

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

Sagsnr. 4-1010-435/1: Høring om Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet

Dansk Jordemoderfagligt Selskab (DJS) vil gerne bidrage til høringsrunden med følgende kommentarer til den kommende udgivelse vedrørende organiseringen af fødeområdet.

Det er beskrevet, at anbefalingerne skal danne et hensigtsmæssigt og fokuseret fagligt grundlag for Sundhedsstyrelsens rådgivning til regionerne på fødeområdet og hermed sikre en fælles faglig ramme for organisering af de forskellige fødetilbud i Danmark. Samtidig skal anbefalingerne skabe en national ramme for den information der gives til de fødende kvinder og deres familier. DJS bakker op om intentionen med dokumentet, da vi ser et stort behov for en fælles faglig ramme, samt en nødvendig indsats for at sikre en fælles informationspraksis. Desværre mener vi ikke, at det nuværende udkast kan danne baggrund for nogen af delene.

Manglende transparens

DJS finder det problematisk, at de anbefalinger, der har til formål "at danne et hensigtsmæssigt og fokuseret fagligt grundlag for SSTs rådgivning til regionerne på fødeområdet", fremstår helt uden transparens i deres tilblivelse. Det fremgår, at anbefalingerne er udarbejdet med rådgivning fra en arbejdsgruppe, men der er ikke konkrete oplysninger om sammensætningen af gruppen. DJS mener, at det skaber unødigt mistillid, at man ikke kan vurdere gruppens sammensætning eller de enkelte medlemmers position på feltet. Organisering af fødeområdet er et af de steder, hvor der synes at være en betydelig grad af 'confirmatory bias' og 'interpretive bias', som medfører at de samme videnskabelige studier tolkes forskelligt afhængigt af den faglige position omkring hjemmefødsler¹. Netop derfor bør der være særlig omhyggelighed med transparens omkring anbefalingernes tilblivelse.

Sparsom og selektiv brug af den videnskabelige litteratur

Det fremgår ikke tydeligt, hvorfor og hvordan den videnskabelige litteratur er udvalgt. Der foreligger kun to sider med beskrivelse af det faglige grundlag for anbefalingen, hvor kun to kohortestudier præsenteres. DJS mener, at det er uomgængeligt at foretage en systematisk litteratursøgning og metodisk dokumentere den i et bilag, hvor der argumenteres for hhv. inklusion og eksklusion af studier. Det kan også her være en bekymring, at der opstår mistillid på grund af den manglende transparens i udvælgelsen af studier. Der er ikke refereret til store dele af litteraturen på området, herunder danske eller nordiske studier² eller statusartikler eller det seneste Cochrane review, og man ville forvente en forklaring på denne eksklusion.

Dernæst mangler der tydelighed omkring tolkningen af de inkluderede studier:

- 1) Birth Place study. Det beskrives at studiet har 'en række metodemæssige svagheder'. Det er en kendsgerning, at der ikke findes store, randomiserede studier at basere faglige anbefalinger på, og

¹ Roome, S., et al. (2016). "Why such differing stances? A review of position statements on home birth from professional colleges." *BJOG* 123(3): 376-382.

² Et nordisk prospektivt kohortestudie nævnes på s. 16, uden reference.

DJS er enig i vurderingen af studiets svagheder. Derfor kan det undre, at man vælger udelukkende at basere sine faglige anbefalinger på dette ene studies fund. DJS finder det desuden problematisk, at man anvender studiets fund selektivt i anbefalingen – det vil sige, at man specifikt skriver i konklusionsboksen (s. 17), at der er en næsten dobbelt så stor risiko for komplikationer hos barnet ved planlagt hjemmefødsel (nullipara), mens det slet ikke nævnes, at der ikke er fundet en øget risiko ved planlagt klinikfødsel, hhv. på og udenfor sygehus. Det kan skyldes, at man ikke finder det overførbart til danske forhold. I så fald bør det beskrives, hvad man baserer denne tolkning på, herunder gøre rede for grundlaget for alligevel at overføre tallene for hjemmefødsler i England til danske forhold.

- 2) de Jonges retrospektive kohortestudie fra Holland nævnes på få linjer, men det fremgår ikke, hvorfor man ikke inddrager studiet i anbefalingerne.

Dertil efterlyses en konsekvent brug af absolutte tal og ikke blot den justerede OR. Endelig ønsker DJS at henlede opmærksomheden på Bilag 1, som i sin narrative form ikke synes at bidrage til overblik eller egentlig faglig dokumentation på området.

Kvindecentreret fødselshjælp bør afspejles i indhold og sprog

DJS finder anbefalingernes ubalancerede beskrivelse af risiko og stærke fokus på biomedicinske parametre bekymrende og utidssvarende i forhold til, hvad kvinder efterspørger at få information om. WHO anerkender en positiv fødselsoplevelse som et signifikant "end point" for alle fødende kvinder³, og et systematisk, kvalitativt review har fundet, at kvinder ønsker både sikkerhed for mor og barn og en positiv oplevelse med følelsen af psykologisk sikkerhed og tryghed undervejs i fødselsforløbet⁴. Betydningen af fødselsoplevelsen – også for kvinders valg af fødested – er kun sparsomt omtalt i anbefalingerne, hvilket er beklageligt.

Der kan være forskellige traditioner for sprogbrug i udarbejdelsen af faglige anbefalinger. Som eksempel finder DJS, at ordlyden i NICE guidelines for intrapartum care⁵ centrerer om kvindens valg og autonomi, og der tilbydes en balanceret information om fordele og ulemper ved alle fire mulige fødesteder (hjemme, klinik udenfor sygehus, klinik på sygehus og specialafdeling). I det nuværende udkast til den danske anbefaling finder DJS ikke samme balancering. Desuden er der mange formuleringer, der ikke afspejler en kvindecentreret tilgang, f.eks. "Gravide kan vælge mellem de fødetilbud som regionen stiller til rådighed" (s. 5) og "Hvis den gravide mod givent råd, fortsat ønsker at føde i hjemmet bør hun tilbydes en samtale med en speciallæge i gynækologi og obstetrik" (s. 37). DJS vurderer, at tonen i visse passager kan opfattes paternalistisk med det sigte, at kvinden træffer de valg, som myndighederne anbefaler – selvom det i andre passager fremgår, at kvinden har ret til selv at vælge på et velinformeret grundlag.

Endelig mener DJS, at beskrivelsen af overflytninger under fødslen bør inkludere, at langt de fleste fødende kvinder i forvejen transporterer sig fra hjem til fødeafdeling i en tilstand med veer og/eller vandafgang. Dette betragtes hverken som risikofyldt eller problematisk, og det samme er gældende for langt de fleste overflytninger ved planlagt hjemmefødsel.

³ WHO recommendations for intrapartum care for a positive childbirth experience; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

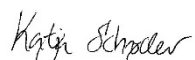
⁴ Downe, S., K. Finlayson, O. Oladapo, M. Bonet, and A. M. Gulmezoglu. 2018. 'What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review', PLoS One, 13: e0194906.

⁵ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth>

DJS vurderer, at de svagheder, der er pointeret ovenfor, er så betydelige, at dokumentet i sin nuværende form *ikke* vil have den ønskede effekt om at sikre en fælles faglig ramme og informationspraksis. I de obstetriske og jordemoderfaglige selskaber og netværk har der de seneste to år været et stærkt fokus på organiseringen af fødslerne, dels affødt af det stigende kapacitetsproblem på fødestederne, og dels af det stigende antal hjemmefødsler. Som det er SST bekendt, har det også affødt diskussioner både internt og i medierne. Journalist Hanne Dam har udgivet bogen 'Giv kvinderne fødslerne tilbage', og der findes en lukket facebook-gruppe under navnet "fødsler på trods af generelle anbefalinger", som har over 1000 medlemmer. Som andre grupper af patienter eller borgere, har gravide og fødende kvinder i dag en vis kritisk tilgang til sundhedsmyndighedernes anbefalinger, og det er derfor helt nødvendigt, at anbefalingerne fremstår transparente i deres tilblivelse og balancerede i deres konklusioner.

DJS vil gerne appellere til, at udkastet til "Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet" trækkes tilbage med henblik på en betydelig omskrivning, og vi bidrager gerne til det arbejde.

På vegne af bestyrelsen i Dansk Jordemoderfagligt Selskab,



Katja Schrøder,

Formand for Dansk Jordemoderfagligt Selskab

kschroeder@health.sdu.dk

Sundhedsstyrelsen
Planlægning
specialeplanlaegning@sst.dk

Høring: Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet

FOA takker for muligheden for at komme med bemærkninger til denne høring.

FOA finder det meget positivt, at det i rapporten fremgår at sygehusafsnit for fødende, vil være bemandet med jordemødre og andet sundhedsfagligt personale som social- og sundhedsassistenter. FOA finder det væsentligt, at social- og sundhedsassistenterne her ses som én af faggrupperne på fødeområdet, dag de har de relevante kompetencer

FOA har ikke andre bemærkninger til krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet.

Med venlig hilsen



Torben K. Hollmann
Formand i Social- og Sundhedssektoren



Staunings Plads 1-3, DK 1790 København V

Mobil: +45 23 26 75 79

Mail: tokh@foa.dk

www.foa.dk

www.facebook.com/FagOgArbejde

Dato:

25. marts 2019

Sagsnr.:

19/257411

Ref.:

TOKH/AMAN

FOA

Staunings Plads 1-3
1790 København V

Tlf.:

+45 46 97 26 26

Fax:

+45 46 97 23 00

Kontonr.:

5301-0476807

Mail:

foa@foa.dk

a-kassen@foa.dk

www.foa.dk

OBS! OBS! OBS!



Høring om krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet

Danske Regioner har bedt om eventuelle bemærkninger til sundhedsstyrelsens høring af "Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet" senest den 25. marts 2019 kl. 12.

Region Hovedstaden har nedenstående bemærkninger til følgende afsnit i anbefalingerne:

Resume

Side 5, 4. nederste linje: Der er byttet om på rækkefølgen af "komplicerede og ukomplicerede.

Indledning og lovgrundlag

Side 12 i oversigten over fødesteder i Danmark. Det er uklart, om der skal være kryds i rubrikken "gynækologisk/obstetrisk afdeling". Bornholms Hospital har således samarbejdsaftaler med gynækologisk/obstetrisk afdeling på Rigshospitalet og Amager og Hvidovre Hospital.

Side 15, 1. linje andet afsnit: Der er noget sprogligt "Det er generelt sikkert forog barn at føde". Børn føder ikke.

Side 15, 3-4. linje i andet afsnit: ".....datagrundlaget for at sammenligne de enkelte fødetilbud.....". Det formodes, at der tænkes på hospitalsfødsler og hjemmefødsler. Det er ikke tydeligt. Der er gode data til at sammenligne kvaliteten af fødsler mellem hospitaler.

Information til den gravide

Der er tilfredshed med, at sundhedsstyrelsen vil udsende et nationalt informationsmateriale, som skal understøtte fælles beslutningstagen. Vi forudsætter, at der deltager fagfolk i udformningen af materialet.

Fødsel på sygehus

Side 21 i sidste sætning før Anæstesiologi fremgår det, at "det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra en speciallæge med særlige kompetencer i genoplivning af nyfødte". Denne formulering fremstår som en stramning af kompetenceniveau, og ordet "særlige" bør derfor udgå. Derudover er det uklart, om det omfatter alle hospitaler, hvor der er fødsler, eller om det udelukkende drejer sig om særlige geografiske forhold.

Side 22, 2. og 3. afsnit. Her bruges begreber som "stort antal fødsler", "lille fødevolumen" og "mindre afdelinger" samt fødesteder mindre end 1.500 og større end 5.000. Der er ingen reference på anbefalinger for fødestedet størrelse. Afsnit bør udelades, da det beror på følelser og fornemmelser.

Sygehusafsnit for lavrisikofødende

Sundhedsstyrelsen finder det overordnet uhensigtsmæssigt, at der arbejdes med begreber som "fødeklinik for ukomplicerede fødsler". I Region Hovedstaden er det politisk besluttet at etablere In-house-fødeklinikker på fødestederne, og der arbejdes aktuelt med beskrivelse og tilrettelæggelse heraf.

Region Hovedstaden har stor opmærksomhed på visitation, retningslinjer for overflytninger m.m. Grundlaget for ønsket om, at arbejde med in-house klinikker er at skabe en øget afveksling i jordemødrenes arbejde og at give de fødende mere rolige rammer. Det skal komme både de fødende med en forventet ukompliceret fødsel, der kan føde på in-house klinikken og de kvinder, hvor der kan være komplikationer, og som derfor skal føde på den konventionelle fødegang til gode. Fødestederne er opmærksomme på at skabe skærmede in-house klinikker med fokus på ro og den naturlige fødsel. In-house klinikker vil organisatorisk være en del af fødeafdelingen og ligger samtidig i umiddelbar nærhed til den konventionelle fødegang af hensyn til de fødendes sikkerhed således, at eventuelle indgreb kan foretages hurtigt og lige så kompetent, som hvis fødslen var sket på den konventionelle fødegang.

Samtidig vil jordemødrene have vagter både på den konventionelle fødegang, i in-house klinikken, i konsultationen og eventuelt i den regionale hjemmefødselsordning. Det giver jordemødrene afveksling i arbejdsopgaverne, hvilket de efterspørger. Samtidig sikrer det, at jordemødrene kender til og kan håndtere både de komplicerede fødsler og de almindelige fødsler.

Side 28, 1. dot i anbefalinger er overflødig, idet det samme gør sig gældende for hjemmefødsler, som også kan blive komplicerede, ligesom komplicerede fødsler kan gå hen og blive ukomplicerede.

Side 29, 3. dot "Omkring hver tredje førstegangsfødende og hver tiende flergangsfødende kan risikere at blive overflyttet til fødeafdeling...". Det foreslås, at sådanne formuleringer formuleres med en mere præcis angivelse af risiko.

Fødsel uden for sygehus

Til side 30 om fødsel i hjemmet anføres det, at den bør foregå med assistance fra erfaren jordemoder. Jordemoderen er i princippet uddannet til at kunne varetage den normale fødsel, når hun afslutter eksamen. Det kan være vigtigere at sikre, at der er erfarne jordemødre på fødegangen, der kan varetage de komplicerede fødsler.

Side 31: Det er normalt, og i henhold til cirkulærer for jordemødre, at en hjemmefødsel går til 42+0, så vi kan ikke forstå, at grænsen for gestationsalder er sat til 41+6.

Side 35 om "Eksempler på faglige kriterier for overflytning" kunne eventuelt suppleres med flere eksempler som fx rigelig tegnblødning, blødning, smerter som ikke er ve-smerter og feber under fødslen (inden kvindens almentilstand er påvirket).

Side 37 i "Anbefalinger" skal dot 2 vist skilles i to dot således, at anden dot starter med "Hvis den gravide mod givent råd.....".

Det skal påpeges, at planlagte hjemmefødende familier oftest vil have behov for assistance til transporten, hvis overflytning til hospital bliver aktuelt.

Med venlig hilsen

Hanne Susan Rasmussen
Chefkonsulent
hanne.s.rasmussen@regionh.dk

Høringsvar vedrørende anbefalinger til regionernes organisering af fødeområdet.

Kære Maria Tølbøll Glavind,

Jeg har studeret de 45 sider "Krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet", som er i høring. Jeg er hverken læge eller jordemoder. Som forkvinde for fonden "En god start i livet", gør jeg dog, hvad jeg kan for at være ajour med udviklingen indenfor fødeområdet og er engageret i at fødslerne i Danmark forløber bedst muligt. Da anbefalingerne skal udformes i dialog med brugerne vil jeg derfor komme med nogle betragtninger. Teksten i kursiv er fra "Krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet".

"Dialogen omkring valget af fødested skal tage udgangspunkt i den gravide og familiens forudsætninger, forventninger og præferencer, men skal samtidig baseres på evidensbaseret, lettilgængelig- og forståelig information, hvor fordele, ulemper og risici præsenteres både skriftligt og mundtligt. Det er væsentligt, at der er tale om en anerkendende dialog, med respekt for den gravides præferencer i forhold til fødested, for dermed at skabe tillid og fremme inddragelse og selvbestemmelse". "Informationen skal gives løbende og på en hensynsfuld måde, samt være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger."

For at disse gode intentioner i Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal kunne efterleves i praksis, kræves der, at der bliver sat tid nok af til den vigtige fødselsforberedelse.

Den gratis fødselsforberedelse for alle er yderst mangelfuld i Danmark. Det er af største betydning for parret at der sker **en løbende fødselsforberedelse**.

De vordende forældre har brug for at blive godt forberedt for at opbygge selvtillid og tro på egen formåen. De har brug for viden for at blive i stand til at træffe valg på et oplyst grundlag.

Hver fjerde kvinde får fødslen sat i gang ved hjælp af medicin. Da der er delte meninger om fordele og ulemper ved at sætte en fødsel i gang inden uge 42, er det vigtigt at den fødende kvinde får mulighed for selv at tage stilling til, hvorvidt hun vil trække igangsættelsen til slutningen af uge 42, med efterfølgende tilbud om scanning og undersøgelse på hospitalet eller om hun vil sættes medicinsk i gang tidligere på lægernes anbefaling.

Amningen er på nedadgående i Danmark. Vi ved, at deltagelse i fødselsforberedelse fremmer amningen, hvilket har en række positive følgevirkninger – såvel fysiske som mentale.

"Det er vigtigt at sikre den fødende en kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson, fra kvinden er i aktiv fødsel, idet der er dokumentation for, at dette nedsætter kvindens behov for medicinsk smertelindring, øger hendes tilfredshed og chancen for, at fødslen forløber spontant."

Her er der forskningsbelæg for, at det bedste er, at sundhedspersonen er en "kendt jordemoder", da vi i dag ved, at det er en vigtig faktor, når det handler om at fremme tryghed og den ukomplicerede fødsel.

"Førstegangsfødende kan visiteres til hjemmefødsel, men bør særligt informeres om, at omkring hver tredje førstegangsfødende risikerer at blive overflyttet."

Overflytning fra hjemmet beskrives som en risiko. Kvinder der vælger at føde på hospital kører også til fødestedet mens de er i fødsel, hvilket vi ikke betragter som en risiko. De fleste overflytninger fra planlagte hjemmefødsler til hospital sker dog som ikke-akutte overflytninger på grund af manglende fremgang i fødslen eller ved behov for mere smertelindring. Langt de fleste overflyttede fødsler afsluttes derfor som ukomplicerede fødsler inde på hospitalet.

For raske kvinder med en ukompliceret graviditet kan der være større risiko for medicinske indgreb, hvis de vælger at føde på hospitalet, da der ikke altid er tid til at lade fødslen udfolde sig naturligt uden ve-stimulerende drop og andre indgreb.

Jeg vil supplere med de tal der er fra den velfungerende hjemmefødselsordning i region Sjælland, der har fungeret i mere end 25 år. Her er det langt flere spontane forløb end på sygehus med raske gravide. Tallene her viser, at når jordemødrene har erfaring med hjemmefødsler er det kun 10,8% af alle fødsler der bliver overflyttet før barnets fødsel og 3,4% der bliver overflyttet efter barnets fødsel, uden at der er dårligere udkomme for mor og barn.

"Trygge rammer under fødslen kan medvirke til, at veerne arbejder bedre og opleves som mindre smertefulde."

I Region Sjælland er der flere og flere, som føder hjemme i trygge rammer. Således er 16,5% i Odsherred, 14% i Sorø og 9,6% i Vordingborg kommune tilknyttet hjemmefødselsordningen.

Her gør man meget ud at fødselsforberedelsen, som handler om, hvad de gravide kan gøre for at styrke krop og sjæl, forberede sig til selve fødslen og til tiden med barnet.

Alle familier får individuelle besøg i hjemmet, hvor parret sammen forberedes.

De kommende forældre bliver her inspireret til at se fødslen som et sejt og hårdt arbejde med konstruktive smerter. Belønningen er en "jeg kan"-oplevelse, der ofte følger kvinden hele livet. Når den første fødsel går godt, er vejen banet for en god fødsel næste gang.

Det er værd at lægge mærke til, at det er en meget stor brugertilfredshed i denne gruppe.

Vi ved, at der er mange såvel mødre som fædre, der i dag får en fødselsdepression. Det er desværre ikke lavet nogen forskning, men jeg er overbevist om, at når der er en god fødselsforberedelse og en stor tilfredshed med fødselsforløbet, vil der være langt færre fødselsdepressioner.

LUP undersøgelse publiceret den 22.3.2019. Uge 12 2019 Nyhedsbrev fra Jordemoderforeningen.

Da jeg kan se, at svarprocenten kun er på 52% er det svært at konkludere noget på baggrund af undersøgelsen. Dog ved vi, at det er dem med mest overskud, der svarer og at det også er i denne gruppe, flest har råd til at betale for privat fødselsforberedelse. Alligevel synes hver tiende kvinde i denne gruppe, at fødsels- og forældreforberedelsen ikke er brugbar.

Da det er 48 % af dem med færrest ressourcer, der ikke har svaret, er der grund til at antage, at utilfredsheden med fødselsforberedelsen her er langt større.

Blandt de 52% der har svaret, oplever dem, der har deltaget i fødsels- og forældreforberedelse i mindre grupper, at forberedelsen er mere brugbar her end dem, der har deltaget i fødsels- og forældreforberedelse i en større forsamling. Alligevel er der et fald i andelen af kvinder, der får tilbudt fødsels- og forældreforberedelse i mindre grupper og en stigning i andelen, som får tilbudt fødselsforberedelse i en større forsamling

Nytænkning: I et indlæg i Berlingske Tidende fra den 12.3.19, er der en beskrivelse af, hvordan man i Holland ansætter professionelle barselshjælpere, som efter fødslen hjælper de førstegangsfødende i hjemmet, hvor de blandt andet bistår med at få amningen i gang. Brugertilfredsheden med denne ordning er stor.

Bilag:

1. Artikel i Politiken den 1.3.2019. *Alle kvinder har ret til en tryk og sikker fødsel* af Cecilia Virgin.
2. Artikel af Ole Olsen om Hjemmefødsler publiceret i Månedsskrift for Almen praksis 2018.

Venlige hilsener fra
Cecilia Virgin
Forkvinde for fonden "En god start i livet".
www.fonden-engodstartilivet.dk

Politiken 1.3.2019

Alle kvinder har ret til en tryk og sikker fødsel

FØDSLER

CECILIA VIRGIN
FORKVINDE, FONDEN 'EN GOD START I LIVET'

EN KVINDE ligger på en fødestue og skriger på en epiduralblokade. Smerten er blevet for uoverkommelige, og hun har ingen idé om, hvorvidt hun føder om to eller 20 timer. Kvinden er førstegangsfødende og har intet begreb om, hvad det er, kroppen gennemgår lige nu. Derfor er hun ikke i stand til andet end at gå i smertepanik.

Dette er ikke et tænkt eksempel, det er taget fra virkelighedens fødestuer derude, hvor danske kvinder i stigende grad føder på uoplyst grundlag. Men det er hverken mor, barn eller samfund tjent med. Den forebyggende indsats med forældre- og fødselsforberedelse er stærkt underprioriteret.

Selv om Danmark er et af verdens sikreste steder at føde, og vi bruger megen tid på opsporing af risikofødsler og støtter de særligt sårbare gravide, er tiden inde til at prioritere omsorg og tryk for alle fødende. Der er megen usikkerhed, angst og bunker af uafklarede spørgsmål forbundet med en fødsel, og vi ser det særligt hos førstegangsførelse.

I dag varierer det fra region til region, hvad de fødende bliver tilbudt af forberedelse - nogle steder bliver man inviteret til to aftener i et auditorium proppet med op mod 100 mennesker. Det er ganske enkelt ikke godt nok, der er brug for meget mere end det, uden at de vorden-

de forældre føler sig nødsagede til at gribe til lommen for at betale nogle af de mange ganske fine egenbetalte kurser. En god fødsel skal være for alle i samfundet - ikke kun de velstillede. Derfor bør den kommende sundhedsreform prioritere netop fødselsforberedelser.

“
Der er megen usikkerhed, angst og bunker af uafklarede spørgsmål forbundet med en fødsel

I Holstebro har de tilbudt kommende forældre et udvidet forløb på halvandet år - både inden og efter fødsel - hvor en sundhedsplejerske, en socialrådgiver, en bankrådgiver og en jordemor har teamet op om at lave en helhedsindsats for at forberede de vordende forældre på alle aspekter i livet med et barn. Sidegevinsterne ved det forløb viste sig at være færre skilsmisser, færre udsatte børn og mindre misbrug og vold i familierne. Hvis en gravid kvinde er stresset, trænger hendes stressrelaterede hormoner ind i det ufødte barns blodomløb og påvirker barnet. Et højt stressniveau giver den gravide øget risiko for hjerte-karsygdomme, diabetes og psykiske lidelser. Det har derfor stor betydning, at kvinden er i balance. Angst og depression kan have fatale konsekvenser for barnets trivsel og udvikling. Nogle kvinder er så bange for at føde, at de vælger at få foretaget kejsersnit. Hvis kvinden får hjælp til at få bearbejdet sin angst, ender det ofte med en vaginal fødsel og en glæde over, at det lykkedes at fø-

de uden en operation. Hver anden kvinde har en kompliceret fødsel. En ud af tre fødende kvinde får ve-stimulerende medicin og tallet er det samme for dem, der får sat fødslen kunstigt i gang, og hver femte barn bliver sat i verden gennem et kejsersnit. Faktum er, at jo færre indgreb jo mindre risiko for at barnet får gulsot, infektioner eller problemer med stofskifte og amning. Gravide er i snit sygemeldte 48 dage om året i forhold til en ikke-gravid, som er sygemeldt 8,5 dage. De hyppigste årsager er smerter i bevægeapparatet, kvalme, træthed og søvnproblemer. Sygemeldinger i graviditeten er estimeret til at svare til 4.000 fuldtidsstillinger per år. I fødselsforberedelse kan kvinden få styrket sit bevægeapparat og få hjælp med søvnproblemer. Deltagerne får normaliseret de problemer, der opstår i graviditeten, og lærer at håndtere nye udfordringer. Det bidrager til færre sygemeldinger og færre fødselsdepressioner. Fødselsforberedelser skal gerne være kontinuerlige og begynde tidligt i graviditeten. Med inspiration fra det gode eksempel i Holstebro kunne det være 12 aftener med 10 par, hvor der på skift undervises af jordemødre, afspændingspædagoger eller fysioterapeuter med kendskab til graviditet og fødsel og evne til at være empatiske og omsorgsfulde.

Professor James Heckman fra Chicago modtog Nobelprisen i år 2000 i økonomi, for at bevise, at jo tidligere sundhedsindsats man iværksætter, jo billigere og bedre i det lange løb. Forældre og fødselsforberedelse giver ikke kun et godt økonomisk afkast, men er også menneskeligt en god investering i fremtidens børn.



DSOG

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Allerød d. 31.3.19

Høringssvar fra DSOG vedr. "Krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet"

DSOG har haft udkast til "Krav og faglige anbefalinger for organisering af fødeområdet" til høring blandt vore medlemmer, herunder DSOGs tovholdergruppe for obstetriske guidelines, også kaldet Sandbjerg Guidelines.

Overordnede kommentarer

DSOG hilser Sundhedsstyrelsen anbefalinger velkommen og synes de på alle måder skaber faste rammer og overblik over de tilbud, som danske gravide kan modtage ifht. fødselshjælpen. Anbefalingerne vil være en hjælp udi den lokale og regionale organisering og kommer til at være i tråd med anbefalingerne i den kommende revision af "Vejledning for svangreomsorgen".

DSOG er bekendt med at flere afdelinger i landet ikke har speciallæger i tilstedeværelsesvagt døgnet rundt, men at disse vagter også dækkes af de i uddannelsessammenhænge ældste kursister (H-3-kursister). Dette er specielt gældende for de mindre afdelinger, som er udfordret geografisk ifht. rekruttering af speciallæger. DSOG bifalder derfor anbefalingen om at "Komplicerede fødsler skal varetages under lægefagligt ansvar og det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik, anæstesiologi og pædiatri". DSOG er bekendt med at få steder i landet ex. Bornholm skal være undtaget fra denne anbefaling, men bakker op om intentionen i anbefalingen. En alvorlig udfordring ved denne anbefaling vil dog være manglen på speciallæger i obstetrik og gynækologi, på nuværende tidspunkt specielt i yderområderne. Denne mangel vil forværres over de næste år både pga. en ændret alders- og kønssammensætning blandt speciallæger i DSOG, men mest af alt pga. et stigende fødselstal. I Region Hovedstaden vil oprettelse af en ny gynækologisk og obstetrisk afdeling potentielt have personalemæssige konsekvenser for de mindre afdelinger på Sjælland.

DSOG har tidligere både i Sundhedsstyrelsen (SST) og hos Danske Regioner (DR) efterlyst en anbefaling af læge- og jordmoderbemanding ifht. fødestedets størrelse og kompleksitet, en sådan anbefaling vil på alle måder sikre den høje kvalitet på fødeområdet, samt ved håndtering af syge nyfødte. Med anbefalingen om at "Komplicerede fødsler skal varetages under lægefagligt ansvar og det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik, anæstesiologi og pædiatri", lægger SST således op til en minimumsbemanding af speciallæger både i gynækologi og obstetrik, anæstesiologi og pædiatri. Vi håber, at SST med disse anbefalinger vil sikre uddannelse af tilstrækkeligt mange speciallæger i gynækologi og obstetrik, anæstesiologi og pædiatri. DSOG har allerede italesat disse udfordringer i SST "Enhed for planlægning", samt DR og håber, at der bliver taget højde for dette i den kommende dimensioneringsplan, som skal diskuteres over de næste 6-9 måneder.

I hele dokumentet bør der gennemgående tales om enten hyppigheder eller risici uafhængigt af om det er fødeafdeling eller hjemmefødsel. Eksempelvis side 17 & 23 - anbefales at bruge ordet risiko både ifht. børn og indgreb.

Ifbm. den kommende revision af "Anbefalinger for svangreomsorgen" ændres indhold ved første graviditetsbesøg hos egen læge til at have et andet indhold. Der er bl.a. lagt op til at information om valg af fødested skal foregå ved første jordmoderkonsultation, altså ikke via egen læge.



DSOG

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Vi anbefaler at termene for fødesteder ændres til:

- Fødeafdeling på hospital
- Fødeklinik på hospital
- Fødeklinik uden tilslutning til hospital
- Hjemmefødsel

I aktuelle udkast bruges bl.a. betegnelserne fødested, fødeafdeling og fødegang, vi mener ovenstående vil gøre det mere klart.

Derudover anbefaler vi, at man i stedet for "lavrisiko" skriver "ukompliceret graviditet og udsigt til ukompliceret fødsel".

Endelig vil vi ligesom "Dansk kvalitetsdatabase for Fødsler" (DKF) gerne rose tiltaget for at monitorere kvaliteten ved fødsler ikke bare på hospital men ligeledes på fødeklinikker og ved hjemmefødsler. DSOG og DKF ønsker at inkludere fødsler udenfor sygehuset i de eksisterende kvalitetsindikatorer for fødsler.

Kommentarer til indhold

(forslag til specifikke ændringer markeret med gult).

s. 5, sidste afsnit:

Det er u hensigtsmæssigt at arbejde med begreber som 'fødeklinikker for ukomplicerede fødsler' da en fødsel er en kontinuerlig proces, og på trods af skarp visitation, vil der være fødsler der overgår fra komplicerede til ukomplicerede.

Anbefales rettet til: Det er u hensigtsmæssigt at arbejde med begreber som 'fødeklinikker for ukomplicerede fødsler' da en fødsel er en kontinuerlig proces, og på trods af skarp visitation, vil der være fødsler der overgår fra **ukomplicerede til komplicerede.**

s. 6. 3. afsnit:

Fødsel på klinik uden for sygehus kan fagligt ligestilles med hjemmefødsler, og organiseringen af fødsel på klinik uden for sygehus bør følge hjemmefødslerne

Anbefales rettet til: **Visitation til fødeklinik uden tilslutning til hospital bør følge visitationen til hjemmefødsler, og organiseringen af fødsel på klinik uden tilslutning til hospital bør følge hjemmefødslerne**

s. 13. 2. afsnit:

Igangsættelse af fødslen kan ske af mange grunde, herunder både overbårenhed, vandafgang uden veer, svangerskabsforgiftning m.v.

Anbefales rettet til: Igangsættelse af fødslen kan ske af mange grunde, herunder både **forebyggelse af** overbårenhed, vandafgang uden veer, svangerskabsforgiftning m.v.

S. 15. 4 afsnit:

... og perinatale komplikationer, defineret som minimum én af følgende komplikationer: dødfødsel, tidlig neonatal død, neonatal encefalopati, meconium respiration, skade af plexus

Bedes rette til:

... og perinatale komplikationer, defineret som minimum én af følgende komplikationer: dødfødsel, tidlig neonatal død, neonatal encefalopati, meconium **aspiration**, skade af plexus



DSOG

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

S. 21. 2. afsnit:

Skal generelt tilpasses den kommende revision af "Vejledning for svangreomsorgen" idet visitation til fødested forudsættes foretaget ved 1. jordemoderbesøg.

Desuden:

Løbende i graviditeten foretages revurderinger ('kontinuerlig visitation'), da risikoen for komplikationer kan ændre sig.

Anbefales rettet til: Løbende i graviditeten foretages revurderinger ('kontinuerlig visitation'), da **forudsætninger, behov, præferencer og** risikoen for komplikationer kan ændre sig.

S. 22. 3. afsnit: nedenstående bør udgå pga. manglende evidens.

Det er svært at angive en hensigtsmæssig størrelse på en fødeafdeling. Ud fra en række betragtninger, herunder hensyn til robusthed, opretholdelse af rutiner, organisatorisk sammenhængskraft m.v. kan der dog være særlige udfordringer ved fødesteder med mindre end 1500 eller mere end 5000 fødsler årligt. Det skal dog understreges, at der ikke foreligger stærk evidens på dette område.

S 25., 4. afsnit:

Som udgangspunkt vil det ikke være hensigten, at der skal foretages indgreb på et sygehusafsnit for lavrisikofødende, men kvinden vil blive overflyttet til fødeafdelingen ved behov for smertelindring ud over lokalbedøvelse,

Anbefales rettet til:

Som udgangspunkt vil det ikke være hensigten, at der skal foretages indgreb på **en fødeklinik på hospitalet**, men kvinden vil blive overflyttet til fødeafdelingen ved behov for smertelindring ud over **det mulige på afsnittet**,

Side 26, 4. afsnit:

Det er vigtigt, at der kontinuerligt sikres kompetenceudvikling af jordemødre mv. på både fødeafdeling og sygehusafsnit for lavrisikofødende, eksempelvis ved en rotationsordning, der desuden kan fremme faglig udveksling og medvirke til undgå silodannelse mellem de enkelte afsnit. Sygehusafsnit for lavrisikofødende bør fagligt og ledelsesmæssigt høre sammen med fødeafdelingen.

Anbefales rettet til: Det er vigtigt, at der kontinuerligt sikres kompetenceudvikling af **personale** på både fødeafdeling og **af jordemødre på fødeklinik på hospitalet, for sidstnævnte** eksempelvis ved en rotationsordning, der desuden kan fremme faglig udveksling og medvirke til undgå silodannelse mellem de enkelte afsnit. **Fødeklinikker på hospitalet bør fagligt og ledelsesmæssigt høre sammen med fødeafdelingen.**

S. 26. 5. afsnit

I organiseringen af særlige fødeafsnit for lavrisikofødende bør der indføres faste rammer for, at indgreb som udgangspunkt ikke skal foretages på afsnittet, og såfremt der opstår komplikationer hos den fødende, kræver det overflytning til en fødegang.

Anbefales rettet til: I organiseringen af særlige **fødeklinikker på hospitalerne** bør der **være** rammer for, at indgreb som udgangspunkt ikke skal foretages på afsnittet, og såfremt der opstår komplikationer hos den fødende, kræver det overflytning til en fødegang.



DSOG

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

S. 26. 6+7. afsnit

I forlængelse af dette skal det pointeres, at det er nødvendigt at opretholde beredskab på fødeafdelingen/matriklen, som, ud over fødsler på fødegangen, også skal kunne varetage de kvinder, som overflyttes fra fødeklinerne.

Jordemødre og andet personale på afsnittet bør være opdateret med færdighedstræning, herunder oplæring i neonatal genoplivning, og der skal sikres vedligeholdelse af disse kompetencer.

Bedes rettet til: - da "dobbeltkonfekt"

I forlængelse af dette skal det pointeres, at det er nødvendigt at opretholde beredskab på fødeafdelingen/matriklen, som, ud over fødsler på fødegangen, også skal kunne varetage de fødsler, som overflyttes fra afsnittene for lavrisikofødende.

S. 28. 1. afsnit

Såfremt sygehusafsnit for lavrisikofødende etableres, bør der desuden ske opfølgning og erfaringsopsamling for derved at sikre, at tilbuddet har samme høje kvalitet som de allerede eksisterende fødetilbud.

Bedes rettet til: Såfremt fødekliner på hospitalet etableres, bør der desuden ske opfølgning og erfaringsopsamling for derved at sikre, at tilbuddet er af samme høje kvalitet som de allerede eksisterende fødetilbud.

S. 30 næstsidste afsnit

En hjemmefødsel foregår hjemme hos kvinden selv og med assistance fra en erfaren jordemoder.

Bedes rettet til: En hjemmefødsel foregår hvor kvinden selv ønsker det og med assistance fra en jordemoder.

S. 31. rammen

☐ Førstegangsfødende kan visiteres til hjemmefødsel, men bør særligt informeres om, at omkring hver tredje førstegangsfødende risikerer at blive overflyttet.

Bedes rettet til:

☐ Førstegangsfødende kan visiteres til hjemmefødsel. Der bør informeres om, at omkring hver tredje førstegangsfødende risikerer at blive overflyttet.

S. 32 rammen:

Fødende der er bærere af GBS

Anbefales rettet til: Fødende der er i risiko for at bære Gruppe B Streptokokker (GBS). Kommentar: I Dk har vi en risikobaseret screeningsstrategi

S. 32. næstsidste afsnit

Ønsker kvinden på trods af givent råd at føde hjemme, bør hun tilbydes samtale med speciallæge i gynækologi og obstetrik.

Bedes rettet til: Ønsker kvinden på trods af givent råd at føde hjemme, bør hun tilbydes samtale med speciallæge i gynækologi og obstetrik, gerne i et tværfagligt team med jordemoder.

S. 33. nederst

Derudover bør det sikres at alle jordemødre, der varetager fødsler i hjemmet, undervises i neonatal genoplivning samt relevant obstetrisk færdighedstræning, og at disse kompetencer vedligeholdes.

En væsentlig del af de kvinder, især førstegangsfødende, der har planlagt at føde hjemme, vil blive overflyttet i forbindelse med fødslen. Det er derfor nødvendigt at opretholde et beredskab på



DSOG

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

fødeafdelingen, som foruden de fødende på den pågældende afdeling, skal kunne varetage overflytningerne fra fødsler uden for sygehus (både obstetrikberedskab samt anæstesi- og pædiatriberedskab).

Anbefales rettet til:

Derudover bør det sikres at alle jordemødre, der varetager fødsler i hjemmet, **vedligeholder viden færdigheder og kompetencer, herunder neonatal genoplivning.**

Da en væsentlig del af især førstegangsfødende overflyttes er det derfor nødvendigt at opretholde **og visse steder øge** beredskabet på fødeafdelingerne, som foruden de fødende på den pågældende afdeling, skal kunne **modtage og håndtere** overflytningerne fra fødsler uden for sygehus (både obstetrikberedskab samt anæstesi- og pædiatriberedskab).

S. 34. 2. afsnit

Der bør være klare aftaler og planer for, hvortil og hvordan overflytning kan ske, hvis der opstår komplikationer under eller efter fødslen, herunder kriterier for hvornår det er relevant med beslutning om overflytning.

Anbefales rettet til: Der bør være klare aftaler og **planer for overflytning**, hvis der opstår komplikationer under eller efter fødslen.

S. 35. øverst

Eksempler på faglige kriterier for overflytning

o Påvirket almentilstand hos kvinden

o Utilstrækkelig lindring af smerte o Fastsiddende moderkage o Feber > 38,5

Bedes rettet til:

Eksempler på faglige kriterier for overflytning

o Påvirket almentilstand hos kvinden **(herunder feber > 38,0)**

o Utilstrækkelig lindring af smerte **/behov for øget smertelindring** o Fastsiddende moderkage o Feber > 38,0

o **påvirket nyfødt barn**

S. 35. nederst - 36 øv

Det er væsentligt, at der er beskrevet en klar ansvarsfordeling imellem de aktører som er, eller potentielt kan blive, involveret i forløbet ved en hjemmefødsel. Nogle fødende vil få behov for at blive overflyttet før, under eller efter fødslen på grund af komplikationer.

Overgangene, som dette medfører, understreger yderligere vigtigheden af, at der foreligger klare instrukser for ansvarsfordelingen imellem de forskellige aktører i kvindens forløb.

Anbefales rettet til:

Det er væsentligt, at der er beskrevet en klar ansvarsfordeling imellem de aktører som er, eller potentielt kan blive, involveret i forløbet ved en hjemmefødsel. **Flere sætninger slettet.**

S. 37. ramme

Anbefalinger

På baggrund af ovenstående fremsættes følgende anbefalinger:

☐ Det bør kun være gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel af et rask barn der visiteres til at føde i hjemmet og kun såfremt at kvinden har et ønske herom. ☐

Der bør ved visitation af den gravide lægges vægt på kvindens paritet, således at særligt førstegangsfødende informeres om potentielle risici ved fødsel i hjemmet. Hvis den gravide mod givent råd, fortsat ønsker at føde i hjemmet bør hun tilbydes en samtale med en speciallæge i gynækologi og obstetrik.



DSOG

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Anbefales rettet til:

Anbefalinger

På baggrund af ovenstående fremsættes følgende anbefalinger:

☐ Det bør kun være gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel af et rask barn der visiteres til at føde i hjemmet. **Sætning slettet** ☐ Der bør ved visitation af den gravide lægges vægt på kvindens paritet, således at særligt førstegangsfødende informeres om potentielle risici ved fødsel i hjemmet.

☒ Hvis den gravide mod givent råd, fortsat ønsker at føde i hjemmet bør hun tilbydes en samtale med en speciallæge i gynækologi og obstetrik, **gerne i et tværfagligt team**.

S. 38. ramme

Ved behov for smertelindring ud over lokalbedøvelse, ved komplikationer, ved behov for lægehjælp m.v. skal den fødende overflyttes til en fødeafdeling på et sygehus

Anbefales rettet til:

Ved behov for **øget smertelindring**, ved komplikationer, ved behov for lægehjælp m.v. skal den fødende overflyttes til en fødeafdeling på et sygehus

Skulle Sundhedsstyrelsen have spørgsmål eller kommentarer til ovenstående er I meget velkomne til at henvende Jer.

Med venlig hilsen

Hanne Brix Westergaard

Formand DSOG

Telefon: 21805919

E-mail: formand@dsog.dk



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

Vedr. høring om "Krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet"

Dato :27. marts 2019
Ref.:Githa Cajus
Direkte tlf.: 72 69 09 75
E-mail: gtc@ucn.dk

Høringssvar fra jordemoderuddannelsens ledernetværk.

Vi vil med denne henvendelse henstille til, at den kommende udgivelse af "Krav og anbefalinger til organisering af fødeområdet" undergår yderligere revision før udgivelse.

Jordemoderuddannelsens ledernetværk har følgende punkter, vi tænker kræver revision eller præcisering:

- **"Krav og anbefalinger til organisering af fødeområdet"s relation til "Anbefalingerne for svangre" som er under revision og forventes at udkomme i dette år.**

Vi undrer os over, hvad baggrunden er for, at organiseringen af fødeområdet er blevet en adskilt del af de samlede anbefalinger for svangre. Dette betyder, at der er elementer i "krav og anbefalinger til organisering af fødeområdet", der fremstår uargumenterede i relation til de sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, som er beskrevet i anbefalinger for svangre. Særlig i relation til principperne for svangreomsorgen og i relation til kontakter og forebyggende svangreundersøgelser. På s.9 i udkastet står der, at *formålet med anbefalingerne er at skabe en natinal ramme for indholdet i den information, der gives til de fødende og deres familier, således at de har det bedst mulige grundlag for at træffe beslutninger om valg af fødested.* Dette giver yderligere usikkerhed om disse anbefalingers status i relation til de generelle anbefalinger for svangre og for organisering og udmøntning af de forebyggende svangretilbud.

- **Dokumentation og referencer i "krav og anbefalinger til organisering af fødeområdet"**

Der savnes i flere tilfælde referencer og dokumentation, eksempelvis står der på s. 5, 1. afsnit: savnes dokumentation for flg.: "siden årtusindskiftet er der sket en generel og betydelig faglig forbedring på fødeområdet". Dette er et markant udsagn, som bør underbygges, og der ses i dette afsnit en udokumenteret kobling mellem bedre udkomme og centralisering af fødsler, på side 21 står der "*Jordemoderen er den primære fødselshjælper ved planlagte vaginale fødsler, og skal understøtte den spontant forløbende fødsel. Det er vigtigt at sikre den fødende en kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson, fra kvinden er i aktiv fødsel, idet der er dokumentation for, at dette nedsætter kvindens behov for medicinsk smertelindring, øger hendes tilfredshed og chancen for, at fødslen forløber spontant*". Der er ingen reference, men formentlig henvises til Hodnet et al? Deres konklusion er imidlertid: "*Continuous support from a person who is present solely to provide support, is not a member of the woman's social network, is experienced in providing labour support, and has at least a modest amount of training, appears to be most beneficial.*" Studiet er på tværs af flere fødselskulturer, og hvis man ønsker at omsætte dette til danske forhold, kan man ikke benytte begrebet sundhedsperson, men mere korrekt jordemoder.

- **Organisatoriske konsekvenser**

På S. 22: Der tages afsæt i at "øvelse gør mester", og det vurderes, at der kan være særlige udfordringer ved fødesteder mindre end 1500 eller over 5000 fødsler årligt. Selvom det understreges, at der ikke foreligger evidens på dette område, vil sætningen få betydning fremadrettet. Specielt, da dokumentet ikke forholder sig til, hvad der øves i, og på hvilken måde. For hvis man f.eks. øver sig i det forkerte, på en måde, der ikke bidrager positivt, bliver man kun mester i det. I samme ombæring er der stor fokus på, hvordan der kan opretholdes kompetencer til at varetage patienter med sjældne komplikationer, hvilket klart er vigtigt. På alle landets afdelinger uddannes jordemødre. Men det er fraværende i dokumentet, hvorledes man på afdelinger, hvor der er påvist en forøget risiko for indgreb, skal ske en fastholdelse af kompetencer – hos både jordemødre, jordemoderstuderende og læger – til at understøtte fødselens spontane forløb med lav indgrebsfrekvens. Eneste forslag er indretning af fødestuer – hvilket er hensigtsmæssigt i sig selv, men det kan ikke stå alene uden løbende træning af studerende og personalet i at fastholde den spontane fødsel.

På S. 43-44 (Bilag 1 – Erfaringer fra de tidligere fødeklিনikker): Det er positivt, at anbefalingerne indeholder beskrivelse af og erfaringer fra de tidligere ABC-klіnіkker, men bilag 1 mangler fuldstændigt information om, hvilke informationer og kilder det bygger på. Særligt hæfter vi os ved, at der står, at "*rotationsordningerne mellem afsnittene fungerede ikke altid optimalt, og det medførte silodannelse, hvor man oplevede, at man ikke fulgte retningslinjerne ensartet og dermed ikke sikrede ensartethed i erkendelse af mulige komplikationer og handling herpå*" Hvorfra er disse erfaringer?

- **Jordemoderens virksomhedsområde**

På s.21 står, at ” *Jordemoderen er den primære fødselshjælper ved planlagte vaginale fødsler og skal understøtte den spontant forløbne fødsel*” Dette ser vi som en underkendelse af jordemoderens virksomhedsområde, hvor der står, at Jordemoderen kan selvstændigt yde fødselshjælp ved den spontane fødsel, som forløber uden komplikationer og videre at jordemoderen er kvalificeret til at deltage i behandlingen og yde fødselshjælp og jordemoderfaglig omsorg, også i komplicerede tilfælde.

Idet vi håber at bidrage til en præcisering af arbejdet med ”Krav og anbefalinger til organisering af fødeområdet”

Venlig hilsen

Ledernetværk for jordemoderuddannelserne i Danmark.

Bodil Kirstine Møller
Uddannelsesleder

Jordemoderuddannelsen
Institut for Terapeut- og Jordemoderuddannelser
Det Sundhedsfaglige Fakultet
51632630
bomo@kp.dk

Københavns Professionshøjskole
Sigurdsgade 26
2200 København N

Høringssvar til ” Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet” marts 2019

Jordemoderforeningens kreds Nordjylland værdsætter muligheden for at afgive høringssvar på den nylige rapport vedr. Krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet.

Overordnet oplever vi det som positivt, at der arbejdes med nye muligheder for organisering af fremtidens fødetilbud. I Region Nordjylland er befolkningstætheden varierende, idet regionen dækker store geografiske afstande, hvorpå vores gravide, fødende og familier befinder sig. Vi adskiller os dermed fra andre, mere befolkningstætte områder af Danmark. Således hilser vi det velkomment, at der belyses alternative muligheder for organisering af fødeområdet. Med dette, mener vi, at enkelte individers forskellige behov i højere udstrækning kan tilgodeses, idet muligheden for at tilbyde et differentieret og meningsfuldt tilbud vil tilpasses hver enkelte regions demografi og de dertilhørende borgeres behov.

Nedenstående høringssvar opdeles i kommentarer til forskellige nedslagspunkter i rapporten. Ved henvisning til sidetal henvises til ”Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet”, Sundhedsstyrelsen 2019.

- Indholdsmæssigt: I rapportens resumé (s. 5) udtrykkes at: *”på trods af skarp visitation, vil der være fødsler der overgår fra komplicerede til ukomplicerede”*. Denne formulering forvirrer os, da den henviser til visitation til fødeklinikker for kvinder, der forventes ukomplicerede fødsler. Vi læser dette afsnit som meningsfuldt, såfremt der i stedet menes: *”på trods af skarp visitation, vil der være fødsler, der overgår fra **ukomplicerede til komplicerede**”* og foreslår dermed en ændring i ordlyden.
- Rettelse til tabel s. 12, afsnit 1.2 ”Oversigt over fødeafdelinger i Danmark, 2017”: I denne, er det noteret at der på Regionshospital Nordjylland Hjørring varetages fødsler fra GA 34. Dette er ikke korrekt, da fødeafdelingen i Hjørring varetager fødsler fra GA 32+0. Vi ønsker således at dette rettes.
- Der redegøres for rapportens formål (s. 9, afsnit 1.1), som bl.a. er at sikre et hensigtsmæssigt og fokuseret fagligt grundlag for sundhedsstyrelsens rådgivning til regionerne, samt at etablere en fælles faglig ramme for organisering af fødetilbud i Danmark. Vi ser dette som et yderst relevant tiltag. På baggrund af rapportens vigtige formål, finder vi det derfor problematisk at nationale faglige anbefalinger vedr. hjemmefødsler baseres på blot 3 studier. Vi opfordrer dermed til at evidensgrundlaget bag anbefalingerne udvides til at inkludere yderligere relevante undersøgelser.
- Endvidere er et særskilt formål med rapportens anbefalinger, at skabe en national ramme for indholdet i den information, der gives til gravide/fødende og deres familier (s. 9, afsnit 1.1). Vi bifalder dette tiltag, og glæder os over at familiernes besluthedsgrundlag om valg af fødested, understøttes af en faglig evidensbaseret national ramme for indholdet af informationen. I det prospektive kohortestudie ”Birthplace England”, der sammenligner fødsler hhv. udenfor og på fødeafdelinger, præsenteres: *”... Dog fandt man for gruppen af førstegangsfødende, der planlagde at føde i hjemmet, en næsten dobbelt så stor risiko for komplikationer hos barnet”* (s. 15, afsnit 1.3). Med afsæt i et evidensbaseret fagligt grundlag, foreslår vi derfor at denne risiko præciseres i det kommende materiale, til både fagpersoner og gravide, således at risikoen angives i absolutte tal frem for procentsats. Ræsonnementet er at

rapporten samtidig gør opmærksom på at *"den forøgede risiko i absolutte tal er beskeden"* (s. 15, afsnit 1.3). Vi mener hermed, at evidensgrundlaget fejlagtigt vil betone risiko, hvis det informationsgrundlag fagpersonerne tager afsæt i til de gravide/fødende og deres familier fremlægges i procent og en ordlyd som *"dobbelt så stor risiko"*. Ligeledes forslår vi at det tydeligt fremgår, at ovenstående risikoberegning bygger på et enkelt studie. Som vist i det hollandske studie nævnt på s. 16, findes der ligeledes evidens, der ikke viser en øget risiko for perinatale komplikationer ved en planlagt fødsel i hjemmet, sammenholdt med planlagte hospitalsfødsler. Vi vil dermed foreslå at materialet præciseres til, at nogle studier viser en øget risiko mens andre ikke gør, for at udvise forsigtighed med studiernes overførbare til danske forhold.

- Et sidste nedslagspunkt vedr. information om fødsel i hjemmet, omhandler risikoen for overflytning til fødeafdeling undervejs i fødslen (s. 17, afsnit 1.3). Her ønsker vi en tilføjelse til det sidste punkt i konklusionen, som for nuværende lyder: *"... Størstedelen af overflytningerne sker grundet manglende fremgang i fødslen"* (s.17). Vi foreslår her en uddybning af rammerne omkring sådanne overflytninger, der foregår i et udramatisk og roligt tempo, og ofte ved at familierne benytter egen transport. Et konkret forslag til ændringen kunne være: *"... Størstedelen af overflytningerne sker grundet manglende fremgang i fødslen, og er dermed ikke akutte"*.

Vi deltager gerne i yderligere drøftelser og uddybning af ovenstående.

På Kredsbestyrelsens vegne
Kredsformand Line Hundebøl Nielsen
Jordemoderforeningen, Nordjylland



JORDEMODER
FORENINGEN

Høringssvar over ”Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet.”

Forældre og Fødsel vil gerne takke Sundhedsstyrelsen for at være inviteret til deltagelse i arbejdsgruppen bag nærværende dokument samt at være udpeget som høringspartner.

Foreningen Forældre og Fødsel, der er de fødende og nybagte forældres brugerorganisation, ønsker at give høringssvar på Sundhedsstyrelsens anbefalinger til organiseringen af fødeområdet. Sundhedsministeriet fremlægger i fremtidens fødselsindsats, *”En god og sikker start på livet”*, en målsætning om at skabe gode fødesteder, således alle gravide kvinder skal kunne føde i trygge og gode omgivelser på hospitaler, klinikker eller i hjemmet, og dermed sikre at flest muligt får en god fødselsoplevelse. Af samme rapport fremgår det, at det stigende fødselstal giver anledning til overvejelser om organisering af området; herunder bedre tilbud til kvinder, der ønsker at føde hjemme, inddragelse af fødeklinikker med videre. Det fremhæves, at det er vigtigt, at den enkelte familie selv kan vælge, hvilke rammer de ønsker at føde i, samt den fødendes valg af fødested bør bero på et positivt tilvalg. Desuden fremhæver Sundhedsministeren, at det er vigtigt at lære af de gode erfaringer og fortsætte med at udvikle og nytænke fødselsområdet til gavn for de fødende kvinder, deres nyfødte børn og familien. Med denne målsætning som pejlemærke for Sundhedsstyrelsens anbefalinger til organisering af fødeområdet og fødesteder har Forældre og Fødsel deltaget i arbejdsgruppen bag rapporten ”krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet” og med denne målsætning for øje fremsendes hermed et høringssvar til ”krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet.”

Ad kapitel 1. Indledning og lovgrundlag

I Forældre og Fødsel undrer vi os over, at der henvises til et planlægningsprincip, ”øvelse gør mester, under Sundhedsloven §2. Der fremgår intet om planlægningsprincipper i Sundhedslovens §2. Til gengæld fremgår det, at loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for

- 1) Let og lige adgang til sundhedsvæsenet
- 2) Behandling af høj kvalitet

- 3) Sammenhæng mellem ydelserne
- 4) Valgfrihed
- 5) Let og lige adgang til information

....

I Forældre og Fødsel mener vi derfor, at Sundhedsstyrelsen med de faglige anbefalinger for organiseringen af fødeområdet bør lægge mere vægt på disse bærende principper, så de i højere grad kommer til udtryk i regioners sundhedsplanlægning og den information, der gives til de fødende og deres familier.

Ad kapitel 1.1 Formålet med anbefalingerne

I Forældre og Fødsel ser vi med glæde på, at Sundhedsstyrelsen vil skabe en national ramme for indholdet i den information, der gives til de fødende og deres familier, således de har det bedst mulige grundlag for at træffe beslutninger omkring valg af fødested. Vi mener, at dette formål flugter med Sundhedsministerens målsætning om at understøtte de positive tilvalg i relation til valg af fødested.

Dog synes formålet at mangle en kobling til sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Af formålet i Anbefalinger for Svangreomsorgen 2013 fremgår det, at formålet med sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode er at bidrage til, at mor og barn får så godt et forløb som muligt. Indsatsen skal være sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende, og den skal styrke og bistå kvinden og hendes partner/familien under hele forløbet. Målet er, at denne periode gennemleves som en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed.

I Forældre og Fødsel mener vi, at Sundhedsstyrelsen bør indarbejde denne målsætning i formålet både for at sikre en rød tråd i Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men også fordi vi i Forældre og Fødsel gennem flere år har erfaret, at familier, der er blevet involveret i sit eget forløb og føler sig styrket gennem deres individuelle forløb, uanset fødested, kommer stærkere ind i forældreskabet. Såfremt dette indarbejdes, vil det flugte med Sundhedsministerens målsætning om at skabe gode fødesteder, således flest muligt får en god fødselsoplevelse.

Ad kapitel 1.2 Baggrund

I Forældre og Fødsel mener vi, at der i dette afsnit mangler en metakommunikerende tekst, der fortæller, hvordan dette afsnit understøtter Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger til organisering af fødesteder. Man kunne med fordel præsentere det stigende fødselstal og tydeliggøre udfordringerne i forbindelse hermed, fx kapacitetsproblemer, arbejdsmiljø eller andre krav og behov hos de fødende, således det bliver tydeligere, hvorfor Sundhedsstyrelsen på dette tidspunkt udkommer med faglige krav og anbefalinger til organiseringen af fødetilbud.

Det er meget utydeligt, hvad læseren skal bruge tabellen om "udvalgte indgreb og komplikationer" til. I Forældre og Fødsel vil vi anbefale Sundhedsstyrelsen, at man ekspliciterer, hvad tabellen skal bruges til i forhold til faglige krav og anbefalinger til organisering af fødesteder. Alternativt kunne man fremlægge en tabel for samme indgreb hos hjemmefødende og klinikfødende, således denne baggrundsviden også bliver synlig for dem, der er ansvarlige for den regionale sundhedsplanlægning.

Der henvises i afsnittet til Region Sjællands organisering med både offentlige og private aktører. I Forældre og Fødsel undrer vi os over, at Sundhedsstyrelsen ikke har indhentet viden fra Region Sjælland, da Sundhedsministeriet i sin målsætning for gode fødesteder opfordrer til, at det er vigtigt at lære af de gode erfaringer og fortsætte med at udvikle og nytænke fødselsområdet til gavn for de fødende og deres nyfødte - ikke mindst fordi Region Sjælland fremhæves som et godt eksempel i Sundhedsministeriets målsætning for gode fødesteder.

Ad kapitel 1.3 Fagligt grundlag

I Forældre og Fødsel har vi en oplevelse af, at Sundhedsstyrelsen giver en selektiv beskrivelse af det faglige grundlag og vi stiller os undrende overfor, at der ikke kan findes mere litteratur på området – referencelisten giver ikke indtryk af, at der er udarbejdet anbefalinger på et solidt fagligt grundlag.

Vi vil endvidere anbefale Sundhedsstyrelsen at bearbejde følgende risiko kommunikerende sætning: *"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 bemærkes dog, at det er sjældne perinatale komplikationer, og den forøgede risiko i absolutte tal er beskednen."* Hvordan skal politikere med ansvar for sundhedsplanlægning forstå denne

kommunikation? Sundhedsstyrelsen bør tilføje en forklarende sætning, således lægmand kan anvende Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger til organisering af fødeområdet i planlægningen for fødeområdet.

Ad kapitel 1.4 Tryghed og information til fødende

I dette afsnit kunne Sundhedsstyrelsen med fordel lægge vægt på, at de fødende kvinder også bør have let og lige adgang til fødetilbud over hele landet. Desuden kunne Sundhedsstyrelsen i tråd med vores kommentar til afsnit 1.1 medinddrage et fokus på sundhedsfremmende elementer i informationen til de gravide kvinder.

Den sidste del af afsnittet reducerer den fødendes tryghed til blot at være et spørgsmål om *kendte rammer* versus *hurtig hjælp*. Det er Forældre og Fødsels erfaring, at mange familier finder tryghed i en god sundhedsfaglig visitation, hvor der er taget højde for såvel sikkerhed som sundhedsmæssige fordele og ulemper. Med denne reduktion udtrykker Sundhedsstyrelsens udkast til faglige krav og anbefalinger til organisering af fødeområdet en diskurs, hvor hjemmefødsler eller private klinikfødsler forbindes med større risiko for mor og barns sundhed. Det devaluerer kvindens autonomi og udtrykker ikke tillid til, at kvinden er i stand til at vurdere, hvor hun vil føde.

Desuden synes denne diskurs antagonistisk til Sundhedsministerens målsætning for at skabe bedre fødesteder, styrkede tilbud til kvinder, der ønsker at føde hjemme og inddragelse af fødeklinikker. Sundhedsministeren fremhæver, at det er vigtigt at understøtte det positive tilvalg. Således mener Forældre og Fødsel også, at Sundhedsstyrelsen bør understøtte en diskurs, hvor det positive tilvalg af at vælge hjemmefødsel også kan bero på sikkerheds- og sundhedsmæssige overvejelser.

Ad kapitel 2. information til den gravide

Forældre og Fødsel bifalder indledningen til dette afsnit.

”Det følger af sundhedslovens § 16, stk. 1, at en gravid kvinde har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal gives løbende og på en hensynsfuld måde, samt være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger.”

Vi ser i Forældre og Fødsel også et behov for at beskrive en fortolkning af "informeret samtykke", §15, da vi i Forældre og Fødsel bekendt med, at gravide kvinder er blevet bedt om at underskrive dokumenter, når de har truffet et informeret valg, der ikke stemmer overens med de faglige anbefalinger. SST bedes endvidere forholde sig til, om denne praksis stemmer overens med lov om det informerede samtykke.

Vi er desuden bekendt med et tilfælde, hvor en kvinde fortæller, at hun efter at have født hjemme mod de anbefalinger de sundhedsprofessionelle har givet, er blevet indberettet til kommunen, jf. Serviceloven § 153 (bilag 2). Forældre og Fødsel vil appellere til Sundhedsstyrelsen om at forholde sig til, hvorvidt en fødsel hjemme mod de anbefalinger, de sundhedsprofessionelle har givet, bør medføre en § 153 underretning.

Forældre og Fødsel må i dette afsnit atter påpege, at dokumentet udtrykker en risikobetonet diskurs, hvor graviditeten kun kan udvikle sig i en patologisk retning. I Forældre og Fødsel ærgrer vi os over dette og efterlyser en diskurs, hvor sundhedsfremmende initiativer og forebyggende indsatser i nogen grad også kan understøtte den gravides oprindelige valg af fødested. Vi anerkender naturligvis, at kvinden og/eller barnets tilstand i nogen tilfælde kræver observation eller måske ligefrem en behandling, som kan tilsige valg af et andet fødested end det planlagte. I Forældre og Fødsel bifalder vi Sundhedsstyrelsens intention om at udarbejde et beslutningsstøtteværktøj i forhold til valg af fødested og ser frem til, at dette værktøj bliver en del af praksis. Forældre og Fødsel har i arbejdsgruppen fremhævet, at information ikke er et passivt dokument, der kan overføres fra et stykke papir eller fra den sundhedsprofessionelles mund til den gravide kvindes forståelse. Informationsprocessen er aktiv og udfolder gennem dialog mellem den gravide og den sundhedsprofessionelle.

Vi bifalder delvist afsnittet omkring dialogen om valget af fødested. Dog synes dette afsnit at mangle referencer. I Forældre og Fødsel mener vi, at afsnittet bør understøttes af faglige referencer. Det kunne være juridiske referencer, etiske referencer, videnskabsteoretiske referencer samt artikler, der kan beskrive, hvorfor kvinder fx ønsker at føde hjemme trods sundhedsprofessionelles råd, således fødselslæger og jordemødre får en generel viden herom, som kan danne baggrund for forståelse af disse valg samt sikre en empatisk dialog i mødet med familierne.

I en tid, hvor skepsis mod autoriteter, jf. Gardasil-skandalen, er stigende og hvor kvinder på de sociale medier diskuterer generelle anbefalinger på fødeområdet, kan det synes uheldigt, at Sundhedsstyrelsen ikke forholder sig mere undersøgende til dette med henblik på at kunne vejlede sundhedsprofessionelle i håndteringen af situationer, hvor de sundhedsfaglige anbefalinger kolliderer med kvindens autonomi.

Ad kapitel 3. Fødsel på sygehus.

I dette afsnits indledning støder man på følgende sætning: "På fødeafdelingen kan tilbydes en *bred vifte* af diagnostik og behandling." I Forældre og Fødsel hæfter vi os ved metaforen "bred vifte." Ordvalget synes uskyldigt, men ordene kan tolkes som udkastets favoriserende diskurs af fødsel på sygehus; "en bred vifte" står i stærk kontrast til indledningen under afsnit 4., Hjemmefødsler, hvor den brede vifte af muligheder erstattes af hjemmefødsels angiveligt manglende muligheder. I Forældre og Fødsel mener vi naturligvis, at sygehusene bør have de af Sundhedsstyrelsen beskrevne diagnostiske- og behandlingsmæssige muligheder. Vi ønsker med denne kommentar kun at fremhæve et eksempel på, hvordan dokumentet har en problematisk retorik.

3.1

Visitationsprincipper: Forældre og Fødsel er enige i, at den fødende skal have det *tilbud*, der matcher hendes behov bedst, dvs. bør visiteres til den afdeling, der kan imødekomme hendes behov. Denne visitation bør dog rumme en holistisk tilgang til kvinden – en fødsel er ikke kun en medicinsk/biologisk begivenhed, men også en social begivenhed. Således kan der være familiære forhold, der bør tages hensyn til i visitation til fødested.

Organisering og kompetencer:

Alle afsnit under denne overskrift mangler kildehenvisninger.

Man bør udelade afsnittet om fødeafdelingernes størrelse, da der er flere fødesteder, hvor man varetager mindre end 1500 fødsler i året, sådan som der også redegøres for under afsnittet "baggrundsviden". I afsnittet om fødestedernes størrelse ser det ikke ud til, at man har gjort sig geografiske overvejelser; Bornholm, Thisted, Hjørring, Holbæk, Holstebro, Svendborg, Nykøbing Falster – er tyndt befolkede områder. Der er tale om små fødesteder, men nødvendige for de

fødende i området. Det synes endvidere uklart, hvad man skal stille op med oplysningen, der i øvrigt ikke er underbygget af dokumentation. Mener Sundhedsstyrelsen, at regionerne bør centralisere fødselshjælpen yderligere? Såfremt Sundhedsstyrelsen vedholder at arbejde med "den rette størrelse", bør man i denne definition også at medinddrage de fødendes behov. I Forældre og Fødsel mener vi ikke, at det kan være de fødendes behov at få en endnu længere til sygehusene og måske føde i bilen uden assistance fra en jordemoder.

Forældre og Fødsel mener, at den fødende kvinde bør sikres en kontinuerlig tilstedeværelse af en jordemoder fra det tidspunkt kvinden har behov for det. Det vil sige, at kvinden ikke nødvendigvis behøver at være i aktiv fødsel for at opleve at have behov for en jordemoder.

Kvalitetssikring og monitorering:

I Forældre og Fødsel bifalder vi punkterne til kvalitetssikring. Vi ønsker dog, at man på fødestederne konkret vil arbejde for at kvalitetssikre den fælles beslutning. Vi oplever i Forældre og Fødsel, at et stigende antal kvinder, der har født ved kejsersnit første gang, ønsker at føde vaginalt anden gang – og gerne på sygehuset, fordi det i deres tilfælde er det sikreste. Dog oplever disse kvinder, at deres ønske om at føde i vand ikke kan imødekommes, da man anbefaler, at denne fødsel bliver overvåget med udstyr, der ikke tåler/fungerer i vand. Kvinderne oplever, at fødestederne holder rigtigt på sine anbefalinger - og det, der starter som anbefalinger, ender som ubrydelige regler. Den eneste måde, hvorpå kvinden i sådanne tilfælde kan beskytte sin autonomi, er at føde hjemme. Således oplever vi, at anbefalinger kan bidrage til at undertrykke de gravide kvinders autonomi og forringe deres sikkerhed under fødslen.

Ligeledes har vi i Forældre og Fødsel kendskab til, at nogle fødende fravælger fødesteder, fordi de på grund af påvist GBS i graviditeten skal have profylaktisk antibiotika. I Kolding og Skejby er der mulighed for at blive testet for GBS i tidlig fødsel – og det har efter Forældre og Fødsels viden nedsat forbruget af antibiotika. I Forældre og Fødsel mener vi, at det bør være et krav til fødestederne, at man har teknologi til rådighed, der kan sikre kvinder med tidligere kejsersnit overvågning i vand og nedsætte forbruget af antibiotika ved vandafgang, således at kvinderne sikres gode muligheder for smertelindring og reducere af antibiotika når muligt.

Kommentar til anbefalingsboks, s. 24:

I Forældre og Fødsel undrer vi os over den retoriske anvendelse af *hyppighed*, når man italesætter indgreb i fødslen på hospitalet. Desuden savnes en kildehenvisning til denne information.

Den retoriske anvendelse af *hyppighed* står i skarp kontrast til den retoriske anvendelse af *risiko* under patientinformationsboksen på s. 29 under afsnit 3.1.1. Sygehusafsnit for lavrisikofødende. Ordet hyppighed er et uformelt synonym for frekvens og synes umiddelbart at være et overvejende neutralt ord. I Forældre og Fødsel mener vi, at det er problematisk, at der anvendes et neutralt ladet ord om indgreb som igangsættelse, smertelindring ved rygmarvsbedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning ved kop eller tang. Disse indgreb kan alle medføre alvorlige skader, hvorfor det retorisk er mere korrekt at anvende risiko, da ordet risiko betyder, at der er mulighed for et negativt resultat. Ved at anvende ordet *hyppighed* synes Sundhedsstyrelsen retorisk at negligere potentielt risikofyldte indgreb og undlader måske også herved at udtrykke et vedholdende fokus på at forebygge fx kejsersnit og fremme af den ukomplicerede fødsel på sygehus.

Ad afsnit 3.1.1 Sygehusafsnit for lavrisikofødende

Der mangler generelt kildehenvisninger i hele afsnittet.

Overordnet mener Forældre og Fødsel, at det kunne være interessant, hvis Sundhedsstyrelsen i overensstemmelse med Sundhedsministerens intention om at lære af gode erfaringer og fortsætte med at udvikle og nytænke fødselsområdet til gavn for de fødende og deres nyfødte, ville inddrage de nordjyske og vestsjællandske erfaringer med klinik fødsler samt internationale erfaringer med særlige klinik eller afsnit for lavrisikofødsler. Der fremgår ingen litteratur om sygehus-klinikker i referencelisten, hvilket Forældre og Fødsels finder bekymrende i en faglig anbefaling om organisering af fødesteder.

Afsnittet har på samme måde som foregående afsnit retoriske udfordringer: fx. *Fødestuerne på afsnittet vil ikke have samme udstyr som fødeafdelingen*. Denne sætning bør efterfølges af en faglig begrundelse, da der ellers efterlades et indtryk af, at dette afsnit har en ringere kvalitet end

fødeafdelingen grundet det manglende udstyr. Man kunne med fordel nævne, hvilket indhold sådanne fødestuer kunne have og hvorfor; det vil sige en præsentation af afsnittets *brede vifte*. Det er Forældre og Fødsels opfattelse, at nogle regioner intenderer at oprette sygehus-klinikker, fordi man mener, at man herved kan skabe bedre forudsætninger for den spontane, ukomplicerede fødsel og øge sandsynligheden for en positiv fødselsoplevelse. I så fald stemmer denne intention overens med Sundhedsministerens målsætning: *Alle gravide skal kunne føde i trygge og gode omgivelser på hospitaler eller i hjemmet, så flest muligt får en god fødselsoplevelse*. Således bør Sundhedsstyrelsen også overveje at beskrive eventuelle sundhedsfremmende fordele ved et afsnit for lavrisikofødende. Herved ville Sundhedsstyrelsen ikke alene beskrive ulemper ved fødsel på sygehusafsnit for lavrisikofødende, men også fordelene herved.

Målgruppen:

Det er Forældre og Fødsels opfattelse, at Sundhedsstyrelsen kan synes at udtrykke mindre tillid til den spontane, ukomplicerede fødsel hos førstegangsfødende, da der i rapporten fokuseres meget på paritet og risici i forbindelse herved, jf. *i vurderingen af og rådgivningen omkring fødested kan der med fordel lægges vægt på kvindens paritet, særligt set i lyset af at hver tredje førstegangsfødende kan forventes at skulle overflyttes til fødegangen*.

I Forældre og Fødsel vil vi opfordre Sundhedsstyrelsen til at beskrive, hvor mange førstegangsfødende, der sandsynligvis ikke må overføres til fødegang, således Sundhedsstyrelsen balancerer sine faglige anbefalinger på henholdsvis positive som negative udfald.

I Forældre og Fødsel er vi af den opfattelse, at man ved en risikobetonet diskurs om førstegangsfødende unødvendigt kan komme til at patologisere førstegangsfødende, hvilket er uhensigtsmæssigt, da det er afgørende betydning at sikre særlig førstegangsfødende med opbakning og støtte, så fødslen forløber så ukompliceret så muligt. Første fødsel er i høj grad forudsigende for kommende fødsler. Man må derfor gøre sig grundige overvejelser om, hvorledes man vil udtrykke paritetsrisici i informationsmaterialet til førstegangsfødende.

Kommentar til anbefalingsboksen patientinformation:

se kommentar til anbefalingsboks s. 24.

Ad 4. Fødsel uden for sygehus

Selv med en optimal visitation og selektion af gravide og fødende vil der kunne opstå uventede komplikationer i alle faser af fødselsforløbet. I Forældre og Fødsel mener vi, at denne hypotetiske sætning bør efterfølges af en sætning, hvor der henvises til relevant litteratur, jf. afsnit 1.3.

Herefter bør der følge en konklusion på ovenstående hypotetiske sætning samt det faglige argument. Konklusionen bør være balanceret mellem henholdsvis negative og positive udfald, hvorved der kan opnås retorisk balance.

Når den førstegangsfødende tilbydes information om overflytningsfrekvenser, bør hun informeres om, hvad det kan betyde for hende - såvel fordele som ulemper. Sundhedsstyrelsen bør i nærværende dokument også beskrive eventuelle fordele ved at starte fødslen som en planlagt hjemmefødsel. En fordel kunne fx. være mindre risiko for indgreb, fx kejsersnit, på trods af behov overflytning fra hjem til fødegang.

I Forældre og Fødsel mener vi, at det vil være hensigtsmæssigt at begrunde, hvorfor en gravid kvinde, der ønsker at føde hjemme trods sundhedsprofessionelles råd, skal tilbydes en samtale med en fødselslæge. Det kunne endvidere være hensigtsmæssigt at beskrive, hvordan man med fordel ville kunne håndtere en samtale, hvor den gravide kvinde har ønsker til sin fødsel, der ikke stemmer overens med de faglige anbefalinger. Yderligere mangler der henvisning til referencer i afsnittet.

Sundhedsstyrelsen bør endvidere forholde sig til, at de der bor langt fra en fødeafdeling, kan være afhængige af offentlig transport og derfor er udfordret i deres adgang til fødestedet, når de er i fødsel. Det kan derfor synes urimeligt at anbefale, at kvinder, der bor langt fra fødestedet, ikke bør føde hjemme.

Vi har i Forældre og Fødsel ingen indvendinger mod de generelle faglige anbefalinger for eller imod hjemmefødsel. Dog er vi af den opfattelse, at det ville styrke dokumentets troværdighed, såfremt retorikken balanceres og der tilføjes referencer til afsnittet.

Vi bifalder i Forældre og Fødsel opfordringen til at etablere samlede kendte ordninger. Vi hæfter os dog ved, at argumentet for at etablere denne ordning alene beror på organisatoriske forhold. I Forældre og Fødsel mener vi, at Sundhedsstyrelsen overser muligheden for at beskrive en regional hjemmefødselsordning, hvor kvindens behov for en sundhedsfremmende og forebyggende indsats under graviditeten er i centrum. Desuden mangler der en kildehenvisning til denne anbefaling; det er således ikke tydeligt, hvilke(n) undersøgelse, der ligger til grund for denne anbefaling og hvorfor.

Hvordan organiseringen af fødesteder udmøntes har stor betydning for de kommende forældre. Forældre og Fødsel vil derfor gerne gøre Sundhedsstyrelsen opmærksom på, at høringsperioden for dokumentet "Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødesteder" har været urimelig kort.

På vegne af Forældre og Fødsel

Birgitte Halkjær Storgaard

Formand for bestyrelsen

A handwritten signature in black ink, reading "B. H. Storgaard". The signature is written in a cursive, flowing style.

Til Sundhedsstyrelsen

2. april 2019

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) høringssvar vedrørende Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet

DSAM takker for muligheden for at kommentere på ovenstående udkast.

Vi konstaterer, at formålet med anbefalingerne er todelt. Dels omhandler anbefalingerne det faglige grundlag for rådgivning til regionerne og dels en national ramme for den information, der gives til de fødende: *"Anbefalingerne skal danne et hensigtsmæssigt og fokuseret fagligt grundlag for Sundhedsstyrelsens rådgivning til regionerne på fødeområdet og hermed sikre en fælles faglig ramme for organisering af de forskellige fødetilbud i Danmark. Samtidig skal anbefalingerne skabe en national ramme for den information der gives til de fødende og deres familier."*

Vores besvarelse vil følge denne todeling.

Overordnet vedr. det faglige grundlag

Overordnet finder vi anbefalingerne relevante, og vi bemærker især, at der lægges vægt på god og velkvalificeret visitation med hensyntagen til den fødendes præferencer. Især finder vi det vigtigt, at man for de få, der ønsker hjemmefødsel, anbefaler, at *"Der bør foreligge en klar beskrivelse af ansvarsfordelingen imellem de aktører som er, eller potentielt kan blive involveret i forløbet ved en hjemmefødsel og det bør tilstræbes at sikre sammenhængende forløb for den fødende, uanset at der skulle opstå komplikationer og behov for overflytning. Det anbefales at etablere en samlet ordning, fx regional hjemmefødselsordning eller kendt jordemoderordning, for dermed at sikre en stabil organisering"*.

Vi finder i DSAM ikke, at det er vores opgave at vurdere, hvordan fødsler på sygehus tilrettelægges.

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

DSAM bemærker:

1. At der lægges stor vægt på, at anbefalingerne skal sikre effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet. Men der findes meget få økonomiske overvejelser i rapporten. Da der – fx i forbindelse med hjemmefødsler – ofte tales om, at hjemmefødsler tager ressourcer fra sygehusfødslerne, kunne det være relevant at medtage referencer, der inddrager økonomi.
2. At anbefalingerne ikke er strikt evidensbaserede, men i høj grad fremstår som konsensususkabte. Det er ikke nødvendigvis en kritik, men det ville være godt at få beskrevet, hvordan litteraturen er søgt, kvalitetsvurderet og udvalgt. For eksempel refereres der til to videnskabelige undersøgelser i rapporten (9+10), og det ville være relevant, hvorfor lige disse to undersøgelser er medtaget og andre ikke. Denne udvælgelse bør være tydeligere.
3. At det ikke fremstår logisk i resumeet at skrive, hvad man IKKE anbefaler, men udelukkende skriver, hvad man anbefaler.

Vedrørende informationen til de gravide

Informationen omkring fødested er i høj grad den praktiserende læges opgave og derfor særdeles relevant for DSAM. Således står der, at *"Ved første svangreundersøgelse hos egen læge foretages en indledende undersøgelse og risikovurdering af den gravide, og lægen henviser til ønsket fødested."*, hvilket jo er opgaver, som vi kender i praksis i forvejen, og som vi gerne påtager os.

Vi er også tilfredse med formuleringen om, 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 fødselshjælp, der passer bedst til dem, under hensyntagen til paritet, risiko for komplikationer, personlige præferencer mv."*

Vi bemærker, at Sundhedsstyrelsen skriver, at de, efter at anbefalingerne er færdiggjort, vil udarbejde et informationsmateriale til kvinderne: *"Sundhedsstyrelsen vil i forlængelse af nærværende anbefalinger i 2019 udsende informationsmateriale som skal kunne understøtte fælles beslutningstagning mellem den gravide, hendes partner, lægen og jordemoderen. Dialogen omkring valget af fødested skal tage udgangspunkt i den gravide og familiens forudsætninger, forventninger og præferencer, men skal samtidig baseres på evidensbaseret, lettilgængelig- og forståelig information, hvor fordele, ulemper og risici præsenteres både skriftligt og mundtligt. Det er væsentligt, at der er tale om en anerkendende dialog, med respekt for den gravides præferencer i forhold til fødested, for dermed at skabe tillid og fremme inddragelse og selvbestemmelse."*

Da det ikke mindst er de praktiserende læger, der skal informere og benytte materialet, er det vores håb, at DSAM høres undervejs i processen med udarbejdelse af materialet.

I den forbindelse skal det nævnes, at vi i DSAM – uden kendskab til det forestående arbejde med disse anbefalinger – var gået i gang med at udarbejde information til de praktiserende læger vedrørende information om hjemmefødsler (FAQta-ark om hjemmefødsler) alene på grund af forventet øget efterspørgsel på information om denne mulighed. Dette arbejde er sat i bero, indtil vi kender det materiale, som Sundhedsstyrelsen vil lave, således at kvinderne ikke modtager modstridende budskaber i forhold til det materiale, som DSAM er ved at udarbejde.

Vi noterer os, at Sundhedsstyrelsen beskriver, at informationsmaterialet skal baseres på evidens. Som nævnt ovenfor har vi dog bemærket, at SST især refererer til et enkelt studie og ikke til den samlede evidens på området, når de beskriver risiko for førstegangsfødende, der vælger hjemmefødsel. Samtidig angives risikoen som relativ risiko og ikke som absolut risiko. Selvom der forsøges at bløde op i denne angivelse med at angive, at der er tale om sjældne komplikationer, så er budskabet i teksten skævvredet med angivelse af *"en næsten dobbelt så stor risiko for komplikationer hos barnet"*. En mere neutral angivelse kunne overvejes.

DSAM har sammen med nordiske søsterselskaber udgivet et charter vedrørende information om risiko¹, hvor vi ønsker, at formidling af risiko bygger på angivelse af absolut risiko, eller som minimum både absolut og relativ risiko.

Vi håber, at disse betragtninger tages med ind i arbejdet med informationsmaterialet.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, DSAM

¹ https://www.nfgp.org/files/8/risk_charter.pdf

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



Til:

Sundhedsstyrelsen

2. april 2019

Høringssvar - Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet

Kvinderådet har nogle principielle bemærkninger til "Krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet" som pt. er i høring hos myndigheder og organisationer.

For os er det vigtigt og helt grundlæggende, at kvindens valg respekteres og hendes synspunkt inddrages.

Vi kan således have bekymring ift. den store tyngde på ordet risiko og på omtale af overflytning. Og den manglende tyngde på værdien af at lægge vægt på inddragelse af kvindens synspunkt og respekten for hendes valg ("mod givet råd"...).

Undtagelsen herfra er et udmærket kapitel 2 om Information til den gravide, der lægger vægt til inddragelse.

En del steder står der: kvinden kan visiteres til – kvinden skal overflyttes til – jordmoderen skal forblive hos kvinden 2 timer efter fødslen – kvinden kan få kontinuerlig tilstedeværelse fra hun er i aktiv fødsel... Ikke: Kvinden *tilbydes* visitering til – kvindens *rådes til/tilbydes* overflytning – jordmoderen *bør* forblive hos familien indtil tidligt 2 timer efter fødslen efter samråd med kvinden – kvinden *har krav på* ledsagelse af jordmoder til sin fødsel, fra hun skønner, at hun har et behov for hjælp.

For det andet: Der bliver kun set biologisk på reproduktion. Til trods for, at relationer har en væsentlig betydning for de gode forløb. Betydningen af kvindens netværk og hendes eventuelle nære relation med en partner skal inddrages i anbefalinger til fødeområdet.

Sundhed er ikke kun biologisk. Kvindens partner skal opfattes som et selvstændigt individ med specifikke behov, der sammen med moderens specifikke behov skaber en sammenhængende situation. Ordet FAR er ikke eksisterende i hele dette udspil til fødeområdet. Det synes vi er tankevækkende.

Med venlig hilsen

Nanna Højlund

Forkvinde



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 sontring 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

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 hjemmefødselpraksisser, 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>

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
sum@sum.dk

København 2019-04-02

Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet

Høringssvar fra Storkereden ApS.

Storkereden er en privat jordemodervirksomhed der driver to klinikker i regionsaftale med region Sjælland, og to klinikker med egenbetaling. Storkereden ApS har syv års erfaring med drift og patientsikkerhed på private fødeklinikker.

Vores høringssvar er derfor rettet til punkterne i **kapitel 4: Fødsel uden for sygehus** men indledes med generelle betragtninger om udkastet.

Storkereden ApS's generelle betragtninger

Storkereden har investeret meget i udvikling og tilpasning til kravgrundlag. Som pionerer indenfor området er der i en årrække investeret i udvikling af et solidt kvalitetsstyringssystem for at underbygge bedst mulig sikring af patientsikkerhed, og der er skrevet overenskomst med jordemoderforeningen for at sikre bedst mulige forhold for de ansatte.

Vi som privat fødested i regionsaftale arbejder målrettet for en fødselskultur her i landet, der er både sikker og effektiv og fremfor alt nærværende. Vi noterer os med tilfredshed, at udkastet bærer præg af en fælles mission for højnelse af fødekulturen generelt, både som monitorering af patientsikkerhed og som oplevet patienttilfredshed

Storkereden har syv års erfaring med at etablere sig i et regulatorisk felt i samarbejde med region Sjælland. Og vi er i dag et af regionens tilbud til deres gravide.

Vi har før påpeget overfor Styrelsen at generelt ved opstart af jordemoderledede klinikker, kan kvalitetssikring være en mundfuld;

Rammen for kvalitetssikringen er stadig ofte centraliseret under det offentlige hvilket kan betyde at private fødeklinikker etableres ud fra faglig stolthed, etik og ideologi, og i mindre grad på et sikkert styret kvalitetssystem.

Dette bliver i stedet koblet på hen ad vejen. Dermed er der en risiko for, at styringen af kvalitet og sikkerhed bliver efter evne og formåen, og ikke på baggrund af anvisninger i form af bekendtgørelser og vejledninger.

Med reference til fertilitetsbehandlingen i Danmark, foregik behandlingen også i starten i et regulatorisk felt der ikke var dækkende, indtil vævslov og en heraf opdateret sundhedslov, var med til at sætte rammer.

I jordemødres selvstændige virke er klinisk erfaringsbaseret viden en vigtig faktor. Jordemodervirke er for store dele et håndværk, og litteraturen har gennem flere år påvist at klinisk ræson baseret på rationale og kritisk tænkning -i modsætning til "synsninger"- er et vigtigt element i god klinisk praksis. Måske det netop var den anerkendelse sammen med højnelse af egentlig evidens der dannede det gode arbejdsmiljø og de gode fødselsforløb på de offentlige sygehuses ABC- klinikker (Udkastets bilag 1).

Selvstændigt kan hver enhed (privat som offentlig) have nok så veldefinerede faglige rammer, men det er essentielt at erfaringerne med at etablere helt klare rammer for overflytningerne fra hjem eller klinik til sygehus, bredes nationalt ud, da det må forventes at etablering af små private jordemoder start-ups er

stigende. Vi vælger i dette høringsvar at udelade diskussion om de økonomiske rammer ved overflytning-kontra de økonomiske forpligtigelser private fødesteder har på drift, kvalitetsstyring og personale.

Det risikobaserede tilsyn er naturligvis en vej frem, og da det fra styrelsens side er verbaliseret at der er tale om lærende tilsyn, vil der formentlig med tiden findes en god form baseret på erfaringer med målepunkterne.

Det kan derfor stærkt anbefales at der nationalt etableres en række små rammeaftaler under tilsyn, hvor varetagelsen af den forventede ukomplicerede graviditet og fødsel, og sikkerheden desangående, kan gå hånd i hånd med muligheden for, i et nogenlunde stabilt leje at drive virksomhed. Det anbefales også at styrelsen i højere grad anvender jordemoderfaglig kompetence i det egentlige tilsynsarbejde.

Generelt bør styrelsen også sørge for at beskytte jordemødres virksomhedsområde! Vi jordemødre kender forskellen på igangsættelse og modning af cervikale forhold, og det er derfor obstruerende for tilliden til faget når "doulaer" akupunktører og fodterapeuter kan få lov at annoncere med "igangsætning" vidt og bredt.

Storkereden ApS's høringsvar til kapitel 4: Fødsel uden for sygehus

Kapitlet afgrænser området således:

I dette kapitel beskrives målgruppe, visitationsprincipper, organisatoriske og kompetencemæssige udfordringer, patientinformation, ansvarsfordeling samt kvalitetssikring og monitorering for fødsel uden for sygehus, og herefter hvad der gælder særligt ved fødsel på en jordemoderbemandet klinik uden for sygehus.

Nedenstående anbefalinger tager udgangspunkt i forhold, der gør sig gældende for fødsler uden for sygehus. Det skal præciseres, at der med fødsel uden for sygehus henvises til fødsler i hjemmet såvel som fødsler på jordemoderbemandede klinikker uden for sygehus. Det gælder, hvad enten disse ordninger er offentlige eller private,

Vi vil vægte de fordele der er ved at være private fødeklinik under organisatoriske og regulatoriske rammer, som tilfældet er for os som en del af region Sjællands tilbud til familier.

Der arbejdes under samme kvalitetsstyringssystem for alle 4 klinikker.

I forhold til kapitlets forslag til Visitationskriterier vil vi fremhæve at,

Private klinikker i regionsaftale har strenge visitationskrav, så i modsætning til hjemmefødsel er det ikke et spørgsmål om at kvinden Bør anbefales fødsel på sygehus, her Må hun ikke føde på klinik.

Private klinikker i regionsaftale er sikre fødesteder. Det er vel underbygget at kontinuitet og tryghed under fødslen medfører bedre fødsler. Det gælder dermed alle fødsler der sikres kontinuitet og tryghed. I regionsaftale er der så solide visitationskrav før og under fødsel at der, når der overflyttes, i langt overvejende grad er tale om stille og rolige forløb, det er således problematisk at vægte overflytningen som en risiko idet *overflytningen i langt overvejende grad, er handlingen der forebygger yderligere komplikation.* Regionsaftalen stiller krav til maksimal afstand til nærmeste sygehus med akutafdeling og kravet om akkreditering iht. DDKM stiller desuden skarpt definerede krav om adgangsveje, sikkerhed og hygiejne.

I forhold til kapitlets omtale af kompetence og kompetencevedligeholdelse vil vi fremhæve følgende:

Private klinikker i regionsaftale deler for en stor del fagligt indhold med tilknyttede sygehus. Der er krav om akkreditering efter DDKM for privathospitaler og klinikker, og privatklinikken følger og opdaterer egne standard procedurer i samarbejde med regionen.

Private klinikker generelt etableres med afsæt i jordemoderens virksomhedsområde og med selvstændig beføjelse til at varetage de forventede ukomplicerede fødsler. Der er for jordemødre som for alle sundhedsfagligt uddannede pligt til at vedligeholde faglige kompetencer. Håndtering af det akut opståede komplicerede forløb er en del af jordemoderens grunduddannelse og vedligeholdes dermed. Storkeredens jordemødre tager desuden jævnligt vagter på sygehusenes fødeafdelinger, for at have opdaterede kompetencer på patologi. Alle ansatte er desuden dokumenteret trænet i hjerte-lunge redning ligesom der forefindes udstyr til neonatal genoplivning på klinikkerne, som personalet er dokumenteret trænet i at anvende.

Private klinikker i regionsaftale deltager i faglige fora og udvalg i regionen og kan dermed både bidrage til og drage nytte af kvalitetsudvikling på området. De kan også med status som et af regionens fødesteder, bidrage med deres kompetencer indenfor særlige fokusområder, som fx forebyggelse for sårbare borgere. Unge, lidt usikre mødre der i øvrigt ikke falder for visitationskriterier, kan udvikle sig og få en stærk og livsforanderende tro på dem selv og deres kompetencer, med den empowerment tid og kontinuitet i jordemoderkonsultationen kan give. Regionsaftalen sikrer også at der gives ensartet information af høj kvalitet uanset om det er fra privat eller offentlig side.

Private klinikker i regionsaftale tilbyder undervisning af studerende der har naturlig fødsel som kompetenceniveau. Det er værd her at bemærke at forudsætningen for at blive rigtig god på patologien er at tilegne sig et solidt kendskab til den naturlige fødsel.

I forhold til kapitlets omtale af oplysning og information til den gravide og hendes familie, vil vi fremhæve følgende:

Private klinikker i regionsaftale har som led i at være en god samarbejdspartner, pligt til at offentliggøre deres standardprocedurer for akut komplicerede forløb på deres hjemmeside. Det drejer sig om Procedure for blødning ante intra partum, Procedure for dystoci i udvidelsesfasen, Procedure for dystoci i uddrivningsfasen, Procedure post partum blødning, Procedure for Genoplivning voksne, Procedure for Neonatal genoplivning. Der er i sagens natur tale om procedurer for det akut opståede komplicerede forløbs håndtering under samtidig akut overflytning.

Private klinikker i regionsaftale udleverer informationsmateriale der informerer patienten grundigt om at klinikken ikke har tilknyttet læger, og de risici der i øvrigt kan være.

I forhold til kapitlets omtale af Kvalitetssikring og monitorering vil vi fremhæve følgende:

Private klinikker i regionsaftale kan danne præcedens for private jordemoderklinikker i øvrigt, fordi erfaringen med at organisere sig indenfor regulatoriske rammer allerede er etableret og gennemarbejdet. Derfor kan ordlyden under afsnit om kvalitetssikring og monitorering også skærpes fra *bør der ske opfølgning og erfaringsopsamling for derved at sikre, at tilbuddet har samme høje kvalitet som de allerede eksisterende fødetilbud*. Til at der; *bør udstedes tilladelse til at drive privat fødeklinik på baggrund af forudgående inspektion af tilsynsførende myndighed*. Dette er velkendt praksis for vævscentre i Danmark og det anbefales at indføre lignende model for private fødeklinikker.

Private klinikker generelt etableres med afsæt i jordemoderens virksomhedsområde og med selvstændig beføjelse til at varetage de ukomplicerede fødsler. Der er for jordemødre som for alle sundhedsfagligt uddannede pligt til at vedligeholde faglige kompetencer. Akut håndtering af akut opståede komplicerede forløb er en del af jordemoderens grunduddannelse og vedligeholdes dermed. I forhold til kvalitetssikring og monitorering kan der være en udfordring i og med, at det at udvikle og vedligeholde et kvalitetstyringssystem der kommer hele vejen rundt, ikke nødvendigvis er en del af jordemoderens kompetence. Når der samtidig drives virksomhed, kan det hurtigt blive en udfordring for nye start-ups. Især når der er konkurrence om de gravide. Det står naturligvis den enkelte jordemoder frit for at udbyde de tilbud til de gravide hun ønsker.

Udkastet har i kapitel 2 følgende ordlyd omkring Information:

*Dialogen omkring valget af fødested skal tage udgangspunkt i den gravide og familiens forudsætninger, forventninger og præferencer, men skal samtidig baseres på **evidensbaseret**, lettilgængelig- og forståelig information, hvor fordele, ulemper og risici præsenteres både skriftligt og mundtligt. Det er væsentligt, at der er tale om en anerkendende dialog, med respekt for den gravides præferencer i forhold til fødested, for dermed at skabe tillid og fremme inddragelse og selvbestemmelse.*

Vi er enige i, at informationen til den gravide bør baseres på evidens. Evidens er et begreb man skal forholde sig til med varsomhed. Som udkastet nævner flere steder, kan det være vanskeligt at tilvejebringe evidens (forstået som behandlinger accepteret på baggrund af randomiserede kontrollerede studier) for alle jordemoderfaglige behandlinger. Dog ikke sværere end at hoveddelen af standard procedurer indenfor virksomhedsområdet er evidensbaserede. Samtidig er det udbredt for selvstændige jordemødre at tilbyde komplementære behandlinger som fx akupunktur, rebozo, "spinning babies" mv. Og her mener jeg det er væsentligt med rammer der klassificerer de enkelte behandlinger.

For den private fødeklíník Storkereden gælder at retningslinjer er klassificeret efter følgende principper:

1. Evidens baserede behandlinger, her defineret som en beskrevet arbejdsgang der har afsæt i kravgrundlag og/eller er indført som standard på offentlige sygehuse på baggrund af evidensen for behandlingens effekt. Faglige vejledninger under punkt 1 udarbejdes i samarbejde med ELLER i henhold regionens specialer indenfor Gyn/Obs.
2. Komplementær behandling, defineret som behandlinger, hvis effekt der ikke findes tilgængelig evidens for, og hvor indførelse af behandlingen ikke i øvrigt er i konflikt med det kravgrundlag der arbejdes under. Storkereden udarbejder selv disse vejledninger, med afsæt i rationale og erfaring fra fødegangsarbejde.
Hvis der ønskes indføring af en Komplementær behandling der ikke anvendes på hospitalet (fx spinning babies) rådfører vi os først med sagkundskab i regionen før vi indfører handlingen i klinikken.

Afslutningsvis vil vi fremføre at, jo mere enkelt og klart der, i respekt for vores høje standarder indenfor vores selvstændige virksomhedsområde, kan etableres formaliserede rammer for privat jordemodervirke hvad angår faglige standarder, informationsniveau og overflytninger, jo bedre. Og i den optik er Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet, et rigtigt godt tiltag for organisering. Vores erfaring siger os, at samarbejdet og erfaringsudvekslingen med de offentlige fødesteder i region Sjælland, er præget af lige dele samarbejdsvillighed, faglighed og etik til fordel for vores fælles målgruppe, gravide, fødende og barslende.

Storkereden ApS står naturligvis til rådighed for en uddybning af ovennævnte.

Julie Illo Molin

julie@storkereden.nu

tlf. 26 8181 65

2. april 2019

Høringssvar vedr ”Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet”

Det har i et par årtier været et ideal, at anbefalinger rettet til ledere, administratorer, beslutningstagere og sundhedspersonale er evidensbaserede (1). Desværre synes de foreliggende anbefalinger ”Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet” udsendt til høring ikke at være evidensbaserede.

Hvis en eventuel revision af anbefalingerne ikke bliver evidensbaserede, bør dette for gennemskuelighedens skyld klart angives i forordet. For god ordens skyld kunne det tilføjes, at de enkelte regioner derfor ofte med fordel kan afvige fra de givne anbefalinger.

Med venlig hilsen

Ole Olsen
Seniorforsker
Blågårdsgade 28
2200 København N

Reference

1. Gray JAM. Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions. Churchill Livingstone. 1997

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Høring vedr. udgivelse om krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet.

Dansk Erhverv har den 4. marts 2019 modtaget ovenstående udgivelse om krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet i høring.

Dansk Erhverv arbejder generelt for et sundhedsvæsen, som borgerne har høj tillid og hvor de får behandling af højeste kvalitet uden at på kompromis med hverken patientsikkerhed eller kvalitet - uanset om det sker i offentlig eller privat regi.

Dansk Erhverv repræsenterer generelt en lang række sundhedsleverandører, private sygehuse og klinikker både indenfor forebyggelse, behandling og genoptræning – og i denne sammenhæng private fødeklinikker, som leverer fødetilbud uden for de offentlige sygehuse. Og indeværende høringssvar vil således kun fokusere på den del.

Generelle bemærkninger

Dansk Erhverv bemærker, at der allerede i dag er etableret private fødeklinikker, som alle leverer et højt fagligt og klinisk niveau. Erfaringer fra Region Sjælland, hvor der er indgået en regionsaftale med privat fødeklinik betyder, at kvinder med ukompliceret fødselsforløb kan vælge at benytte sig af en privat fødeklinik betalt af regionen.

I aftalen stilles høje kvalitetskrav til klinikken. Der er krav om akkreditering efter DDKM for privathospitaler og klinikker, og privatklinikken følger og opdaterer egne standard procedurer i samarbejde med regionen. Ligesom der stilles krav om maksimal afstand til nærmeste sygehus med akutafdeling og kravet om akkreditering iht. DDKM stiller desuden skarpt definerede krav om adgangsveje, sikkerhed og hygiejne.

Der er således allerede i dag, etableret fødeklinikker udenfor sygehusene som lever op til fastsatte kvalitetskrav og anbefalinger. Dansk Erhverv anbefaler på den baggrund, at man både nationalt og i regionerne altid bør se på den samlede kapacitet. Både i det private og i de offentlige, og dermed også de tilfælde, hvor jordemødre har etableret sig med privatklinik. Frem for at altid at udbygge den offentlige kapacitet.

Det skaber desuden en mulighed for kvinder frit at vælge – såfremt de lever op til visitationskravene - et alternativt tilbud til de offentlige sygehuse. I rammer som er sikre og effektive og nærværende.

Private klinikker i regionsaftale kan således danne præcedens for private jordemoderklinikker i øvrigt, fordi erfaringen med at organisere sig indenfor regulatoriske rammer allerede er etableret

og gennearbejdet. I den forbindelse kan det anbefales, at der nationalt eller regionalt etableres en række små rammeaftaler, hvor normale fødsler og sikkerheden desangående kan gå hånd i hånd med muligheden for drift af privat virksomhed.

Dansk Erhverv står naturligvis til rådighed for en uddybning af ovennævnte.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Katrina Feilberg'.

Katrina Feilberg
Sundhedspolitisk chef
Dansk Erhverv

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

Vedrørende høring om "Krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet"

Vi er fra Jordemoderuddannelsen på Københavns Professionshøjskole blevet bekendt med, at Sundhedsstyrelsen har sendt den kommende udgivelse "Krav og anbefalinger til organisering af fødeområdet" i offentlig høring. Som ansvarlige for forskning og udvikling på uddannelsen, vil jeg med denne henvendelse appellere til, at der stilles krav om videnskabelig/faglig dokumentation i dokumentet, herunder at udsagn og anbefalinger som et minimum underbygges med kildehenvisninger.

I dec. 2017 rettede vi en lignende henvendelse til styrelsen, hvor vi anmodede om, at de kommende "Anbefalinger for svangreomsorgen" underbygges af en klar og tydelig angivelse af den dokumentation, der ligger til grund for disse. Vi lagde bl.a. vægt på vigtigheden af, at retningsgivende anbefalinger på et fagområde, som har Sundhedsstyrelsen som øverste faglige myndighed, underbygges med videnskabelig dokumentation, og at denne dokumentation synliggøres med konkrete kildehenvisninger.

Vi fik svar om, at man allerede havde besluttet, at der skulle referencer med i de nye anbefalinger, hvilket er meget positivt. Det er derfor med undren, at vi erfarer, at den aktuelle udgivelse om organisering af fødeområdet stort set ikke indeholder kildehenvisninger eller dokumentation, samt at der til grund for de foreslåede anbefalinger inddrages blot tre videnskabelige studier.

"Krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet" er givetvis ikke samme type publikation som "Anbefalinger for svangreomsorgen", men det er dog en officiel udgivelse, som er udsendt af øverste ansvarlige myndighed på sundhedsområdet, og som indeholder anbefalinger, som vores studerende kommer til at relatere til, dels under den kliniske del af deres uddannelse og dels som dimittender efter endt uddannelse.

Man må forvente, at de foreslåede anbefalinger vil blive retningsgivende for praksis vedr. organisering af fødselshjælpen i Danmark, og de anbefalinger, der udstikkes i dokumentet, bør derfor selvfølgelig være videnskabeligt/fagligt funderede og dokumenterede. Dette understøttes yderligere af, at man fra Styrelsens side lægger særdeles stor vægt på *faglighed*; af høringsbrevet fremgår det,

2. april 2019

**Københavns
Professionshøjskole**

Jordemoderuddannelsen
Institut for Terapeut- og
Jordemoderuddannelser
Det Sundhedsfaglige Fakultet
Sigurdsgade 26
2200 København N
Tlf. nr. 70 89 09 90
phm_jord@kp.dk
www.kp.dk
CVR. 3089 1732

at anbefalingerne skal ”danne et hensigtsmæssigt og fokuseret fagligt grundlag for Sundhedsstyrelsens rådgivning til regionerne”, ”sikre en fælles faglig ramme for organisering af de forskellige fødetilbud i Danmark”, og ”skabe en national ramme for den information der gives til de fødende og deres familier.”

”Anbefalinger for svangreomsorgen” er et centralt dokument på Jordemoderuddannelsen, og vi forventer ligeledes, at et nyt, officielt dokument fra Sundhedsstyrelsen om organisering af fødeområdet bliver væsentligt i undervisningen af nye jordemødre. Som hhv. uddannelsesleder og forskningsansvarlig på uddannelsen forudser vi imidlertid store udfordringer, når vi fremover inddrager dokumentet i undervisningen. I tråd med uddannelsens studieordning tilrettelægger vi undervisningen, sådan at den studerende får mulighed for at tilegne sig viden om forskningsbaseret teori og videnskabelig metode. De studerende arbejder med forskellige positioner og tilgange af betydning for jordemoderkundskab og for professionen, herunder bl.a. forskningsprincipper, evidensbaseret praksis, introduktion til og træning i kritisk tolkning af videnskabelig litteratur, statistikker og forskningsresultater. Med dokumentet i dets nuværende version er det ikke muligt at vurdere, om der er tilstrækkelig videnskabelig/faglig dokumentation for de anbefalinger, man kommer frem til. Ydermere bærer dokumentet præg af en inkonsekvent anvendelse og selektiv tolkning af de studier og forskningsresultater, der inddrages.

Jeg håber, at disse overvejelser vil bidrage til en revision af dokumentet.

Venlige hilsner

Mette Juhl, docent og forsknings- og udviklingsansvarlig
Jordemoderuddannelsen
Email: meju@kp.dk
Tel: +45 2429 6351

Høringssvar fra Jordemødrene ved Roskilde Fødeklinik v Region Sjælland

Hvis Sundhedsstyrelsens rapportudkast, "*Krav og anbefalinger til organisering af fødeområdet*", bliver vejledende for tilrettelæggelsen af svangreomsorgen, vil det medføre bekymrende indskrænkninger af patientrettigheder og af jordemødres selvstændige virksomhedsområde og, som konsekvens, tilsvarende sundhedsskadelige forringelser af fødselshjælpen og patientsikkerheden.

I nærværende høringssvar anføres nogle eksempler på rapportens skævvridende retorik og frygtbaserede fejlslutninger, som stiller sig i vejen - ikke bare for fødselshjælpens fremtidige patientsikkerhed men også for den enkelte fødendes mulighed for at træffe informerede valg mellem behandlingsalternativer ved den forestående fødsel.

Rapportens retorik etablerer nemlig en uvederhæftig modsætning mellem øget patientsikkerhed ved hospitalsfødsler på den ene side og øget risiko ved hjemme- eller klinikfødsler på den anden. Overfor denne retorik står den forskningsbaserede virkelighed: At hospitalsfødsler *kun* er sikrere for kvinder med komplekse graviditeter og forventet komplekse fødsler. For raske velvisiterede gravide forholder det sig derimod lige omvendt. For dem er det *sikreste valg af fødested* hjemme eller på en jordemoderledet klinik. (Hodnett et al. 2012, Hodnett et al. 2013, Birth Place Study 2011, Olsen & Clausen 2012 samt NICE Retningslinjer 2014)

Talrige internationale undersøgelser, inklusive de to undersøgelser, som rapporten selv refererer til, *Birth Place Study* (9) og *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* (10) har således vist, at raske gravide med ukomplicerede graviditeter, der føder på højt specialiserede obstetriske enheder, udsætter sig for en væsentlig højere risiko for unødvendige komplikationer og sundhedsskadelige fødselsindgreb sammenlignet med de raske gravide, der planlægger fødsel uden for hospitalet - enten i jordemoderledede klinikker eller i hjemmet med en jordemoder. Samme internationale undersøgelser viser, at for børnene af raske velvisiterede kvinder har valg af fødested ingen betydning for deres sikkerhed.

Rates of spontaneous vaginal birth, transfer to an obstetric unit and obstetric interventions for each planned place of birth: <i>low risk nulliparous women</i>	Number of incidences per 1000 nulliparous women giving birth				Rates of spontaneous vaginal birth, transfer to an obstetric unit and obstetric interventions for each planned place of birth: <i>low risk multiparous women</i>	Number of incidences per 1000 multiparous women giving birth			
	Home	Freestanding midwifery unit	Alongside midwifery unit	Obstetric Unit		Home	Freestanding midwifery unit	Alongside midwifery unit	Obstetric Unit
Spontaneous vaginal birth	794*	813	765	688*	Spontaneous vaginal birth	984	980	967	927*
Transfer to an obstetric unit	450*	363	402	10**	Transfer to an obstetric unit	115*	94	125	10**
Regional analgesia(epidural and/or spinal)	218*	200	240	349*	Regional analgesia(epidural and/or spinal) ***	28*	40	60	121*
Episiotomy	165*	165	216	242	Episiotomy	15*	23	35	56*
Caesarean Birth	80*	69	76	121*	Caesarean birth	7*	8	10	35*
Instrumental birth (forceps or ventouse)	126*	118	159	191*	Instrumental birth (forceps or ventouse)	9*	12	23	38*
Blood transfusion	12	8	11	16	Blood Transfusion	4	4	5	8
** Estimated transfer rate from an obstetric unit to a different obstetric unit owing to lack of capacity or expertise.					** Estimated transfer rate from an obstetric unit to a different obstetric unit owing to lack of capacity or expertise.				
*** Blix reported epidural analgesia and Birthplace reported spinal or epidural analgesia.					*** Blix reported epidural analgesia and Birthplace reported spinal or epidural analgesia.				

Til trods for ovenstående statistik fra det i rapporten omtalte Birth Place Study, som viser en *øget* patientsikkerhed for de kvinder, som planlægger at føde hjemme eller på en lille jordemoderledet klinik, anvender SST rapporten sig af en frygtssom risikodiskurs, når hjemme- og klinikfødsler omtales. De velbegrundede sikkerhedsbekymringer, man *kunne* have for disse i udgangspunktet

raske hospitalsfødende mødre, som i dag føder med unødvendigt mange sundhedsskadelige indgreb synes bagatelliseret og fylder meget mindre - ja er nærmest helt forsvundet fra denne rapport.

Ovenstående tabeller fra Birth Place Study over komplikationer og indgrebsfrekvenser fra lavrisikogravide viser ellers, at en rask flergangsfødende på hospitalet fordobler sin risiko for transfusionskrævende blødning, firedobler sin risiko for sugekop eller tang, femdobler sin risiko for kejsersnit, firedobler risikoen for epiduralblokade - uden sikkerhedsmæssig forskel for barnet.

Denne markant forbedrede sikkerhed omkring raske kvinders planlagte fødsler udenfor hospitalet omtaler SST som følger:

"Uden for fødeafdeling vil der generelt være en lidt lavere hyppighed af indgreb i fødslen som f.eks. igangsættelse, smertelindring ved rygmarvsbedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning med kop eller tang."

Øh ja, "lidt lavere" - faktisk mellem 20-60% lavere hyppighed af fødselsindgreb!

Ovenstående eufemistiske udlægning sundhedsgevinsterne ved planlagte hjemme- og klinikfødsler, skal ses i sammenhæng med en tilsvarende bagatellisering af den markant forhøjede risiko for hospitalsfødende kvinder, som man også med jævne mellemrum kan høre fra fødselslægerne professionsforening, DSOG (som muligvis har inspireret rapportens formuleringer?) Vi ved det ikke for der er ikke opgivet nogen navne på arbejdsgruppen bag rapporten. Usædvanligt!

At fødende kvinders optimale sundhed på denne måde kan ofres i centraliseringens navn, kommer naturligvis også til udtryk i rapportens forslag til anbefalinger om organiseringen af fødeområdet:

"Sygehusafsnit for lavrisikofødende bør fagligt og ledelsesmæssigt høre sammen med fødeafdelingen, og der bør sikres fælles faglige retningslinjer med fødeafdelingen."

Igen forudsættes det, helt i strid med forskningen, at fødegangens lægeskrevne retningslinier er gylden standard og garanti for patientsikkerheden og derfor også skal regulere jordemødres omsorg for raske normalfødende.... Til trods for at disse retningsliniers ofte stramme tidsgrænser og profylaktiske tiltag er det, som i stor udstrækning medfører en overhyppighed af sundhedsskadelige indgreb = altså *mindsker* sikkerheden for de raske kvinder, som planlægger en hospitalsfødsel.

En anden måde begrebsmæssigt at "formindske" sundhedsfordelene ved at føde indgrebsfrit - hjemme eller på klinik - er at fortrænge alle ord fra sproget, der relaterer til den såkaldt normale eller ukomplicerede fødsel. Således lyder det videre fra SST og DSOG:

(s.28) "Sundhedsstyrelsen finder det uhensigtsmæssigt at arbejde med begreber som "fødeklিনikker for ukomplicerede fødsler", da man på trods af skarp visitation ikke kan undgå at nogle forventede ukomplicerede fødsler bliver komplicerede."

Hvad kan vel være problemet ved at lade navnet afspejle at dette er en fødeklينик intenderet for planlagte og igangværende normale fødsler? At det minder os om at sådanne findes?

Denne "uhensigtsmæssighed" afspejler dette obstetriske rædselsdogme: *"Enhver fødsel er potentielt patologisk, indtil den er overstået med rask mor og rask barn - derfor nødvendigt og ønskeligt med akutberedskab lige om hjørnet."*

Derudover (og endnu sørgeligere) består det *"uhensigtsmæssige"* i, at hvis vi har fødesteder med betegnelsen *"for ukomplicerede fødsler"* ville det implicere, at de andre fødesteder,

specialafdelingerne, var beregnede for "kompliserede fødsler", hvad de selvfølgelig også kun *burde* være, ifølge forskningen på Place of Birth.

Men... da ingen raske fødende med åbne øjne frivilligt ville vælge at føde på et sted, hvor hendes fødsel - ikke bare ærligt og ligefremt betegnes som - men også helt konkret har større sandsynlighed for at *blive* - kompliceret, hvad skal så drive de mange (i udgangspunktet) raske fødende ind på specialafdelingerne?

Hvis det kun var de komplekst gravide, som i følge forskningen *burde* føde på specialafdeling, som rent faktisk gjorde det, ville det nuværende finansieringsgrundlag for fødeafdelingerne falde bort. De raske gravide og fødende er simpelthen blevet nødvendige for at retfærdiggøre og finansiere de sidste mange års massive fejlinvesteringer i centraliseringen af fødestederne. For denne centralisering betaler de raske gravide nu med deres kroppe.

Hvor man andre steder i Europa forlængst har indset og dokumenteret hvor [sundhedsfremmende jordemoderledede fødeklinikker](#) og hjemmefødsler er, og ligefrem opmuntrer og arbejder på at fremme deres udbredelse i håb at kunne holde flere fødsler ukomplicerede og holde flere raske fødende raske, så vil SST og DSOG i Danmark altså hellere tie "Den Normale Fødsel" ihjel - og hermed også erodere jordemoderens selvstændige virksomhedsområde, som er en forudsætning for at drive klinikkerne. Derfor er udtrykket "fødeklinikker for ukomplicerede fødsler" "uhensigtsmæssigt".

Et andet eksempel på SST-rapportens unødigt skræmmende retorik kommer til udtryk i denne misrepræsentation af risici fra rapportens anbefalinger om patientinformationen :

"Der bør ved visitation af den gravide lægges vægt på kvindens paritet, således at særligt førstegangsfødende informeres om potentielle risici ved fødsel i hjemmet. Hvis den gravide mod givent råd, fortsat ønsker at føde i hjemmet bør hun tilbydes en samtale med en speciallæge i gynækologi og obstetrik."

???

Der lægges her op til at helt normale førstegangsfødende fremover skal frarådes hjemme- eller klinikfødsel og konsultere en læge hvis hun , som det paternalistisk udtrykkes "*mod givet råd*" vil føde hjemme. Dette er en påfaldende patologisering af den helt normale livsbegivenhed, som en førstefødsel er og falder desuden udenfor lægens kompetence. Normale graviditeter og fødsler, hjemme som på hospitalerne, har indtil nu henhørt under jordemoderens selvstændige virksomhedsområde - og bør i sundhedens interesse forblive her.

Men hvis vi i informationen til de gravide skal lægge vægt på paritet ved fødsel i hjemmet, så skal vi vel også lægge vægt på paritet ved fødsel på hospitalet? F.eks er det så relevant at oplyse, hvor meget henholdsvis første- og fleregangsfødende forøger deres risiko for Kejsersnit, sugekop, etc etc ved fødsel på et hospital, ikke sandt? Men det virker ikke som om SST eller DSOG har sigtet på "potentielle risici" for kvinderne.

NB! Der er ikke evidens for at der er større risiko forbundet med at føde hjemme som førstegangsfødende - hvis man er visiteret korrekt! Det er evident, at der er flere overflytninger i gruppen af førstegangsfødende, men det er ikke det samme som at sige at det er 'farligere'! Langt de fleste overflytninger sker i ro og mag i familiens egen bil og selv familier, som overflyttes, vælger som oftest hjemmefødsel igen næste gang. At sammenstille en overflytning med en komplikation er dermed *ikke* korrekt.

Hvad angår kvalitetssikring og monitorering så anbefaler SST ud af det blå:

"Ved hjemmefødsler bør man sikre fælles faglige retningslinjer med fødegangen, og at regionens samlede fødetilbud har ensartet faglig kvalitet, herunder i det omfang at regionen har indgået kontrakt med private udbydere."

Her savnes både et videnskabeligt og et patient retligt i faggrundlag. *Ingen* referencer til forskning, som medtager helhedsperspektivet på outcome. Kun driftsparametre og enkelt parametre der skal måles ved "monitorering og kvalitetssikring". Herudover forekommer det aparte, at fødegangens læger sætter sig på retningslinjer for fødsler uden for hospitalets eget regi. Det er jo netop brugernes lovfæstede mulighed for at få andre typer af fødselshjælp, der lukkes ned for her. Den her sætning er en pæn måde at sige, at DSOG skal sætte dagsordenen. Kvinderne er fuldstændig sat ud af spil her. Fødegangen skal da være velkommen til at adaptere den patientcentrerede individualiserede og behovsanpassede tilgang til fødslerne som hjemmefødslerne fordrer. Men den anden vej - glem det!

(s.5) "Alle fødsler kan visiteres til fødsel på en fødeafdeling, både komplicerede og ukomplicerede."

Forslag til tilføjelse/omformulering:

Den raske gravide kan visiteres til hospitalsfødsel hvis hun har et udtrykkeligt ønske om dette efter fyldestgørende information om, at hun øger sin risiko for unødvendige indgreb og komplikationer med 20-60% ved at planlægge en hospitalsfødsel, uden bedre udkomme for barnet. I betragtning af ovenstående bør hun vel egentlig - hvis ikke ligefrem frarådes hospitalsfødsel så i det mindste blidt opmuntres til at undersøge mulighederne for om en sundhedsfremmende fødsel hjemme eller på en jordemoderledet klinik var noget for hende. Præcis som [NICE guidelines](#) anbefaler.

(s.14) "Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler estimerer at 64,6% af førstegangsfødende har en ukompliceret fødsel, defineret som fødsel til termin af rask barn med Apgar \geq 9/5, og uden indgreb eller komplikationer (kejsersnit, cup eller tang, episiotomi, grad III eller IV bristning, og blødning \geq 1000ml).

Hvorfor er S-drop og epidural ikke medtaget i definitionen af indgreb? I betragtning af at der er fundet en ikke tilstrækkeligt undersøgt association mellem peripartum indgift af syntetisk oxytocin og efterfødselsreaktioner og/eller ammeproblemer, er det påfaldende at S-drop i dette udkast til anbefalinger passerer som en del af den spontant forløbende, indgrebsfrie fødsel. Hvor mange føder "ukompliceret" eller spontant hvis S-drop også regnes som et indgreb? For det er det vel, ikke sandt? Hvis vi ikke medregner epiduralblokader og vestimulerende drop er det anslåningsvis kun ca 14% , der føder spontant uden indgreb. Det er skræmmende tal.

((s.6) Gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel kan visiteres til fødsel i hjemmet. Jordmoderen assisterer ved fødslen i hjemmet, og ved behov for lægelig intervention under eller efter fødslen skal den fødende overflyttes til en fødeafdeling. Der bør foreligge en klar beskrivelse af ansvarsfordelingen imellem de aktører som er, eller potentielt kan blive involveret i forløbet ved en hjemmefødsel og det bør tilstræbes at sikre sammenhængende forløb for den fødende, uanset at der skulle opstå komplikationer og behov for overflytning. Det anbefales at etablere en samlet ordning, fx regional hjemmefødselsordning eller kendt jordemoderordning, for dermed at sikre en stabil organisering."

Her har SST til gengæld sneget en god ide med ind i rapporten. Regionale hjemmefødselsordninger med kendte jordemødre i *hele* landet! Men meget vigtigt, at de fortsat opererer som selvstændige jordemoderenheder og ikke underlægges obstetriske retningslinier eller ledelse. Hvis der er nogen

der skal lede på området med den normale fødsel, skulle det snarere være de principper og retningslinier der gælder her, i en jordemoderledet ordning. Det skulle bare mangle.

(s.6) Generelt bør der sikres en national ensartet faglig kvalitet i alle landets fødetilbud via faglige evidensbaserede retningslinjer for undersøgelse, behandling og visitation af fødende.

Udtrykket "faglige evidensbaserede retningslinjer" er upræcist og intetsigende. Hvilket fagligt perspektiv og prioritering er denne evidens valgt ud fra? Et jordemoderfagligt perspektiv på evidensen for diverse fødetilbud med rigelig plads til individualiseret behovsanpassning virker rimelig al den stund vi taler om normale fødsler, som er jordemoderens ekspertise og selvstændige virksomhedsområde – eller BURDE være det – såvel inde på som udenfor hospitalernes fødeafdelinger. Det aktuelle udkast til anbefaling bærer ikke præg af et sådant jordemoderfagligt perspektiv på evidensen. Eller af "evidens" i det hele taget.

(s.5) . "Afsnit for lavrisikofødende bør fagligt og ledelsesmæssigt høre sammen med fødeafdelingen, og der bør sikres klar ansvarsfordeling og fælles faglige retningslinjer med fødeafdelingen."

Den veldokumenterede beskyttende effekt af midwifery forsvinder, når jordemødre og den normale fødsel underkastes obstetriske guidelines. Så nej tak.

(s.8) Udgangspunktet for nærværende anbefalinger er jfr. Sundhedslovens § 2 blandt andet det generelle planlægningsprincip om, at 'øvelse gør mester', samt de generelle principper om lighed i adgang til sundhedsydelser, høj kvalitet i behandling i hele landet, sammenhæng mellem ydelser, valgfrihed og let adgang til information."

Altså hvor i nedenstående lovtekst til § 2 finder vi det refererede princip om at "øvelse gør mester"?

*"Sundhedsloven § 2
1)let og lige adgang til sundhedsvæsenet,
2)behandling af høj kvalitet,
3)sammenhæng mellem ydelserne,
4)valgfrihed,
5)let adgang til information,
6)et gennemslagsligt sundhedsvæsen og
7)kort ventetid på behandling."*

Denne produktionslinie tankegang, hvor "masseproduktion" og "samlebåndsoptimeringen" anses for et gode i sig selv, har ikke støtte i forskning omkring raske gravides fødselshjælp. Og som vist ovenfor heller ikke belæg i Sundhedsloven. Derimod fandt rapporten Better Births de bedste udkommer hos uafhængige kendte private jordemødre. Deres overlegne resultater må antages at være et produkt af den relationsbaserede, individualiserede og behovsanpassede fødselshjælp, de kan tilbyde. Altså det modsatte af "rutiner" og stort "through-put". De samme overlegne resultater genfindes i Region Sjællands Hjemmefødselsordning.

Opsummerende vil vi minde om, at patientsikkerheden for ALLE gavn timer ved at niveauinddele fødselshjælpen ud fra patientcentrerede principper, der afspejler erkendelsen af, at det fødested, som er sikrest og sundest for den raske gravide ikke er det samme som er sikrest og sundest for den syge eller komplekst gravide. Alle gravide fortjener en jordemoder, de komplekst gravide fortjener også ofte en læge. Men *ingen* har glæde af at raske kvinder overbehandles af læger på specialafdelingerne for at financiere en centraliseret fødselshjælps overdimensionerede produktionsapparat.

Afslutningsvis vil jordemødrene fra Roskilde Fødeklinik opfordre SST til at kassere nærværende rapport og udarbejde en ny med udgangspunkt i opdateret forskning og sundhedslovens bestemmelser om patientrettigheder. Vi ved at både forskernetværket af jordemødre, jordemoderforeningen og Dansk Jordemoderfagligt Selskab har skrevet høringssvar. Vi stiller os 100% bagom deres høringssvar og håber at SST vil nedsætte en ny arbejdsgruppe bestående af disse veluddannede og akademiske jordemødre foruden fagligt opdaterede fødselslæger og forældre og repræsentanter for kvindeorganisationerne.

Her findes masser af referencer til litteratur samt praktiske tips om sundhedsfordelene ved at øge adgang til jordemoderledede fødeklinikker <http://online.pubhtml5.com/exvl/enjx/...>

References:

Hodnett ED, Downe S, Walsh D.

Alternative versus conventional institutional settings for birth.

Cochrane Database Of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD000012.

DOI: 10.1002/14651858.CD000012.pub4

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD003766.

DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5

National Institute for Health and Care Excellence (2014)

Intrapartum care for healthy women and babies.

NICE guidelines [CG190]

Olsen O, Clausen JA.

Planned hospital birth versus planned home birth.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2012,

Issue 9. Art. No.: CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub2

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 2011; 343:d7400

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5

Sundhedsstyrelsen
specialeplanlaegning@sst.dk

København den 2. april 2019

Vedr.: Høringssvar vedr. krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet

DASYS takker for muligheden for at afgive høringssvar. De faglige anbefalinger har været i høring blandt DASYS's råd og faglige selskaber. DASYS's uddannelsesråd har afgivet følgende specifikke bemærkninger til anbefalingerne.

(S.18) Information til den gravide: *I forbindelse med første graviditetsundersøgelse skal den praktiserende læge informere om generelle tilbud i løbet af graviditeten og om valg af fødested. Foreslår at det tydeliggøres, at valg under graviditeten kan medføre konsekvens for hvor i regionen fødslen i så fald vil skulle ske, hvis der er tale om at føde på hospital.*

(S 24) Anbefalinger 4. pind: *Der bør sikres kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson fra kvinden er i aktiv fødsel. Foreslår at det præciseres, hvilken uddannelse og kompetence denne sundhedsperson har.*

(S 25) Afsnit 3.1.1 i 3. afsnit: *Afsnittet vil være bemandet af jordemødre og andet sundhedsfagligt personale som fx social-og sundhedsassistenter og senere på side 26 bliver nævnt jordemødre og andet personale. Vi foreslår at det bliver præciseret.*

(S.26) Organisering af lavrisikofødende: *Jordemødre og andet personale på afsnittet bør være opdateret med færdighedstræning, herunder oplæring i neonatal genoplivning, og der skal sikres vedligeholdelse af disse kompetencer. Andet personale kunne som det er beskrevet andets steds i dokumentet eksemplificeres.*

Endelig savner vi, at der gennem dokumentet bliver præciseret, hvem der udover jordemødre skal være uddannet og ansat på fødeafdelinger. Dette er ikke tydeligt nok.

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål, står DASYS naturligvis til rådighed for en yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Pernille Olsbro
Medlem af bestyrelsen



NOTAT

04-04-2019

EMN-2019-00519

1270421

Mathilde Amalie Buchwald

Jessen

Danske Regioners høringssvar vedrørende udkast til "Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet"

Danske Regioner har d. 4. marts modtaget høring over Sundhedsstyrelsens udkast til "Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet".

Sundhedsstyrelsens anbefalinger er et vigtigt fælles grundlag for udviklingen og tilrettelæggelsen af svangreomsorgen i Danmark og regionernes arbejde med fødeplaner. Danske Regioner har en række bemærkninger til udkast til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Indledningsvist mener Danske Regioner, at publikationen bør hedde "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet", da publikationen indeholder anbefalinger og ikke krav. Dette vil desuden flugte med den semantik, Sundhedsstyrelsen i øvrigt anvender for denne form for publikationer.

Vedrørende fødeklinikker

Danske Regioner finder, at Sundhedsstyrelsen konklusioner hviler på et spinkelt grundlag i forhold til fødeklinikker.

Der omtales i udkastet to studier i form af "Birthplace England" og et hollandsk kohortestudie. Begge studier har en række metodemæssige svagheder. Der redegøres på side 16 for de generelle problemer med at udlede meget konkrete konklusioner af de foreliggende studier. Alligevel vælger Sundhedsstyrelsen at bygge sine konklusioner på det engelske studie i forhold til risiko forbundet med at føde på en fødeklinik. På den baggrund beskrives fødeklinikker negativt i anbefalingerne.

En nyere review-artikel fra 2018 "Planned home versus planned hospital births in woman at low-risk pregnancy" viser eksempelvis, at de to grupper; planlagte hjemmefødsler og "planlagte hospitalsfødsler", er ens i forhold til neonatal morbiditet og mortalitet. Det anbefales, at denne artikel indgår i Sundhedsstyrelsens videre arbejde med anbefalingerne.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at afsnit for lavrisikofødende fagligt og ledelsesmæssigt bør høre sammen med fødeafdelingen men underbygger ikke dette.

Sundhedsstyrelsen finder det uhensigtsmæssigt, at afdelingerne kaldes "fødeklিনikker for ukomplicerede fødsler". Det finder Danske Regioner irrelevant.

Vedrørende information til gravide

Danske Regioner finder, at anbefalingerne vedrørende information til gravide bør gennemgås med fokus på, at beskrivelser og vurderinger af henholdsvis fødsler i hjemmet, fødsler på hospital og fødsler på klinik, er neutralt og nøgternt beskrevet. Eksempelvis kan publikationen gøre brug af mere præcise beskrivelser af relative og absolutte risici. Kvaliteten af den information, der er tilgængelig for de gravide, er afgørende for deres valg af fødested.

Vedrørende hjemmefødsler

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kun erfarne jordemødre varetager hjemmefødsler. Jordemødre uddannes til at kunne varetage den ukomplicerede fødsel og har med uddannelsen opnået en autorisation inden for virksomhedsområdet. Derfor kan alle jordemødre principielt varetage hjemmefødsler. Danske Regioner mener, at det er en ledelsesopgave at planlægge og vurdere, hvilke jordemødre der udfører hvilke opgaver.

Vedrørende vidensgrundlaget generelt

Danske Regioner anbefaler, at Sundhedsstyrelsen i højere grad inddrager den videnskabelige dokumentation, der er på området i arbejdet med anbefalingerne. Anbefalingerne baseres på i alt 14 kilder, hvor af kun tre er videnskabelige artikler. Ni kilder er Sundhedsstyrelsens egne publikationer. Nyere systematiske sammenfatninger bør inddrages, fx Cochrane review 2012 og NICE 2014. Det anbefales, at der tydeligt redegøres for det faglige grundlag.

Vedrørende sprogbrug om risiko generelt

Danske Regioner anbefaler, at Sundhedsstyrelsen i højere grad beskriver risici og forskningsresultater mere præcist, således at de ikke kan fejlfortolkes.

Med venlig hilsen

Thomas I. Jensen

Bilag

- Side 5: *"Det er uhensigtsmæssigt at arbejde med begreber som 'fødeklinikker for ukomplicerede fødsler' da en fødsel er en kontinuerlig proces, og på trods af skarp visitation, vil der være fødsler der overgår fra komplicerede til ukomplicerede" (det er skrevet omvendt).*
- Side 6: *"Gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel kan visiteres til fødsel i hjemmet. Jordmoderen assisterer ved fødslen, i hjemmet, og ved behov for lægelig intervention under eller efter fødslen skal den fødende (anbefales at blive) overflyttes til en fødeafdeling".*
- Side 8: *"Et sygehus kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage personer fra andre sygehuses optageområde eller fra andre regioner".* Det formodes, at en sådan begrænsning af det frie sygehusvalg - som hidtil - kun kan ske efter regionsrådets beslutning i henhold til sundhedslovens § 86, stk. 2. Det kan eventuelt skrives direkte ind i teksten, idet det tilsyneladende giver anledning til fortolkningsmæssige spørgsmål fra fødestederne.
- Side 12: Det er uklart, om der skal være kryds i rubrikken "gynækologisk/obstetrisk afdeling". Bornholms Hospital har således samarbejdsaftaler med gynækologisk/obstetrisk afdeling på Rigshospitalet og Amager og Hvidovre Hospital (Side 12, oversigten):
 - "Herning Hospital" rettes til "Regionhospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest"
 - "Holstebro Hospital" rettes til "Regionshospitalet Holstebro, Hospitalsenheden Vest"
 - Viborg Hospital" rettes til "Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenhed Midt"
- Side 14: Her fremgår det, at hjemmefødsler udgør ca. 3 % af alle fødsler i 2017. Det fremgår ikke, om der udelukkende er medtaget tal for planlagte hjemmefødsler eller om der indgår en andel af uplanlagte hjemmefødsler i tallet. For eksempelvis er der i tilknytning til optageområdet for Hospitalsenheden Vest i alt 2,6 % hjemmefødsler, men kun 1,8 % er planlagte hjemmefødsler, og 0,8 % føder uplanlagt hjemme.
- Side 15: Sprogligt upræcist, da børn ikke føder: *"Det er generelt sikkert forog barn at føde"*.
- Side 15: *".....datagrundlaget for at sammenligne de enkelte fødetilbud....."*. Det formodes, at der tænkes på hospitalsfødsler og hjemmefødsler. Det er ikke tydeligt. Der er gode data til at sammenligne kvaliteten af fødsler mellem hospitaler.
- Side 15: Her beskrives den relative risiko som næsten dobbelt så stor. Dog fremgår det at risikoen er på 75% og ikke 100%. Det anbefales, at man er mere præcis.
- Side 16: Der mangler kildehenvisning på "Et nordisk prospektivt kohortestudie".
- Side 16: *"Man bør generelt være forsigtig med at udlede meget konkrete konklusioner af de foreliggende studier om organisering af fødetilbud"*. På side 17 konkluderer man dernæst blandt andet: *"For førstegangsfødende med ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel vil der generelt være en næsten dobbelt så stor risiko for komplikationer hos barnet ved planlagt*

fødsel i hjemmet". Det kan tolkes som en optrappende retorik. De udvalgte komplikationer er sjældne og er derfor ikke noget, de fleste kvinder vil opleve, da den absolutte risiko er sjælden.

- Side 21: i sidste sætning før Anæstesiologi fremgår det, at "*det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra en speciallæge med særlige kompetencer i genoplivning af nyfødte*". Denne formulering fremstår som en stramning af kompetenceniveau, og ordet "særlige" bør derfor udgå. Derudover er det uklart, om det omfatter alle hospitaler, hvor der er fødsler, eller om det udelukkende drejer sig om særlige geografiske forhold.
- Side 22: Her bruges begreber som "stort antal fødsler", "lille fødevolumen" og "mindre afdelinger" samt fødesteder mindre end 1.500 og større end 5.000. Der er ingen reference på anbefalinger for fødestedets størrelse. Af-snit bør udelades, da det beror på følelser og fornemmelser.
- Side 21-24: Det bemærkes, at der ikke er enslydende formuleringer i de nye anbefalinger i forhold til hvilken speciallæge, med kompetencer i neonatologi, der skal være umiddelbar tilgængelig:
 - Side 21: "*Det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra speciallæge med særlige kompetencer i genoplivning af nyfødte*"
 - Side 24 (tekstboks 1, 5. bullet): "*...umiddelbar assistance fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik, pædiatri og anæstesiologi...*"
 - Side 24 (tekstboks 2, 1. bullet): "*...umiddelbar assistance fra specialerne gynækologi og obstetrik, anæstesi og pædiatri*".

Det foreslås, at disse formuleringer bliver mere enslydende, idet det anbefales at vælge formuleringen på side 21, jf. "*Det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra speciallæge med særlige kompetencer i genoplivning af nyfødte*".

- Side 24: Følgende formulering er uklar, og det anbefales, at man er mere præcis: "*Ved planlagt fødsel på fødeafdeling vil der generelt være en lidt højere hyppighed af indgreb i fødslen som f.eks. igangsættelse, smertelindring ved rygmarvsbedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet og forløsning med sugekop*".
- Side 24: Der er brugt to forskellige betegnelser om den samme smertelindringsform (epidural- og rygmarv).
- Side 25: Det anbefales, at den sidste del af følgende sætning omformuleres, så det fremgår, at lægen skal tilkaldes i disse tilfælde: "*I særlige tilfælde hvor det er umiddelbart patientsikkerhedskritisk for enten mor eller barn at bruge tid på overflytning til fødegang, kan intervention på afsnittet være nødvendigt, hvorfor der skal foreligge beredskab og instruks for dette. I disse tilfælde kan der være behov for tilkald af læge til afsnittet*" (ændringsforslag: I disse tilfælde skal læge kaldes til afsnittet)
- Side 28: 1. dot i anbefalinger er overflødig, idet det samme gør sig gældende for hjemmefødsler, som også kan blive komplicerede, ligesom komplicerede fødsler kan gå hen og blive ukomplicerede.
- Side 29: overflytning til fødeafdeling beskrives som en risiko: "*Omkring hver tredje førstegangsfødende og hver tiende flergangsfødende kan risikere at blive overflyttet til fødeafdeling...*". Dette beskrives f.eks. på side 17 (tekstboksen, 4. bullet) og igen på side 29 (tekstboksen, 3. bullet). Det foreslås, at sådanne formuleringer formuleres med en mere præcis angivelse af risiko. De største årsager til overflytning er manglende fremgang i fødselsforløbet eller kvindens ønske om stærkere smertelindring, og i disse tilfælde vil

overflytningen ikke foregå meget anderledes, end hvis kvinden og partneren selv havde været hjemme og f.eks. afventet tiltagende veer inden indlæggelse på fødeafdeling. Dette er dokumenteret i internationale undersøgelser: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29804782>. Således er årsagen til overflytninger sjældent af akut karakter, som det beskrives i udkastet. Afsnittet om overflytning bør revideres til en mere virkelighedstro beskrivelse og suppleres med fakta om overflytninger.

- Side 29: Regionerne vil derfor opfordre til, at man præciserer fordelingen af årsager til overflytning. Det beskrives, at størstedelen af overflytningerne sker grundet manglende fremgang.
- Det skal påpeges, at planlagte hjemmefødende familier oftest vil have behov for assistance til transporten, hvis overflytning til hospital bliver aktuelt.
- Side 31: Det er normalt, og i henhold til cirkulærer for jordemødre, at en hjemmefødsel går til 42+0, hvorfor der sættes spørgsmålstegn ved, at grænsen for gestationsalder er sat til 41+6.
- Side 32: Faglige forhold, der indikerer at den fødende bør anbefales fødsel på sygehus: *Mangler: ægdonation*
- Side 32: I afsnittet "*Faglige forhold der indikerer at den fødende bør anbefales fødsel på sygehus*", bør punktet: fødende der bærere af gruppe B streptokokker omformuleres, da vi i Danmark ikke har praksis for at pøse alle gravide, men blot tilbyder fødende i risikogruppen herfor pødsning og/eller profylaktisk behandling samt observation post partum.
- Side 34: Ved anbefalinger for overflytninger fra fødsel i hjemmet til sygehus bør jordemoderen tilføjes som mulig ledsager i de tilfælde, hvor den fødende ikke selv kan transportere sig fra hjemmet til fødeafdelingen og hvor det ikke skønnes nødvendigt at speciallæge fra akutlægebil gør det. Det vil øge den fødendes/partners oplevelse af trykthed og kontinuitet.
- Side 35: Under eksempler på faglige kriterier for overflytning bør følgende tilføjes: Under fødsel: Moderat til kraftig vaginal blødning
- Side 35: "Eksempler på faglige kriterier for overflytning" kunne eventuelt suppleres med flere eksempler som fx rigelig tegnblødning, blødning, smerter som ikke er ve-smerter og feber under fødslen (inden kvindens almentilstand er påvirket).
- Side 36: Kvalitetssikring og monitorering: Ved hjemmefødsler bør man sikre fælles faglige retningslinjer med fødegangen, og at regionens samlede fødetilbud har ensartet faglig kvalitet, herunder i det omfang at regionen har indgået kontrakt med private udbydere. *Såfremt en klinik- eller hjemmefødselsordning samarbejder med flere fødeafdelinger, vil det være en fordel, at disse ligeledes har enslydende retningslinjer.*
- Side 36: Der nævnes et ønske om et objektivt mål for barnets tilstand ved hjemmefødsler, og det anbefales i den forbindelse, at de relevante faglige selskaber beslutter og implementerer et sådant mål, der kan anvendes på tværs af landet. Der anvendes i dag henholdsvis Apgar score og PH-målinger i kvalitetsdatabasen. Med nuværende teknologi vil det ikke være muligt at checke PH i hjemmet, så det forventes fortsat, at Apgar score kan anvendes og være tilstrækkelig ved hjemmefødsler.
- Side 37: dot 2 skal skilles i to dot således, at anden dot starter med "Hvis den gravide mod givent råd.....".

- Side 37: Det anbefales, at formuleringen *”Der bør ved visitation lægges vægt på kvindens paritet, særligt ved førstegangsfødende informeres omkring potentielle risici ved fødsel i hjemmet. Hvis den gravide mod givent råd, fortsat ønsker at føde hjemme bør hun tilbydes samtale med en speciellæge i gynækologi og obstetrik”* omformuleres til: *”Der bør ved visitation lægges vægt på kvindens paritet, særligt ved førstegangsfødende informeres omkring potentielle risici ved fødsel i hjemmet. Hvis den gravide mod givent råd, fortsat ønsker at føde hjemme skal hun tilbydes samtale hvor både jordemoder og en speciellæge i gynækologi og obstetrik deltager”*
- Side 38: Formuleringen *”Ved fødsel på klinik uden for sygehus er der typisk tale om en klinik, som hverken geografisk, fagligt eller ledelsesmæssigt er en del af et sygehus med fødeafdeling”* bør omformuleres idet, fødeklinikker udenfor sygehus kan etableres både som en *”fritliggende fødeklinik som en del af et sygehus”* og som en *”privat fødeklinik”*.
- Bilag 1: Regionerne finder det positivt, at man inddrager erfaringer fra tidligere sygehusklinikker i bilag 1. Dog er det ikke hensigtsmæssigt, at man inddrager ’erfaringer’ uden at have nogen kildehenvisninger.
- Det forslås ligeledes, at man inddrager de erfaringer, man har gjort sig i regionerne med både hjemmefødselsordninger og fødeklinikker.

Afdeling: Sundhedsplanlægning
Journal nr.: 19/346
Dato: 26. marts 2019

Udarbejdet af: Kirsten Frost Lorenzen
E-mail: kfl@rsyd.dk
Telefon: 2159 8152

Til Sundhedsstyrelsen

Hermed fremsender Region Syddanmark høringssvar vedr. Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger vedr. "Krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet".

Høringssvaret er fremsendt under forudsætning af regionsrådets godkendelse.

Overordnede kommentarer

Region Syddanmark hilser overordnet anbefalingerne velkomne. Sondringen i det faglige set-up mellem sygehusfødsler, hjemmefødsler og fødsler på fritstående fødeklিনikker er gavnlig i forhold til at skabe klarhed over fødselstilbud, og de forskellige muligheder patienterne har for valg af fødested.

Generelt er der i udkastet et stort fokus på risiko ved fødsler udenfor sygehuset og sprogbruget er uens; der tales om "hyppigheder" for indgreb m.v., når fødslen foregår på sygehuset, og "risici" når fødslen finder sted udenfor sygehusematriklen.

Der er lagt stor vægt på jordemødres kompetencer og faglighed uden tilsvarende fokus på lægegruppen, som i praksis omfatter både obstetriske og gynækologiske uddannelses- og speciallæger. Alle aktører indenfor fødselshjælpen bør anbefales at være ligeligt opdaterede og fagligt velkvalificerede, bl.a. med henblik på at undgå unødvendige og ikke veldokumenterede/evidensbaserede indgreb i fødslen. I Region Syddanmark har man gode erfaringer med "in situ simulationstræning" som en metode til at styrke den tværfaglige indsats på fødestederne, herunder kommunikation blandt fagpersoner i akutte situationer og information/kommunikation på en involverende måde med patient og pårørende ved fødselskomplikationer.

I forlængelse heraf vil det være hensigtsmæssigt, at der tilføjes en anbefaling for, hvorledes sammenhæng i patientforløb sikres og optimeres ved, at alle involverede parter - uanset om sundhedspersonen er tilknyttet regionalt sygehus - eller privat regi- er forpligtede til at dokumentere tiltag og behandlinger i forhold til graviditet, fødsel og/eller barsel på en måde, så informationen er tilgængelig for alle parter, evt. via vandrejournalen. Derved sikres åbenhed omkring forløbet, uanset om patienten ses i privat regi, på sygehusets fødeafdeling eller en kombination af disse. Det gælder fx. oplysninger om akupunkturbehandling, indikation og tidspunkt for hindeløsning, vandafgang etc. som kan have stor betydning for

valg af behandling og forløb for den fødende, herunder anbefalinger for barselsforløbet. På nuværende tidspunkt er det ofte den gravide, der er kilden til disse informationer, hvilket er yderst u hensigtsmæssig, fordi det kan være svært at huske hvilken information og vejledning, der blev givet hos de forskellige fagpersoner. Det er forventningen, at den kommende elektroniske vandrejourn al i høj grad vil understøtte dette, men indtil den er implementeret er det vigtigt, at alle parter registrer og dokumenterer i den håndbårne vandrejourn al.

Vedr. fødeklinikker udenfor sygehus

I forhold til den del af afsnittet, der vedrører fødeklinikker udenfor sygehus, havde det været ønskeligt med klarere anbefalinger i forhold til, hvorvidt Sundhedsstyrelsen anbefaler denne organisationsform eller ej. Dette særligt set i forhold til den rådgivning Sundhedsstyrelsen tidligere har givet Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Lægesiden i Region Syddanmark anfører, at de ikke kan anbefale fritstående fødeklinikker.

Lægesiden i Region Syddanmark vurderer, at såfremt der etableres fritstående fødeklinikker bør disse ikke være organiseret under sygehusenes fødeafdelinger. Dels vil dette kunne give de fødende et falsk billede/forventning, om at der er tale om andet sikkerhedsniveau end ved hjemmefødsler, dels vil den lægefaglige ledelse ikke kunne tage ansvar for kvaliteten på sådanne klinikker.

Region Syddanmark vurderer overordnet, ligesom lægerne, at fritliggende fødeafdelinger ikke bør organiseres under sygehusenes fødeafdelinger.

Jordemodersiden har bemærket og vurderet, at der under afsnittet omkring hjemmefødsler lægges vægt på kontinuitet ved evt. overflytninger og rotationsordninger for at sikre kompetencer, mens der ved klinikfødsler udenfor sygehus lægges op til private ordninger udenfor det regionale sygehusvæsens ansvar. Jordemodersiden har det synspunkt, at hvis man vil sikre en tilsvarende høj kvalitet i klinikfødsler uden for sygehusregi som ved hjemmefødsler, bør organiseringen af fødeklinikker ligge i sygehusregi.

Konkrete kommentarer

Afsnit vedr. Fødsel på sygehus

s. 20: I forhold til oplevelsen af, at der er sket markant stigning i antallet af akutte henvendelser i graviditeten og inden fødslen, vil det være ønskeligt med en anbefaling om flere sundhedsfremmende og forebyggende indsatser – da det på sigt vil være billigere, styrke inddragelse af kvindens ressourcer og mindske tilfældige fund, som ikke kræver behandling, men som ofte fører til bekymring og potentiel risiko for overbehandling.

Afsnit vedr. sygehusafsnit for lavrisikofødende

Det anbefales at den sidste del af følgende sætning omformuleres, så det fremgår, at lægen skal tilkaldes i disse tilfælde:

”I særlige tilfælde hvor det er umiddelbart patientsikkerhedskritisk for enten mor eller barn at bruge tid på overflytning til fødegang, kan intervention på afsnittet være nødvendigt, hvorfor der skal foreligge beredskab og instruks for dette. I disse tilfælde kan der være behov for tilkald af læge til afsnittet” (ændringsforslag: I disse tilfælde skal læge kaldes til afsnittet)

Afsnit vedr. Fødsel i hjemmet

Det er positivt, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der laves ensrettede anbefalinger i forhold til hjemmefødsler og fødsler på sygehus både i forhold til visitation og overflytninger.

Det anbefales, at formuleringen *”Der bør ved visitation lægges vægt på kvindens paritet, særligt ved førstegangs fødende informeres omkring potentielle risici ved fødsel i hjemmet. Hvis den gravide mod givent råd, fortsat ønsker at føde hjemme bør hun tilbydes samtale med en speciellæge i gynækologi og obstetrik”* omformuleres til:

”Der bør ved visitation lægges vægt på kvindens paritet, særligt ved førstegangs fødende informeres omkring potentielle risici ved fødsel i hjemmet. Hvis den gravide mod givent råd, fortsat ønsker at føde hjemme skal hun tilbydes samtale hvor både jordemoder og en speciellæge i gynækologi og obstetrik deltager”

Afsnit vedr. fødsel udenfor sygehus

s. 32: I afsnittet *”Faglige forhold der indikerer at den fødende bør anbefales fødsel på sygehus”*, bør punktet: fødende der bærere af gruppe B streptokokker omformuleres, da vi i

Danmark ikke har praksis for at pøde alle gravide, men blot tilbyder fødende i risikogruppen herfor podning og/eller profylaktisk behandling samt observation post partum.

s. 34: Ved anbefalinger for overflytninger fra fødsel i hjemmet til sygehus bør jordemoderen tilføjes som mulig ledsager i de tilfælde, hvor den fødende ikke selv kan transportere sig fra hjemmet til fødeafdelingen og hvor det ikke skønnes nødvendigt at speciallæge fra akutlægebil gør det. Det vil øge den fødendes/partners oplevelse af tryghed og kontinuitet.

s. 35: Under eksempler på faglige kriterier for overflytning bør følgende tilføjes:

Under fødsel:

Moderat til kraftig vaginal blødning

s. 38: Region Syddanmark vurderer overordnet, at formuleringerne i Sundhedsstyrelsens anbefalinger er korrekt beskrevet, og at fødeklinikker udenfor et sygehus hverken fagligt, organisatorisk eller ledelsesmæssigt bør være en del af et sygehus. Lægesiden vurderer ligeledes, at formuleringen i Sundhedsstyrelsens anbefalinger er korrekt beskrevet, idet fødeklinikker udenfor sygehus ikke bør kunne etableres som en "fritliggende fødeklinik som en del af et sygehus". Lægefagligt kan man ikke stå inde for kvaliteten og patientsikkerheden ved en fritliggende fødeklinik, og derfor ikke tage ansvaret for en sådan organisering. Lægesiden har det synspunkt, at såfremt den fødende ønsker, at føde udenfor de etablerede fødeafdelinger eller fødeafsnit for lavrisikofødende (allongeside- klinikker), er det at betragte som en hjemmefødsel, og bør være en hjemmefødsel. En klinik udenfor sygehus bør hverken fagligt, organisatorisk eller ledelsesmæssigt være en del af et sygehus.

Jordemodersiden har det synspunkt, at formuleringen "*Ved fødsel på klinik uden for sygehus er der typisk tale om en klinik, som hverken geografisk, fagligt eller ledelsesmæssigt er en del af et sygehus med fødeafdeling*" bør omformuleres idet, fødeklinikker udenfor sygehus kan etableres både som en "fritliggende fødeklinik som en del af et sygehus" og som en "privat fødeklinik".



2. april 2019

HØRINGSSVAR

Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet

Region Nordjylland har modtaget Sundhedsstyrelsens Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet i høring. Regionen synes overordnet, at der er tale om et velskrevet dokument med solid og velunderbygget substans. Et dokument der er vigtigt i forhold til tilrettelæggelse af et fælles nationalt fødselstilbud i Danmark. Regionen har følgende tekstnæste kommentarer til dokumentet.

S 12 i boksen: Regionshospital Nordjylland varetager fødsler fra uge 32 og ikke 34

S 22: I relation til afsnittet omkring hensigtsmæssig størrelse på en fødeafdeling, ønsker Region Nordjylland at anføre, at regionens fødested i Thisted grundet geografiske forhold altid vil ligge under dette interval. I arbejdet med udarbejdelse af dokumentet har det flere gange været drøftet, at nogle fødesteder – deriblandt Thisted – har ø-status uden at være en ø.

S 32: I boksen omhandlende faglige forhold, der indikerer, at den fødende bør anbefales fødsel på sygehus, står der: *Gravide med betydende psykiske lidelser, der ikke er velbehandlet eller i rolig fase.* Her anbefales følgende alternative formulering: *Gravide med psykisk lidelse, som kræver medicinsk behandling og/eller ikke er i rolig fase.*

Medicinsk behandling kan i flere tilfælde føre til abstinens symptomer hos barnet, som derfor skal indlægges til observation efter fødslen.

Fødsel og puerperium kan føre til forværring af maternelle psykiske lidelser på grund af søvn depletering og problemer med tilpasning til en ny livssituation. Udviklingen af eventuelle psykiske lidelser kan således ofte være uforudsigelig, hvorfor planlægning af fødsel udenfor hospital ikke synes hensigtsmæssigt. Det er ikke anbefalelsesværdigt, at kvinder med psykiatriske problemstillinger føder hjemme, disse kvinder har en overrepræsentation af forskellige dårlige udkomme for barnet. Blandt disse kvinder vil der også være en gruppe af fødende med angst problematikker der ønsker hjemme-fødsel på grund af deres angst, hvilket ikke er hensigtsmæssigt i forhold til sikkerhed for barnet.

S 35: Eksempler på faglige kriterier for overflytning. Her står: *Erkendelse af andet end et barn i hovedstilling*

Her bør der stå *erkendelse af andet end ét barn i regelmæssig baghovedstilling*

S 37: Det anbefales, at punkt 2 i boksen deles i to, så der står:

- Hvis den gravide mod givet råd fortsat ønsker at føde i hjemmet, bør hun tilbydes en samtale med en speciallæge i gynækologi og obstetrik
- Der bør ved visitation af den gravide lægges vægt på kvindens paritet.

Samme anbefaling gælder for punkt nr. 3, der ligeledes med fordel kan deles i to.