

Høring af Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet

Dansk Jordemoderfagligt Selskab (DJS) takker for invitationen til at være høringspart på udkast til Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet. Udkastet fremstår forbedret i forhold til den udgave, som var til høring sidste år, og DJS vil gerne udtrykke anerkendelse for det store arbejde, der er udført af både styrelsen og de faglige selskaber.

Vi har stor forståelse for, at disse anbefalinger har været længe undervejs, og at man kan have et ønske om at få processen afsluttet og anbefalingerne udgivet. DJS deler dette ønske! Alligevel vil vi tillade os at udtrykke betænkelighed ved at få et udkast i høring, som mangler så væsentligt et element som resuméet (der står 'følger'). I en travl hverdag for både klinikere og beslutningstagere må det forventes, at særligt resuméet vil blive læst. Den præcise formulering af resuméet kan derfor få afgørende betydning, og DJS ville gerne have haft mulighed for at kommentere på det. DJS opfordrer desuden til, at der vedlægges et resumé på engelsk.

I høringsbrevet angives det, at der i det nye udkast anvendes absolutte tal i stedet for risikoangivelser. Man skal imidlertid lede en del efter de absolutte tal, og de fremgår ikke af de opsummerende anbefalinger (i bokse). Det eneste absolutte tal, der nævnes er, at "det engelske studie finder en øget risiko på ca. 4 per 1000 fødsler i forhold til perinatale komplikationer hos barnet ved planlagt hjemmefødsel i forhold til fødsel på fødeafdeling, mens der ikke ses en forskel ved planlagt fødsel på fødeklinik (på eller uden for sygehus) i forhold til fødsel på en fødeafdeling" (s. 39+57). De hollandske studier beskrives fortsat som "finder [ikke] en øget risiko". Indgrebsfrekvenser beskrives ligeledes med "øget brug af ve-stimulerende drop" og "øget forekomst af indgreb". Brug af absolutte tal er således fortsat mangelfuld.

Brug af absolutte tal er heller ikke tilstrækkeligt balanceret. Hvis man vælger alene at anvende de absolutte tal fra det engelske Birthplace Study – og det har man jo valgt – er det misvisende at sidestille klinik udenfor sygehus med hjemmefødsler i forhold til perinatale komplikationer. Her viser det engelske studie (som også beskrevet på s. 16), at der ikke ses forskel ved planlagt fødsel på fødeklinik (på eller udenfor sygehus) i forhold til fødsel på fødeafdeling. Det er således ikke korrekt at sidestille klinikfødsel med hjemmefødsel ift. perinatale komplikationer, og dette bør anføres tydeligt i de opsummerende anbefalinger. (Men dog helt korrekt at sidestille det i forhold til mulighed for smertelindring og lægefaglige indgreb).

DJS bemærker, at der fortsat er en gennemgående tendens til at beskrive fødeområdet næsten udelukkende ud fra en risikoterminologi. Formålet med anbefalingerne er: "Sundhedsvæsenets indsats under fødslen er overordnet at sikre et trygt fødselsforløb uanset, hvor og hvordan fødslen finder sted, herunder særligt at sikre, at mor og barn kommer igennem fødslen med bedst mulig sundhedstilstand, at minimere komplikationer under og efter fødslen og bidrage til en god fødselsoplevelse" (s.12). Dette formål synes ikke opfyldt i litteratursøgningen, idet man udelukkende har perinatale komplikationer og de umiddelbare obstetriske outcomes med i PICO'en (bilag 3a). Den potentielt sundhedsfremmende gevinst samt fordele ved at føde hjemme eller på klinik er ikke gennemgået i dokumentet. På s. 20 angives det, at dialogen om valg af fødested "bør følge principperne for fælles beslutningstagning, der tager udgangspunkt i den gravide og eventuelle partners forudsætninger, forventninger og præferencer, og baseres på evidensbaseret, lettilgængelig og forståelig information, hvor fordele, ulemper og risici præsenteres både skriftligt og mundtligt." Desværre er netop 'fordele' kun beskrevet som fravær af perinatale eller maternelle komplikationer, og de er ellers stort

set fraværende i dokumentet. Man sidder således tilbage med det indtryk, at *hvis* man skulle ønske at føde på klinik eller hjemme, så ligger der en betydelig informationspligt hos de sundhedsprofessionelle, som udelukkende handler om risiko for komplikationer for mor og barn, om overflytning og om de begrænsede muligheder for at intervenere i fødslen. DJS anfægter ikke, at denne del af informationen er en forudsætning for at kunne træffe et valg, men vi efterlyser en bedre balance i informationen. Ud fra den gennemgåede litteratur kan det undre, at man ikke – som i England (NICE guidelines) – vil anbefale kvinder med ukomplicerede graviditeter og forventede ukomplicerede fødsler at vælge fødsel på klinik eller hjemme, men at det i Danmark fortsat skal fremstilles som et risikofyldt alternativ til den sikre fødegang.

Selvom anbefalingerne vedrører et område, som udelukkende varetages af jordemødre – klinik- og hjemmefødsler – og som derfor kun jordemødre har selvstændig klinisk erfaring med, er der flere steder, hvor jordemoderen fremstilles perifert eller med en mindre grad af tillid til hendes faglighed og varetagelse af information til kvinden. Eksempler på dette:

- Uoverensstemmelse mellem ordvalg på s. 6 og s. 24: "Der kan med fordel sikres kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson, eksempelvis en jordemoder eller en jordemoderstuderende, fra kvinden er i aktiv fødsel eller tidligere ved behov." (s. 6). "Det anbefales at sikre den fødende en kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson, fx en jordemoder eller jordemoderstuderende, fra den gravide er i aktiv fødsel eller fra jordemoderen i samråd med den gravide vurderer, at der er behov for jordemoderens tilstedeværelse (...)" (s. 24). Der er betydelig forskel på, om det er en egentlig anbefaling eller blot noget, der "med fordel kan sikres". Behovet for jordemoderfaglig tilstedeværelse og omsorg er vanskeligt at standardisere, og det er derfor ikke tilstrækkeligt værdsat i en kultur, hvor målbare (be)handlinger prioriteres. DJS anser fødsler for komplekse livsbegivenheder, hvor kvinder gennemgår biologiske, sociale, emotionelle og spirituelle transitioner, som ikke indfanges af de biomedicinske eller de organisatoriske forståelsesmodeller. I en anbefaling om organisering af fødeområdet, finder DJS det ønskeligt, at der er klare anbefalinger for jordemoderens tilstedeværelse hos de fødende kvinder for at bistå dem gennem hele fødselsprocessen med alt, hvad den indebærer – fra den aktive del af fødslen eller før ved behov.
- Det er desuden beklageligt, at styrelsen ikke vil anerkende betydningen af jordemoderfaglighed mere end, at en hvilken som helst sundhedsperson eller en studerende kan varetage den samme funktion, som en jordemoder. DJS mener, at man her sender et uheldigt signal til hele jordemoderprofessionen – den faggruppe, der er til stede ved alle fødsler i Danmark. DJS så helst, at man ændrede formulering til "Der bør sikres kontinuerlig tilstedeværelse af en jordemoder, fra kvinden er i aktiv fødsel eller tidligere ved behov."
- På s. 23-24 savner vi, at følgende fra vejledningen om virksomhedsområdet også er beskrevet; Jordemoderen er kvalificeret til at deltage i behandlingen og yde fødselshjælp og jordemoderfaglig omsorg også i disse situationer [ved komplikationer]. Jordemoderen har sit selvstændige ansvar som sundhedsperson, også når lægen er tilkaldt. Hvis lægen har ordineret/iværksat en behandling, og fødslen i øvrigt forløber uden komplikationer, kan jordemoderen selvstændigt forestå denne under hensyntagen til sin forpligtelse til at kalde læge ved sygelige fund, komplikationer eller mistanke herom.
- Der er stort fokus på det tværfaglige samarbejde – det bakker vi naturligvis op om. Alligevel vil det være ønskeligt, om man også anerkendte, at jordemødre varetager fødsler selvstændigt i Danmark. F.eks. beskrives det på s. 25, at i "det kliniske arbejde vil der være en del fødsler, som foregår i tæt samarbejde mellem jordemoder og læge med mulighed for gensidig faglig sparring og læring", mens det ikke beskrives, at der ligeledes er en del fødsler, der foregår udelukkende med tilstedeværelse af den fødende kvinde, hendes partner og/eller andre personlige relationer og jordemoderen.
- Det kan undre, at jordemoderens information om hjemmefødsel til gravide kvinder anses for tilstrækkelig ved ukomplicerede graviditeter og forventede ukomplicerede fødsler, samt ved komplicerede

graviditeter og forventede komplicerede fødsler, alt den stund, at sidstnævnte gruppe vælger at føde på sygehus. Ønsker de derimod at føde hjemme, er jordemoderens information ikke længere tilstrækkelig, hvorfor der skal tilbydes en samtale ved speciallægen. Har man tillid til jordemoderens informationsindsats, bør denne være tilstrækkelig i alle tilfælde – med mindre kvinden selv efterspørger en samtale med en speciallæge. Hvis kvinden fastholder sit ønske om at føde hjemme, bør fødestedet tilbyde et tværfagligt møde med det formål at lægge den bedst mulige plan for forløbet i fælles beslutningstagen med kvinden.

- På s. 38 kan man få det indtryk, at de private fødeklinikker har interesse i at misinformere kvinden om muligheder og begrænsninger ved en klinikfødsel. Det beskrives, at "regionerne [bør] sikre sig, at de gravide er informeret om, at fødsler på klinikkerne uden for sygehus kan sidestilles med hjemmefødsler i forhold til behovet for overflytning ved behov for lægefaglig assistance, herunder smertelindring med epiduralblokade, manglende fremgang og sjældne men alvorlige komplikationer". DJS mener, at denne passage udtrykker mistillid til jordemødrenes informationsindsats, og vi vil gerne henlede opmærksomheden på Sundhedslovens kapitel 5 om Patienters medinddragelse i beslutninger, hvoraf det fremgår af § 21, at den sundhedsperson, der er ansvarlig for behandlingen, er forpligtet til at drage omsorg for, at informeret samtykke indhentes efter §§ 15-17 og § 18, stk. 1. (§15, stk. 3 Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side).
- DJS vil foreslå, at man på s. 35 inkluderer jordemoderen som en del af det præhospitale beredskab, idet hun fortsat yder jordemoderhjælp ifm. overflytninger. (Jfr. Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv. § 8. Er der ved en fødsel tilkaldt læge, påhviler det jordemoderen at bistå denne ved den behandling, som lægen skønner det nødvendigt at foretage. Stk. 2. Indtil ansvaret for behandlingen kan overtages af en læge, skal jordemoderen yde den fornødne hjælp).

Undervejs i dokumentet bevæger man sig fra at levere rådgivning om organisering af fødeområdet og de forskellige fødetilbud til noget, der har karakter af en klinisk vejledning eller anbefaling. DJS finder det både forvirrende og uhensigtsmæssigt, at konkrete faglige anbefalinger fremgår her. Dels er de beskrevet sporadisk (som "eksempler på faglige kriterier") og helt uden referencer, og dels må man forvente at ny viden kommer til, inden revisionen af det samlede dokument skal foretages. DJS foreslår derfor, at man fjerner disse passager og bokse fra dokumentet. Samme opfordring gælder for det sidste afsnit på s. 36, hvor man forsøger at snige en dagsorden omkring *objektive mål for barnets tilstand* ved hjemmefødsler ind, som på nuværende tidspunkt slet ikke er vedtaget, implementeret eller kvalitetssikret. (Mellem linjerne må læses en navlesnorsblodprøve umiddelbart efter fødslen). Dette har ikke været til egentlig drøftelse i de relevante faglige selskaber. DJS antager, at jordemødre, som de eneste sundhedsprofessionelle, der varetager hjemmefødsler må anses for centrale i denne sammenhæng, og vi mener, at det er decideret ufint at foregribe en faglig drøftelse ved at få denne formulering placeret i styrelsens anbefalinger.

DJS står naturligvis til rådighed, hvis man ønsker en uddybning af vores høringsvar.

På vegne af bestyrelsen i Dansk Jordemoderfagligt Selskab,



Katja Schrøder,

Formand for Dansk Jordemoderfagligt Selskab

kschroeder@health.sdu.dk