

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 behovsanpasning 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 høringsvar. Vi stiller os 100% bagom deres høringsvar 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