendige midler. Det er dog påfaldende, hvor ofte det i dette dokument fremføres, at man skal sikre sig vedligeholdelse af jordemødrenes kompetencer samt kompetenceudvikling for jordemødre.

Vi finder det skævt – både for jordemødre, men i lige så høj grad for andre autoriserede sundhedspersoner - at det ikke omtales, at der er brug for generel kompetencevedligeholdelse og kompetenceudvikling for samtlige involverede i fødselshjælp.

Det er den enkelte autoriserede sundhedspersons forpligtelse at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, ligesom han/hun skal holde sin viden opdateret. Og det er i høj grad et ledelsesansvar at muliggøre og monitorere dette - hvor der findes en ledelse. Selvstændigt praktiserende jordemødre har en særlig forpligtelse til at indgå i disse opgaver, og det er vores indtryk, at det bliver taget meget alvorligt. Det er værd at tilføje, at selvstændige jordemødre skal opretholde god faglighed i den samlede omsorg for deres patienter – også uden at have fælles faglige retningslinjer med specialafdelinger.

Jordemødre deltager i dag i stigende grad i udarbejdelsen og udviklingen af guidelines. Der sker derfor indenfor dette område også en selvfølgelig kompetenceudvikling, ligesom det bør være naturligt, at jordemødre er centrale sundhedspersoner i udviklingen af guidelines indenfor såvel det normale område for graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse, som på alle områder, der tilgrænser eller begrænser det normale område. Det er ikke tilfældet i dag. DSOG's Sandbjerg Guidelines opfattes undertiden, måske også af styrelsen, som nationale, fælles guidelines. Vi opfatter de guidelines, som vi i fællig og i god balance mellem de to professioner udarbejder - som fælles guidelines. Vi opfatter de guidelines, hvor styrelsen sidder for bordenden, hvilket dog ser lidt vanskeligt ud med den seneste model for NKR, som nationale kliniske retningslinjer.

Tekstnære kommentarer i kronologisk rækkefølge

(Disse kommentarer rummer ikke fokus på grammatiske forhold, med mindre det giver anledning til forståelsesmæssige vanskeligheder)

Titel:

Krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet

På et tidspunkt i skriveprocessen har dokumentet fået tilføjet ordet 'krav' og 'faglige anbefalinger' til titlen.

Vi finder ikke, at dokumentet tydeliggør, hvor der er tale om krav, og hvor der er tale om anbefalinger - et aspekt, der er af stor betydning for sundhedspersonalets ageren og virken.

Samtidig finder vi ordet 'faglige' overflødigt, til tider endda ikke helt korrekt.

Det er først og fremmest forventeligt, at anbefalinger udgående fra Sundhedsstyrelsen vil være af faglig karakter. Dernæst er der flere elementer i anbefalingerne, der ikke synes at være bygget på et solidt fagligt grundlag, hvilket vil blive uddybe i det efterfølgende.

Vi foreslår derfor, at dokumentets titel ændres til: *Anbefalinger til organisering af fødested*.

Side 5

Linje 2:

Man kunne med fordel skrive, at Danmark er et af de sikreste lande at føde i, *uanset fødested*

Linje 3:

Det fremstår, som om det først er fra årtusindeskiftet, at der er sket en generel og betydelig faglig forbedring af fødselsområdet. Fødselshistorien afspejler, at man til stadighed har arbejdet på at forbedre fødselsområdet, så vi har vanskeligt ved at se berettigelsen for dette

udsagn, der heller ikke synes underbygget senere (s. 10) i dokumentet. Vi finder, at man bør anerkende det arbejde, der også er pågået før årtusindeskiftet.

Der antydes en kausalitet mellem samlingen på færre fødeafdelinger/specialiseringen af fødeafdelinger og den faglige forbedring, hvilket vi ikke finder belæg for i dokumentet. Man kunne også argumentere for, at man i samme periode har set en tredobling i antallet af hjemmefødsler, og at dette er en medvirkende årsag til forbedringen af udkomme – eller at antallet af rygere er faldet, og at man i stigende grad har opmærksomhed på betydning af jordemodertilstedeværelse under fødslen.

3. afsnit

For at sikre tilstrækkelig ensretning i resumeet, bør dette kun indeholde de overordnede aspekter fra selve skrivelsen. Det synes derfor overflødigt at eksemplificere til, at der skal tages højde for paritet og risikofaktorer. Man kunne med fordel begrænse sig til at slutte af med 'skal ses i sammenhæng med en stærk sundhedsfaglig visitation'.

4. afsnit, linje 2-3

'Hvis et graviditets- og fødselsforløb er omfattet af en specialfunktion, skal den fødende visiteres til et relevant sygehus'

Ud fra Sundhedsstyrelsen intentioner om patientcentreret tilbud og omsorg, må man tage udgangspunkt i kvindens egne ønsker, hvorfor der er tale om, at kvinden skal *tilbydes* visitation, fremfor blot et 'skal visiteres'.

5. afsnit

Man bør ikke i resumeet skrive, hvad en klinik *ikke* skal hedde. Det virker unødigt polemisk. Yderligere er der en lille skrivefejl i dette afsnit, linje 3. Her fremgår det, at der vil være fødsler, der overgår fra komplicerede til ukomplicerede. Selvom dette rigtignok kan forekomme, er intentionen vel, at der skal stå 'fra ukompliceret til kompliceret', og så kan man med fordel tilføje et "eller omvendt".

Side 6

Linje 3

Foreslået tilføjelse i kursiv: '... og der bør sikres klar ansvarsfordeling og, *hvor relevant*, fælles faglige retningslinjer med fødeafdelingen.'

2. afsnit

Det fremhæves, at fødsel på klinik uden for sygehus fagligt kan ligestilles med hjemmefødsler. Vi finder, at dette ikke er helt korrekt, idet jordemoderen har pligt til at assistere ved en hjemmefødsel, selvom den finder sted i hjemmet, på baggrund af kvindens valg og

eventuelt imod jordemoders/læges faglige anbefaling. Denne pligt til at åbne for fødselshjælp består ikke ved klinikfødsler.

I afsnittet fremgår det også, at 'ved behov for lægelig intervention under eller efter fødslen, skal den fødende overflyttes...'. Den fødende bør *anbefales* overflytning, men sundhedspersonalet kan ikke overflytte mod kvindens vilje.

Side 7

Sundhedsstyrelsen har valgt at udsende et høringsmateriale, der ikke indeholder et af de mest centrale elementer, nemlig de samlede, opsummerede anbefalinger.

Vel vidende, at dette har kunnet synes som en pragmatisk løsning, må vi alligevel påpege, at vi finder det problematisk at afgive høringssvar på et dokument, der ikke indeholder dette vigtige element. Vægtningen af de forskellige områder i dokumentet kan være af afgørende betydning for opsummeringen af de samlede anbefalinger. Eksempelvis står enkelte punkter i dokumentet fortsat uklare, herunder vores fortolkning af Sundhedsstyrelsens holdning til fritstående, jordemoderledede fødeklinikker under regionalt regi. I en opsummerende anbefaling kunne dette potentielt have fremstået meget tydeligere, og ville også have betydning for kvindens adgang til differentierede tilbud om valg af fødested i hele landet. Erfaringsmæssigt ved man, at opsummeringen ofte vil være det eneste, der bliver læst i en travl hverdag.

Dybest set har vi derfor ikke kendskab til, hvordan den samlede anbefaling vil fremstå, men vi antager, at den selvfølgelig vil rumme, at alle kvinder i hele landet gives mulighed for at vælge det fødested, der passer dem bedst.

Side 10

Linje 4

Som tidligere anført savnes tydelige, fagligt dokumenterede referencer for udtalelsen om, at det i særdeleshed er efter årtusindeskiftet, at der er sket en generel og betydelig forbedring på fødselsområdet, således at man har mulighed for at vurdere, hvilke parametre, der er målt på, og hvordan der er målt.

Yderligere referencer på ensartetheden ville også være ønskeligt. Det er vores indtryk, at der består en relativt stor forskellighed inden for udfoldelsen af god faglig standard.

Side 13

Sidste afsnit, 3. sidste linje

Overbårenhed nævnes som én af årsagerne til igangsættelse. Det bør præciseres, at man i dag i langt højere grad (næsten udelukkende) sætter fødslen i gang for at *forebygge/undgå* overbårenhed, end at man reelt sætter i gang *på grund af* overbårenhed.

Samtidig nævnes vandafgang uden veer også som en årsag til igangsættelse. Man har i slutningen af 2018 ændret kodningen omkring primær vandafgang, sådan at primær vandafgang nu er en indikator for fødsels start. Vandafgang uden veer kan derfor ikke længere være en indikation for *igangsættelse*, men vil derimod være en årsag til *ve-stimulation*.

Side 14

Sidste afsnit

I arbejdet med strukturen på de kommende fødeklinikker i Region Hovedstaden bestræber man sig på at udvikle videre ud fra erfaringerne fra de tidligere fødeklinikker. Det er derfor ikke korrekt at skrive 'erfaringerne med *lignende* tidligere tilbud...'. Man kan i stedet anføre: 'erfaringerne med tidligere tilbud vedrørende fødeklinikker i hovedstaden er beskrevet...'

Side 15

Afsnit 1, linje 2

Ordet 'samtidig' antyder en kausalitet mellem få alvorlige hændelser og det at føde udenfor en specialafdeling. Vi anbefaler, at overgangen mellem de to sætninger kommer til at lyde: '... i forbindelse med fødsel, er sjældne. Et mindretal af kvinder vælger at føde uden for specialafdeling, og dermed er datagrundlaget for at sammenligne de enkelte fødetilbud i Danmark beskedent.'

Afsnit 4, linje 10

'Meconium respiration' skal ændres til 'mekoniumaspiration'

Afsnit 4, linje 12-13

Desværre synes det at være et gennemgående aspekt, at de absolutte tal fra undersøgelser ikke er præsenteret i dokumentet. Dette åbner for, at der i referencen til studierne let kan ske en fortolkning i præsentationen af tallene. Et tydeligt eksempel på dette ses i referencen til 'Birthplace England', hvor det beskrives, at man finder en næsten dobbelt så stor risiko for komplikationer hos barnet. Med en OR på 1,75 kunne man lige så vel have skrevet 'en lidt mere end 50 % forøget risiko for komplikationer', hvilket jo kan betragtes som værende

betydeligt mindre risikofyldt end en næsten fordobling. Retfærdigvis beskrives det, at den forøgede risiko i absolutte tal er beskeden, og der henvises til en fodnote.

Vi undrer os over, at de absolutte tal ikke er beskrevet i selve teksten (en fodnote på den efterfølgende side overses let), sådan at det bliver op til den enkelte læser at vurdere, om der er tale om en beskeden forskel, eller om forskellen for den enkelte læser er af mere afgørende betydning, end det, som Sundhedsstyrelsen lægger op til. På baggrund af dette vil vi opfordre til, at læseren af dokumentet generelt selv får mulighed for at danne sig sin egen mening, ved at læserne bliver præsenteret for de absolutte tal.

Afsnit 5

Afsnittet rummer en gennemgang af hyppigheden af kvinder, der føder uden indgreb. Her nævnes det, at man finder en lavere hyppighed af indgreb uden for fødeafdelingerne. Som læser sidder man dog tilbage med spørgsmålet: 'lavere hyppighed end *hvad?*'

Procentsatserne for de forskellige fødesteder udenfor specialafdeling nævnes på side 15 i høringsmaterialet, men man oplyses ikke i teksten om, at andelen af fødsler uden indgreb udgør 58 % på fødeafdelingerne. En oplysning, der igen er af betydning for den enkelte læsers egen vurdering af tekst og kontekst, og derfor bør nævnes.

Side 16

Afsnit 1 (det hollandske studie)

Det bør præciseres, at der i dette studie ikke var forskel i neonatalt udkomme på, om man var første- eller flergangsfødende.

Vi har fra en del af vores medlemmer modtaget undrende spørgsmål over, at man ikke i højere grad har valgt at inddrage resultaterne fra det store hollandske studie. Vælger Sundhedsstyrelsen fortsat ikke at gøre dette, bør årsagen hertil nok uddybes yderligere i teksten.

Afsnit 2, linje 1

'Ved fødsler uden for en specialafdeling er der risiko for overflytning under eller efter fødsel'. Dette foreslår vi ændret til 'Ved fødsler uden for en specialafdeling vil et antal kvinder opleve at blive tilbudt overflytning under eller efter fødsel'. Rationalet herfor: dokumentet behandler under rigtig mange forskellige afsnit emnet vedrørende *overflytning*. Hovedparten af kvinder vil opleve af skulle flytte sig fra hjem til hospital på et tidspunkt under fødslen – dette gælder også for kvinder med intenderet hospitalsfødsel.

Alligevel italesættes overflytningen generelt som en *risiko*.

Vi finder, at overflytning ikke i sig selv udgør en risiko.

Tværtimod er der i langt de fleste tilfælde af overflytning under planlagt hjemmefødsel tale om, at der foretages en forebyggende indsats, idet det vurderes, at *der kan* opstå en situation, der ikke vil være gunstig for det videre forløb. Tallene fra Nordic Homebirth studiet taler deres tydelige sprog. I 4 % af fødslerne overflyttes der på baggrund af en potentielt hastende årsag, og selv i disse tilfælde leder denne overflytning hyppigst ikke til intervention ved ankomst til hospital.

Vi mener derfor, at det er væsentligt, at det i teksten præciseres, at i 72 % af de potentielle hasteoverflytninger var der ikke behov for intervention ved ankomst til hospitalet.

Kvinder med intenderet fødsel udenfor hospital planlægger som udgangspunkt ikke at skulle overflyttes under fødslen, men skal naturligvis oplyses om, at der er en vis sandsynlighed for, at dette vil ske. De bør oplyses om denne sandsynlighed, om de hyppigste årsager til overflytning, hvor ofte overflytningerne er potentielt hastende og hvor tit, der foretages behandling ved ankomst som følge af årsagen til overflytningen.

Afsnit 2, linje 5

Vi foreslår, at dette afsnit får tilføjet det med kursiv anførte: Langt størstedelen af overflytninger sker på grund af manglende fremgang *eller øget behov for smertelindring*.

Her anføres yderligere forskellige årsager til akutte overflytninger. Det bør i den henseende også påpeges, at akutte årsager ikke nødvendigvis er farlige, som det også fremgår af ovenstående. Fx er grønt fostervand sjældent farligt, hvis man agerer passende.

I det nordiske studie anvendes begrebet 'potentially urgent transfer', som vanskelig lader sig oversætte til akutte årsager. En mere dækkende oversættelse kunne måske være 'potentielt hastende overflytninger'.

Side 17

Boks, punkt 2

Igen italesættes en OR på 1,75 som en næsten fordoblet risiko. Som tidligere anført finder vi dette misvisende.

Boks, punkt 3

Teksten kan give anledning til misforståelse. De nævnte indgreb foretages ikke i hjemmet. Det er derfor nok nødvendigt at skrive, at undersøgelserne er baseret på intention-to-treat princippet.

Boks, punkt 4

Igen italesættes overflytning som en risikofaktor, se vores argumentation ovenfor.

Afsnit 1.4, 2. afsnit

Det fremgår, at '*... information til den fødende om valg af fødested skal ses i sammenhæng med en stærk sundhedsfaglig visitation, således at de fødende får det tilbud, og den fødsels-hjælp, der passer bedst til dem, under hensyntagen til paritet, risiko for komplikationer, per-sonlige præferencer mv.*'

Vi tænker, at der hele tiden skal ske en løbende visitation, således, at man her tænker, at den fælles beslutningstagning skal ske *både* i graviditeten og initialt i fødslen. Informationen skal derfor også være til den gravide.

Desuden er det usikkert, hvad der forstås ved en 'stærk sundhedsfaglig visitation'. Vi foreslår, at der i stedet skrives: en sundhedsfaglig visitation, der hviler på den bedste evidens.

Side 18

Afsnit 4, linje 2+4

'... hvor og hvordan man vil bringe sit nyfødte barn til verden'. Teknisk set er barnet ikke født, inden det bringes til verden, hvorfor man nok skal undlade *nyfødte*.

I samme afsnit anføres det, at '*veerne arbejder bedre*'. Vi mener, at det vil være mere korrekt at skrive, at det er kroppen (livmoderen), der arbejder bedre, og at veerne kan opleves mindre smertefulde.

Afsnittet omhandler også betydningen af at føle sig tryk. Tryghed er en vigtig faktor, uanset hvor kvinden vælger at føde. Både specialafdeling, klinik og hjem bør kunne give kvinden tryghed. Når kvinder vælger andet end specialafdeling, kan der være faktorer ud over tryghed, der gør sig gældende – fx at det er det sikreste valg for netop dem.

Side 19

Boks, punkt 1

Vi mener, at det er meget omfangsrigt at beskrive, hvordan forskellige fødsler kan forløbe, da der er stor individuel forskel fra kvinde til kvinde og fra fødsel til fødsel. Det vil derimod være rimeligt, at man giver information om, at fødsler kan forventes at forløbe forskelligt, og som følge heraf også vil opleves meget forskelligt fra kvinde til kvinde.

Boks, punkt 3

Der synes at mangle noget i dette punkt.

Side 20

Afsnit 3, linje 5+6

Det bør fremgå, at den gravide skal *tilbydes* henvisning, og ikke blot, at hun skal henvises.

Af dette afsnit indgår yderligere begrebet 'det ufødte barn'. Juridisk set er der ikke tale om, at et foster har selvstændige rettigheder, hvorfor vi ikke finder det korrekt at skrive det ufødte barn i denne sammenhæng.

I dansk lovgivning er opfattelsen af fostret kontekstafhængig. Man kan fx henvise til "et ufødt barn" inden for arveret. Når man taler om den fysiske graviditet, er det mere retvisende at henvise til den gravide kvinde (underforstået inkluderende fostret). Når barnet er født, har det et selvstændigt krav på behandling, hvorfor der i teksten blot skal stå "den gravide kvinde, barnet mv".

Afsnit 3.1

Det fremgår af dette afsnit, såvel som i resumeet på side 5, at jordemoderen er den primære fødselshjælper ved *planlagte* vaginale fødsler. Det er ikke helt klart, hvad der menes med dette, for hvad er en uplanlagt vaginal fødsel? Vi foreslår, at ordet 'planlagte' slettes.

Side 21

Linje 1-2

Sætningen er ikke umiddelbart helt let at forstå. Yderligere er der igen tale om, at den gravide skal *tilbydes* visitation, og ikke blot, at hun skal visiteres.

Organisering og kompetencer

Det fremgår, at det er vigtigt at sikre den fødende en kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson. Dette rummer selvfølgelig også, at jordemoderen kortvarigt kan forlade den fødende. Det, vi finder, er vigtigst, er, at kvinden sikres tilstedeværelse af en fagperson, der er specialiseret i at understøtte kvinden og overvåge fødslen og fosteret igennem fødslen. Vi opfordrer derfor til, at sætningen ændres, således at det fremgår, at det jordemoderen, der er den kontinuerlige sundhedsperson.

Yderligere kan der forekomme situationer, hvor den fødende har brug for tilstedeværelse fra et tidligere tidspunkt – eller først har lyst til følgeskab på et senere tidspunkt – end fra hun er i aktiv fødsel. Vi anbefaler derfor, at sætningen præciseres med: '*... eller fra jordemoderen i samråd med kvinden vurderer, at kvinden har behov.*'

Under afsnittet vedrørende pædiatri nævnes "32. gestationsuge" som skæringspunkt. Vi vil gerne fremhæve tre punkter, der skal overvejes i denne henseende:

1. 32. gestationsuge er ikke det samme som uge 32+0. Da disse to måder at formulere gestationsalder på til stadighed er genstand for misforståelser, foreslår vi, at man konsekvent skriver de fulde uger, og derfor holder sig til den sidstnævnte.
2. I forhold til specialeplanen og skemaet på side 12, hvoraf det fremgår, at man foretager en sondring ved uge 34+0, vil vi mene, at det i virkeligheden også i dette afsnit bør være uge 34+0, der er grænsen.
3. Hvis fødeafdelingen ikke har rådighed over neonatologisk afdeling på matriklen, vil vi fremhæve, at der som minimum skal være etableret et samarbejde, så jordemødre, obstetrikere og anæstesiologer kan rådføre sig med neonatologer, gerne gennem telemedicinske løsninger.

Side 22

Afsnit 2

Afsnittet omhandler volumen af fødeafdelinger.

I den forbindelse sættes der fokus på nødvendigheden af vedligeholdelse af faglige kompetencer. Jordemoderforeningen understøtter naturligvis dette aspekt, men undres over, at denne vedligeholdelse hovedsageligt synes at vedrøre vedligeholdelse af kompetencer ved sjældne komplikationer.

Mange studier påpeger nødvendigheden af vedligeholdelse af kompetencer også omkring den ukomplicerede fødsel, idet dette er med til at nedbringe graden af unødvendige indgreb.

Vi mener, at dette afsnit også bør afspejle dette aspekt, for at der skal være retorisk ligevægt i afsnittet, og fordi det er vores erfaring fra de senere års faglige fokus på vaginal fødsel, at det er et fælles anliggende for begge faggrupper med ansvar for fødselshjælp, at kompetencer vedrørende det ukomplicerede også kræver vedligeholdelse og udvikling.

Afsnit 3

Det fremgår, at der ikke foreligger stærk evidens på området vedrørende størrelse af fødested. Vi finder, at den evidens, der formentlig refereres til, ikke er egnet til at give et indblik i dette område. Det er på ingen måde hensigtsmæssigt at angive en minimumsstørrelse på et fødested, da de faglige konsekvenser af eventuelt at nedlægge afdelinger med et lavere fødselstal end det her stipulerede, ikke er kendte. De mindre fødesteder ligger i dag i udtalt grad i områder, hvor der i forvejen er langt til fødestederne, og skal kvinden under fødsel flytte sig endnu længere end for nuværende gældende, risikerer det at medføre unødige komplikationer.

Jordemoderforeningen har tidligere påpeget, at der ikke var belæg for at komme med en talmæssig anvisning som den, der er angivet i dokumentet, og vi opfordrer til, at tallene tages

ud af afsnittet, og at det i stedet understreges, at der mangler viden på området, og at det er et område, der i høj grad er og må være præget af lokale forhold, herunder geografi og afstande.

Side 24

Boks 2

Praksis på de store fødeafdelinger er i dag, at man i et mindre antal af fødsler må omvisitere den fødende kvinde på grund af travlhed eller manglende kapacitet - enten når hun initialt kontakter fødestedet, eller når hun er ankommet til det oprindeligt planlagte fødested. Der vil således være tale om en reel overflytning. Denne tendens har i de senere år manifesteret sig og synes derfor ikke at være forbigående. Et mellemstort dansk fødested havde således i 2018 en overflytningsfrekvens på omkring 3 %. Med et stigende fødselstal og få, store og potentielt underdimensionerede fødesteder, må det tværtimod forventes, at forekomsten vil stige. Vi ved fra klinikken, at dette kan medføre ængstelse for kvinderne allerede i graviditeten, og det er derfor nødvendigt også at påpege dette aspekt.

Hvis man skal give kvinden en saglig og nuanceret information, bør det derfor også omtales, at der kan være en vis sandsynlighed/risiko for, at kvinden vil blive overflyttet fra én fødeafdeling til en anden under fødslen, også selvom kvinden har valgt at føde på den første fødeafdeling.

Boksen bør yderligere tilføjes et punkt vedrørende indretning og miljø på fødestuerne. Vi får i tiltagende grad viden om betydningen af indretningen, lyd og lys af de miljøer, vi befinder os i. Dette, der også i visse henseender betegnes som helende arkitektur, bør indtænkes i indretningen af fødemiljøerne.

Side 25

Afsnit 4, linje 6

Det påpeges, at der altid vil ske overflytning ved kompliceret fødsel. Dette modsiges dog i den efterfølgende sætning.

Vi opfordrer derfor til, at den første sætning præciseres, så det fremgår, at der *som hovedregel* altid vil ske overflytning ved kompliceret fødsel.

Afsnit 5

Det er hverken hensigtsmæssigt eller konstruktivt, at Sundhedsstyrelsen som det første i et afsnit påtaler, hvad et fødested *ikke* skal hedde.

Det må ligge til den pågældende ledelse og medarbejderes ansvar at sikre, at almindelig daglig tale om klinikken stemmer overens med velunderbygget vejledning.

Afsnit 6, linje 6-7

Vi finder retorikken i denne sidste del af afsnittet stærkt begrænsende og favoriserende de store fødeafdelinger, desværre også med en undertone af, at vurderinger, tiltag og indgreb ikke vil finde rettidigt sted på afsnittet for lavrisikofødende. Det sidste er der ikke belæg for at kunne antyde ud fra den tilgængelige litteratur.

Erfaringsopsamlingen blandt vores medlemmer viser, at der foregår sparring på og mellem alle niveauer og faggrupper.

Side 26

Linje 3

Der mangler reference på udtalelse omkring overflytning. Det fremgår ikke, om der her refereres til det engelske studie, eller om der er lavet en ekstrapolering fra det nordiske hjemmefødselsstudie, hvilket selvfølgelig ikke vil være relevant, da man ikke kan sidestille disse to forskellige fødesteder.

Visitationsprincipper

Visitationsreglerne for 'afsnit for lavrisikofødende' vil ikke være sammenfaldende med visitationsprincipperne for hjemmefødsler, idet alle kvinder har ret til at føde hjemme, men de har ikke nødvendigvis ret til at føde på et 'afsnit for lavrisikofødende'.

Det kan dog være oplagt, at ledelsen vælger, at klinikken kunne rumme pragmatiske løsninger for kvinder med særlige ønsker til ro og hjemlighed omkring deres fødsel, som et godt alternativ til at kvinden vælger at føde hjemme, hvor det måtte udgøre en særlig risiko.

Afsnit 5

Opretholdelsen af et beredskab til at varetage overflytninger *pointeres*. Vi står uforstående overfor en så stærk retorisk sprogbrug i denne sammenhæng. Det ligger jo i en naturlig forlængelse, at der skal være et beredskab til at kunne håndtere komplikationer opstået under fødslen, hvor end den finder sted. Det kan kræve et ekstra beredskab på fødegangen, afhængigt af 'afdelingen for lavrisikofødendes' størrelse, men de økonomiske konsekvenser synes ikke anskueliggjort.

Et eventuelt ekstra beredskab kunne også have den ikke anskueliggjorte konsekvens, at travlheden på fødegangen vil blive udtyndet, og derved sikre bedre afvikling af det samlede beredskab. Endelig er potentialet fra læringen fra de ukomplicerede forløb heller ikke medregnet i den anførte betragtning.

Side 27

Linje 1

Det beskrives, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis jordemoderen kan følge med den fødende fra afsnittet til fødeafdelingen. Dette refererer formentligt til bagvedliggende evidens, der viser, at fødende, der overflyttes, oplever et bedre forløb, hvis jordemoderen følger med. Hvis der refereres til et studie, bør referencen fremgå.

Organisatorisk kan der ellers være forhold, der gør, at det vanskelig kan lade sig gøre.

Side 28

Linje 2-3

Af den valgte retorik fremgår det, at de eksisterende fødertilbud (her antager vi, at der refereres til de eksisterende fødeafdelinger, og ikke til hjemmefødsler) sættes som 'golden standard'. Derved lægger man sig fast på en forestilling om, at kvaliteten ikke kan være bedre på 'afsnit for lavrisikofødende'. Vi vil opfordre til, at Sundhedsstyrelsen stiller sig neutral og åben overfor, at kvaliteten på andre afsnit kan vise sig at være bedre. Dernæst savnes en beskrivelse af, hvilke parametre, der tænkes at blive målt på. Her vil vi anbefale, at man tænker bredt ind i både indgreb, udkomme og patienttilfredshed/empowerment og ammeetablering. I afsnittet, linje 5, anføres det også, at man monitorerer tæt på eventuelle indgreb, der vil forekomme på 'afsnit for lavrisikofødende'. Denne del synes ganske overflødig (og understøtter derved desværre en uheldig retorik), da det i dag er en del af standard praksis, uanset hvor fødslen finder sted – at der foretages dybdegående registreringer i patientkritiske tilfælde, hvilket også burde kunne vises ud fra den kodning og de indberetninger til LPR, der finder sted i dag.

Side 29

Boks, punkt 1

Smertelindring med epidural vil være en grund til overflytning. Vi ved dog ikke, hvad der henvises til, når der skrives 'mv.'. Vi anbefaler, at dette slettes.

Punkt 2

Man har i denne sætning valgt at gradbøje en forskel i antallet af indgreb fra 42 % på fødeafdelinger til 24 % på 'afsnit for lavrisikofødende' (ifølge det engelske studie) som havende en *lidt* lavere hyppighed. Det vil naturligvis være en individuel sag, hvorledes man definerer 'lidt lavere'. Vi finder, at der er tale om en betydelig reduktion, men vil - givet den åbenbart forskellige vurdering af disse tal - opfordre til, at man præciserer tallene frem for at gradbøje dem sprogligt.

Side 30

Vedrørende afsnit 2, se tidligere kommentarer

Afsnit 3

Afsnittet tager udgangspunkt i vejledning om jordemødres virksomhedsområde, hvilket synes som en god basis. Afsnittet kunne dog med fordel også afspejle, at vi faktisk værner om kvindens rettighed til selv at bestemme, hvor og hvordan de vil føde deres børn. Hvad angår at rumme den lange tekst som citat fra lovtekst, vil vi dog opfordre til, at man blot henviser til gældende cirkulære/vejledning.

Afsnit 4.1

Sundhedsstyrelsen skriver, at en hjemmefødsel foregår hjemme hos kvinden selv. De fleste hjemmefødsler vil ganske rigtigt foregå på kvindes bopælsadresse, men de gravide og deres partnere kan også ønske, at fødslen skal foregå på andre lokaliteter, fx hos de vordende bedsteforældre. Dette dækkes ikke ind af den nuværende formulering. Vi foreslår derfor: 'En hjemmefødsel kan foregå i kvindes hjem, eller hvor hun vælger at føde...'

I samme afsnit anbefales det tillige, at fødslen assisteres af en *erfaren* jordemoder.

Alle jordemødre har i kraft af deres grunduddannelse kompetence til at varetage hjemmefødsler. En hjemmefødsel er som udgangspunkt normal, ellers foregår den ikke i hjemmet, med mindre kvinden udtrykkeligt giver udtryk for ønske herom, trods information – og så er der tale om en situation som jordemoderen også er uddannet til at erkende, at vedkommende skal tage særligt vare på - gennem patientinformation, henvisning til læge, journalføring og så vidt muligt, hvis kvinden tillader det, inddragelse af flere kompetencer. Jordemoderens kerneopgave er varetagelse af alle fødsler, men vi har selvstændig beføjelse til at varetage de ukomplicerede fødsler.

Det er derfor ikke hensigtsmæssigt, at det anføres, at hjemmefødslen skal varetages af en *erfaren* jordemoder.

Hvis hjemmefødslen varetages i regionalt regi, må det være op til ledelsen af det pågældende fødested, hvorledes man ønsker at organisere sig.

Yderligere fremgår det i afsnittet, at jordemoderen skal blive i hjemmet mindst to timer efter fødslen. Det vil de fleste kvinder være glade for, men igen er der tale om et tilbud til kvinden, og ikke et 'skal' - og i øvrigt et tilbud, der er indeholdt i gældende faglig vejledning og derfor overflødig at gentage her.

Side 31

Linje 1

Skriv forekomsten af overflytninger ud med kildeangivelse, i stedet for en subjektiv gradbøjning.

Afsnit vedrørende målgruppen

Med den nærværende formulering kunne det opfattes, som om Sundhedsstyrelsen advarer mod, at en kvinde visiteres til hjemmefødsel uden at have givet udtryk for ønske herom. Vi finder, som sikkert også styrelsen gør det, at kvinderne skal oplyses om muligheden for hjemmefødsel, fordele og ulemper, på samme nuancerede måde, som man oplyser om mulighed for at føde på fødegang og fødeklinik.

Vi vil foreslå, at afsnittet i sin helhed helt enkelt lyder: 'Gravide med en ukompliceret graviditet og en forventet ukompliceret fødsel kan visiteres til hjemmefødsel'.

Dersom der med den oprindelige formulering faktisk lå et forbehold over for at være aktiv i visitationsøjemed, også over for kvinder og mænd, der tror, at der kun findes én mulighed for valg af fødested, så vil vi påpege følgende: Når vi kommer til at se et stigende antal fødsler på sygehuse, hvis kvadratmeterforbrug både i den gamle bygningsmasse og i de nybyggede afdelinger er under pres, så vil det være besynderligt at afskrive sig mulighederne for i fremtiden at arbejde mere aktivt med oplysning, så flere kvinder med ukompliceret graviditet netop vælger at føde hjemme eller på fødeklinik, hvad enten fritstående eller på sygehus. Derfor skal afsnittet vedrørende målgruppen for information ikke indskrænkes til at handle om kvinder, der på forhånd har besluttet sig for at ville føde uden for specialafdeling.

Boks, punkt 3

Den normale graviditet er at betragte fra fulde 37 uger til fulde 42 uger, dermed fra uge 37+0 til uge 42+0. Da dette ofte giver anledning til misforståelse, foreslår vi, at man i stedet skriver uge 37+0 – uge 42+0.

Yderligere

Det fremgår ikke, på hvilken baggrund, man har bygget de respektive udsagn/anbefalinger. Fx viser studier divergerende resultater, når det kommer til multiparitet. Flere studier påpeger, at der ikke er øget risiko for obstetriske komplikationer ved 'grand multipara', når der justeres for kvindens alder. Der savnes derfor reference, når det anføres, at kvinder med 5 eller flere fødsler bag sig har en øget risiko for patologisk post partum blødning, og derfor ikke kan tilrådes at føde hjemme.

Igen fremstår subjektiv beskrivelse af tal vedrørende fx 'risiko for overflytning'. Vi vil atter anbefale, at man anvender de objektive tal og taler om 'sandsynlighed for tilbud om overflytning' som dels mere retvisende og dels mere inkluderende.

Side 32

Boks, punkt 1

Det er ikke tilstrækkeligt præcist at fraråde alle, der tidligere har født kompliceret eller har født et dødt barn, at føde hjemme. De bagvedliggende årsager bør beskrives, da visse situationer ikke udelukker efterfølgende anbefaling af hjemmefødsel.

Punkt 4

Det skal undersøges, om restriktionen til at fraråde hjemmefødsel for bærere af gruppe B streptokokker ikke er begrænset til kvinder, hos hvem streptokok B er fundet i urinen.

Punkt 5

Man anvender i dag ikke længere terminologien misbrug, men skriver derimod 'gravide med et forbrug af rusmidler'.

Yderligere

Kvinder, der er gravide via ægdonation, anbefales at føde på specialafdeling. Dette bør også fremgå af boksen.

Side 33

Afsnit 2

Som tidligere påpeget, hører det indenfor jordemoderens kernekompetence at varetage den normale, ukomplicerede fødsel. Dette gælder også for den nyuddannede jordemoder. Det man skal sikre, er relevant erfaringsopsamling og, som nævnt andetsteds, løbende kompetenceudvikling til alle beskæftiget med fødselshjælp.

Det må derudover være op til de enkelte afdelingsledelser at tilrettelægge organiseringen af jordemoderressourcer på det pågældende fødested, både i forhold til varetagelse af fødsler på fødegangen og til varetagelse af fødsler i en eventuel hjemmefødselsordning.

Afsnit 3

Dette afsnit rummer en gentagelse, der gør det svært at forstå. Det vurderes dog, at afsnittet blandt andet omhandler etablering af en regional hjemmefødselsordning – blandt andet for at undgå, at man midt i en vagt må prioritere jordemoderressourcer til en hjemmefødsel. Da man som udgangspunkt har en én-til én ordning (én jordemoder pr. fødende kvinde) på de danske fødesteder, kan det være vanskeligt at forstå, at det skal kræve ekstra mange ressourcer at sende en jordemoder til en hjemmefødsel. Hvis det giver problemer at afse en

jordemoder til en hjemmefødsel, må der være tale om generelt for få ressourcer tilført området.

En privat hjemmefødselsordning med regionalt samarbejde er kendt fra Region Sjælland, hvor den har eksisteret i mere end 25 år med gode erfaringer, både hvad angår samarbejde med regionens hospitaler, brugertilfredshed, organisering og intern statistik. En sådan ordning kunne meget vel også beskrives i dette afsnit.

Igen må det også påpeges, at jordemødre i deres grunduddannelse har undervisning i neonatal genoplivning. Jordemødrene skal derfor vedligeholde deres kompetencer og kompetenceforbedre der, hvor det er nødvendigt, ligesom alle andre autoriserede sundhedspersoner – men den grundlæggende viden har de fra deres grunduddannelse.

Afsnit 6

Atter skrives der om, at en væsentlig del af de fødende, vil blive overflyttet under fødslen. Tallet for de førstegangsfødende er 30 % og for de flergangsfødende 10 %. Herved føder 90 % af de flergangsfødende hjemme, og 70 % af de førstegangsfødende, hvorfor man ikke kan sige, at en væsentlig del af de flergangsfødende (og for de førstegangsfødende er der i høj grad også tale om en personlig vurdering) bliver overflyttet. Vi opfordrer til, at tallene skrives, hvis overhovedet nødvendigt, da emnet er belyst talrige gange før. Man kunne, hvis man ønsker at belyse forholdet i generelle vendinger i dette afsnit, i stedet fremhæve som positivt, at et meget højt tal af kvinder, som er visiteret til hjemmefødsel – faktisk føder hjemme.

Side 34

Afsnit 1, linje 1-2

Vi foreslår at afsnittet i sin helhed lyder: 'Der bør være klare aftaler og planer for, hvortil og hvordan overflytning kan ske, hvis der opstår komplikationer eller behov for smertelindring ud over, hvad der kan ydes uden for specialafdeling'.

Afsnit 1, sidste sætning

Dette aspekt ligger reguleret indenfor cirkulære/vejledning, og er derfor beskrevet der. Bør ikke fremgå i dette dokument, da der i så tilfælde vil være rigtig mange aspekter af lignende karakter, der burde indgå.

Boks og afsnit efter boks

Boksen er ikke retvisende, og afsnittet er en gentagelse og kan sagtens slettes.

Side 35

Boks

Boksens punkter oplistes efter hyppigste forekomst.

Punkt 1

Vi foreslår, at underpunktet ændres fra 'utilstrækkelig lindring af smerter' til 'behov for yderligere smertelindring', som en mere neutral beskrivelse af optrapning af behovet for smertelindring hos kvinden.

Punkt 2

- Mangler et punkt vedrørende 'Påvirket almentilstand hos barnet'
- Grænsen for overflytning ved feber bør være > 38,0 og ikke > 38,5

Afsnit 1

Adgang til relevante data. Regionerne bør i denne henseende sikre samhørighed i journalføringen, så sundhedspersonerne reelt kan tilgå de relevante data. Dette er især af betydning for de privatpraktiserende jordemødre, som de fleste steder ikke har anledning til at føre fælles journal med de nærliggende fødeafdelinger. En model for at dække dette fælles behov bør udvikles, hvis regionerne finder det uladsiggørligt, som det ser ud i dag.

Afsnit 3

Det skal præciseres, at der oftest vil være tale om modtagelse af en fødende, som har behov for smertelindring eller behandling af vesvækkelse/manglende fremgang, hvilket ikke kræver akutberedskab, og ligeledes at jordemoderen følger med ved overflytning af den fødende, både før, under og efter fødslen.

Selv om det bør prioriteres, at forældre og barn så vidt muligt ikke skal skilles ad, kan der imidlertid forekomme situationer med hasteoverflytning af den nyfødte, og i disse situationer kan der være tale om, at jordemoderen forbliver hos den fødende i hjemmet, indtil hun kan overflyttes til at slutte sig til barnet

Side 36

Afsnit 1

Der er forskel på måden, jordemoderen registrerer barnets fødsel på, afhængigt af, om jordemoderen er privat eller offentligt ansat. Privatansatte jordemødre har ikke adgang til elektroniske systemer, der gør det muligt at registrere barnets fødsel med CPR-nummer. Det vil helt klart være en fordel at nå hertil.

Afsnit 2

Afsnittet pointerer, at der skal være fælles faglige retningslinjer. Der kan være forhold, som fx forskellige organisationsformer, der gør, at der ikke foreligger fælles faglige retningslinjer.

Blandt andet er det vores medlemmers oplysning, at der selv inden for samme region kan være forskellig indsats på forskellige faglige emner, uden at nogen af løsningerne kan siges at præsentere dårlig faglighed.

Også den privatpraktiserende jordemoder kan arbejde med tilbud om faglige løsninger, der adskiller sig fra de tilbud, som en fødeafdeling vil tilbyde, uden at vedkommende eller fødeafdelingen kan siges at arbejde efter lav faglig standard. Det skal gerne være velkendt og drøftet, men det behøver ikke være ens. Derudover mener Jordemoderforeningen, at det bør fremgå, at dette også indbefatter, at man inddrager og tager hensyn til kvindens præferencer.

Afsnit 3

Afsnittet italesætter muligheden for tværfaglige audits på udvalgte fødselsforløb med henblik på at identificere ikke tilfredsstillende faktorer. Det pointeres, at det vil være relevant at indføre dette også for hjemmefødsler, fx ved overflytning. Dette afsnit kan meget vel forstås som, at en overflytning ikke er en tilfredsstillende faktor.

Vi har gentagne gange i dette svar pointeret, at en overflytning ikke i sig selv er en 'ikke tilfredsstillende faktor'.

Det er en væsentlig kvalitetssikring at foretage journalaudits, men overflytning er ikke en af de væsentlige grunde, der bør føre til journalaudits. Derimod bør en intenderet hjemmefødselsforløb, der ender med et uventet dårligt barn eller uventet dårlig mor, føre til en journalaudit, og i den forbindelse kan man vurdere, om forholdene omkring overflytning har været tilstrækkelig gode.

Vi vurderer, at der dybest set er tale om en al for stor detaljeringsgrad i dette afsnit og vil anbefale, at afsnittet slettes/slankes betydeligt – dets indhold ligger helt inden for rammen af kvalitetsarbejdet i såvel afdelinger som klinikker og hjemmefødselspraksisser.

Afsnit 4

Afsnittet omhandler muligheden for at observere barnets tilstand ved objektive mål fremfor ved Apgar Score, som anvendes i dag.

Vi savner videnskabelig tyngde for at indføre en sådanne fordyrende praksis, uden at der foreligger dokumentation for mulig effekt. Er der i den nuværende ramme i Danmark så stor diskrepans mellem klinisk vurderet Apgar Score og et 'objektivt' mål? Og peger den diskrepans entydigt på et klinisk bedre udkomme for barnet, såfremt man anvendte 'objektive mål'? Og endelig; vil det dybest set medføre et klinisk bedre udkomme at indføre et sådanne tiltag?

Vi bakker naturligvis op om, at man indfører et sådanne tiltag, hvis det ud fra undersøgelser skulle vise sig at have en klinisk betydning, men vi opfordrer til, at man ikke endnu engang indfører fordyrende tiltag, uden at der er klinisk dokumentation for effekten heraf.

Side 37

Punkt 1

Bør rettes i forhold til tidligere angivet kommentar (idet vi har meget svært ved at forestille os, at kvinder føder hjemme mod eget ønske).

Punkt 2

Sætningen, der handler om, at kvinden skal tilbydes samtale, hvis hun mod give(n)t råd ønsker at føde hjemme, bør have sit eget punkt. Ellers kommer det til at fremstå som om, at man som førstegangsfødende føder mod givent råd, hvis man vælger at føde hjemme – og det er jo ikke intentionen! Endvidere finder vi, at ordlyden 'mod give(n)t råd' klinger af ældre tiders tilrettevisning af den selvrådige patient. I Jordemoderforeningen har vi også brugt udtrykket, og det falder ikke i god jord hos de mennesker, der træffer valg på egne vegne, som vi som fagpersoner ikke selv ville have truffet, havde det være os, der stod i den situation. Skriv gerne lidt mindre komprimeret og mere respektfuldt om præferencer, som det også gøres andre steder i dokumentet.

Side 38

Boks, punkt 1

Igen, som tidligere pointeret, en stærk fortolkning af en hyppighed, idet der gradbøjes med 'lidt'. Vi opfordrer igen til, at de absolutte tal skrives, sådan at det bliver op til læseren selv at vurdere.

Punkt 4

Igen italesættes overflytning som en risiko. Se tidligere kommentarer vedrørende dette.

Afsnit 4.1.1

Vi er noget i tvivl om den definition, som styrelsen her fremlægger. Skriver styrelsen, at Sundhedsstyrelsen ikke ser for sig, at der kan være fritstående fødeklinikker, der har hospitalstilknytning? Eller er styrelsen ude i at ville foreskrive, hvilken ledelsesstruktur en fødeklinik kan have, dersom den er offentligt drevet?

Ingen af disse to fortolkninger mener vi dækker de behov, som der kan være for at regionale sundhedsvæsenet vælger at oprette offentligt ejede, offentligt drevne fødeklinikker. Vi tænker, at der kan være faglige og ledelsesmæssige kombinationer, som regionerne selv må

tage stilling til. Det er den konkrete faglighed udøvet i klinikken og et godt setup for samarbejde, der er vigtig at afklare.

Skulle der blive etableret flere private fødeklinikker, skal det sikres, at økonomien hænger sammen, så der ikke går midler fra specialafdelingen, der således forholdsmæssigt vil have flere dyre patientforløb, herunder det antal gennemsnitlige overflytninger, som må påregnes. Undervisning af kommende jordemødre og andre faggrupper skal kunne løftes i såvel offentlige som private klinikker og hjemmefødselsordninger. Dette er i et vist omfang imødekommet i Region Sjælland, hvor man på de private fødeklinikker har initieret et samarbejde med uddannelsesstederne, men uddannelse bør generelt indtænkes i den videre planlægning.

Kvalitet skal monitoreres og udvikles i klinikkerne, helt som i det øvrige sundhedsvæsen.

Efterfølgende afsnit

Som tidligere anført kan hjemmefødsler og klinikfødsler på fritstående fødeklinikker ikke helt sidestilles.

Side 43

Bilag 1

Jordemoderforeningen ønsker, at det fremgår, hvordan man har erhvervet sig denne viden, at der ikke eksisterer videnskabelig dokumentation for outcome fra klinikkerne, og at udtalelserne beror på interviews med jordemødre og obstetrikere, der på det pågældende tidspunkt var enten ledere af de beskrevne afsnit, eller tæt knyttet til ledelsen.

Skulle Jordemoderforeningens høringssvar have givet anledning til aspekter, som Sundhedsstyrelsen gerne vil have uddybet, stiller vi os naturligvis til rådighed herfor.

Med venlig hilsen

Lillian Bondo

Jordemoderforeningen