

Til
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Att. specialeplanlægning@sst.dk

København, den 27. september

Til Sundhedsstyrelsen

Vedr. høringssvar over 'Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet'

Jordemoderforeningen takker for det tilsendte reviderede dokument omhandlende anbefalinger til organiseringen af fødeområdet.

Vores følgende høringssvar baseres på indkomne kommentarer fra vores medlemmer, sammenholdt med vores egne overvejelser.

Vi bemærker, at udkastet har gennemgået en gennemgribende omskrivning, hvori der er sket store fremskridt i forhold til det oprindelige udkast. Vi anerkender det store arbejde, det er at skulle imødekomme de mange aspekter, der knytter sig til dette område - og balancere det i en samlet anbefaling.

Alligevel står der i dette dokument en række områder tilbage ud fra de mange opmærksomhedspunkter fra høringssvarene til det oprindelige udkast. Områder, som vi i det følgende gerne vil adressere.

Overordnet

Om end dokumentet er blevet gennemskrevet og en del gentagelser er udeladt, er dokumentet stadig meget omfangsrigt med fortsat mange gentagelser.

Titlen har haft glæde af at blive præciseret, men drøftelserne blandt en række sundhedsfaglige grupper efterlader et indtryk af, at den fortsat vil kunne profitere af at blive præciseret. Fødeområdet forstås som et bredere område, og der er sat spørgsmålstejn ved, om ikke eksempelvis organiseringen af barselsområdet også burde indarbejdes – hvilket jo ikke er intentionen, da dette retteligt hører under de samlede anbefalinger for svangreomsorgen.

Dokumentet har til formål at skabe en national ramme for indholdet af den information, der skal gives til de gravide. Herunder hører naturligvis, at den gravide og hendes familie skal have kendskab om fordele og ulemper ved de forskelle organiseringsformer. Det synes dog ind imellem vanskeligt at få øje på, at fordelene og ulemper er vægtet neutralt mellem de forskelligt organiserede fødesteder, hvilket fx fremstår i afsnittet vedrørende resume af anbefalinger.

Manglende resume

Som anført i høringssvar til tidligere fremsendte udkast, er det vanskeligt at give høringssvar til et

dokument, hvori det samlede resume endnu ikke fremstår. Mange vil i en travl hverdag alene forholde sig til et resume, hvorfor dette er centralt for hele dokumentet

Resume af anbefalinger

Afsnittet vedrørende resume af anbefalinger indeholder forskellige bokse, der formentligt er tiltænkt som afsnit, man kan orientere sig i, hvis man ikke har mulighed for/tid til at læse hele dokumentet. Boksene er fortsat meget omfangsrige, men vi finder ikke, at de giver det nødvendige hurtige overblik, idet nærmere konkrete fordele og ulemper ikke præciseres i tal, hvorved man som kliniker ikke umiddelbart kan danne sig et reelt overblik. Disse bokse kommer til at fremstå som en blanding af et resume af hele teksten og de faktisk anbefalinger, og det bliver tungt at læse.

Samtidig er det vanskeligt at forholde sig til de generelle anbefalinger til information til gravide, da dette informationsmateriale endnu ikke er udarbejdet.

Absolutte tal i stedet for risikoangivelser, det faglige grundlag

Det anføres i det medfølgende høringsbrev, at dokumentet nu indeholder absolutte tal i stedet for risikoangivelser. Det er reelt kun ganske få steder, at man præsenteres for tal (hvis ikke man læser bilagsdelen), og det giver ikke nødvendigvis anledning til en dybere forståelse. F.eks. pointeres det, at det engelske studie finder en øget risiko på ca. 4 pr 1000 fødsler i forhold til perinatale komplikationer hos barnet. Her er det nødvendigt at vide, at stigningen ses i forhold til 5/1000 vs 9/1000, idet denne forskel synes større, end hvis den havde været eksempelvis 93/1000 vs 97/1000.

Absolutte tal er til gengæld fraværende i forhold til nedsat risiko for komplikationer. Hermed bliver det ganske let at drage den konklusion, at forskellen nok ikke er betydelig nok til, at den skal adresseres her. Dette understøttes fx i boksen s 17 hvori det fremgår, at der for flergangsfødende ikke ses en øget risiko for fødselsrelaterede komplikationer hos den gravide (som jo reelt er fødende) eller barnet ved planlagt fødsel udenfor en fødeafdeling. Nogen kan argumentere for, at et jo er rigtigt nok, at der ikke ses en stigning. Men det fremgår ikke, at majoriteten af studierne finder, at det synes at have en beskyttende effekt ift komplikationer. Giv læseren tallene og lad læseren få muligheden for selv at vurdere.

Det er ganske rigtigt, at man i det norske RCT ikke finder en forskel, men tilsvarende fundet for neonatale komplikationer (hvor et studie finder en forskel og andre ikke gør), bør det også her præciseres, hvad andre studier finder, at forskellen består i.

Tallene kan genfindes i bilag 2 for de enkelte studier, men i det omfang de er centrale for vurderingen og den videre information, bør de indgå i hovedteksten og ikke blot som bilag.

Baggrundsafsnittet

Baggrundsafsnittet beskriver udviklingen i svangreomsorgen meget positiv, hvilket der også er god grund til. Desværre nævnes de områder ikke tilsvarende, hvor udviklingen ikke har været positiv - fx et større sygefravær hos de gravide, flere med mentale udfordringer, flere overvægtige, mere ulighed i sundhed, manglende fødselsforberedelse, færre forebyggende konsultationer, manglende opsamling på fødselsoplevelse – mange forhold, der kan forebygges, hvis ellers forebyggelse og sundhedsfremme prioriteres i svangreomsorgen.

Som det beskrives, er formålet med nærværende anbefaling, at mor og barn kommer igennem fødslen med

bedst mulig sundhedstilstand, at minimierer komplikationer under og efter fødslen og bidrage til en god fødselsoplevelse – det stemmer overens med anbefalingerne fra svangreomsorgen og WHO anbefaling.

Det beskrives også, at hvad der vurderes som væsentligt for den ene i forhold til valg af fødested, kan vurderes anderledes af den anden.

Kvindens helbred og fødselsoplevelse kunne med udgangspunkt i dette med fordel tillægges større opmærksomhed. At tilstræbe en god fødselsoplevelse handler ikke blot om kunne tilbyde kvinderne en ekstra service i den samlede indsats. En dårlig fødselsoplevelse kan forplante sig som traumatiske oplevelser og som følge heraf udløse PTSD. En situation, der ikke alene er graverende for kvinden, men også medfører alvorlig risiko for barnets trivsel.

Dertil kommer, at nogle kvinder har så traumatiserende oplevelser, at de vælger, at de aldrig vil have flere børn.

At sikre kvinden en så god fødselsoplevelse som muligt, handler derfor om at sikre kvindens helbred på kort og langt sigte, tillige med at man reelt også sikrer barnets og familiens helbred. Set i dette lys er det væsentligt at prioritere.

Jordemoderens kompetenceområde – og kompetencer i relation til svangreomsorgen

Ved umiddelbar gennemgang synes det ikke så tydeligt, men vi er i en del sammenhænge blevet gjort opmærksomme på, at der i dokumentet synes at være en subtil mangel på forståelse og accept at jordemoderens kompetencer og funktion i svangreomsorgen.

I kapitel tre beskrives de involverede fagpersoners kompetenceområder.

Jordemoderens *selvstændige* virksomhedsområde beskrives (varetagelse af blandt andet fødselshjælp til den spontane fødsel). Dernæst beskrives en række områder, som jordemoderen ikke selvstændigt må varetage.

Dette synes dog at være en forsimplicering af det komplekse forløb og dermed også af organiseringen af kompetencer. Af 'Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.' fremgår det, at jordemoderen har pligt til at bistå en tilkaldt læge under den behandling, som lægen skønner det nødvendigt at foretage. Desuden fremgår det, at 'Jordemoderen er kvalificeret til at deltage i behandlingen og yde fødselshjælp og jordemoderfaglig omsorg også i disse situationer. Jordemoderen har sit selvstændige ansvar som sundhedsperson, også når læge er tilkaldt. Hvis lægen har ordineret/iværksat en behandling, og fødslen i øvrigt forløber uden komplikationer, kan jordemoderen selvstændigt forestå denne under hensynstagen til sin forpligtigelse til at kalde læge ved sygelige fund, komplikationer eller mistanke herom.

Endelig fremgår det også, at Jordemoderen har pligt til at afvise at udføre en ordineret behandling, hvis denne efter jordemoderens faglige vurdering ikke er forsvarlig.

Det forudsættes således, at jordemoderen indgår i et komplekst samarbejde med lægen under den komplekse og komplicerede fødsel, hvor jordemoderen fortsat har selvstændigt ansvar i forhold til at afvise en ordineret behandling.

I forhold til tilstedeværelse anbefales det, at den fødende har kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson (ex. s 24). Denne ordlyd er sikkert valgt, idet den referer til international litteratur, hvor man organiserer sig på meget forskellig vis. I Danmark er det jordemoderen, der vil være den sundhedsperson, der refereres til, hvorfor det vil være mere korrekt at skrive dette. Det kan være

problematisk at anføre, at det også kan være en jordemoderstuderende, idet der knytter sig et juridisk ansvar til dette, som en jordemoderstuderende uden autorisation ikke besidder.

På side 25 fremgår det, at der vil være en del fødsler, som foregår i tæt samarbejde mellem jordemoder og læge med mulighed for gensidig faglig sparring og læring. Vi anerkender, at dette er et væsentligt anliggende, men det bør også nævnes, at der tillige vil være en del fødsler, der alene varetages af jordemoderen. Dermed tilskrives det normale, ukomplicerede forløb også en plads, og vægtningen af det normale, det komplekse og det kompliceret vil få en større ligeværdighed.

For at kunne være autoriseret sundhedsperson kræves, at man udviser omhu og samvittighedsfuldhed i sit virke, med en pligt til at holde sine kompetencer ved lige og følge udviklingen for sit fag. Dette gør sig gældende, uanset hvilket sundhedsfag man tilhører. Dette beskrives også indledningsvist, alligevel synes der at være et særskilt stærkt fokus på, at netop jordemoderen har denne pligt. Vi finder, at dette er unødvendigt, idet det ligger under forudsætningen, og er beskrevet generelt.

I forhold til hjemmefødsel beskrives det ad flere omgange, at fødslen assisteres af en jordemoder, såfremt den gravide ønsker dette. Vi støtter naturligvis, at kvindens valg - truffet på et informeret grundlag - skal imødekommes, uanset hvor kvinden vælger at føde henne. Idet dette dokumentets formål er at tilvejebringe anbefalinger for fødested, er det vores håb, at Sundhedsstyrelsen vil anbefale, at jordemoderen bistår ved fødslen i hjemmet. Vi mener, at dette også bør fremgå af teksten.

Bedst mulig udnyttelse af ressourcerne – både økonomisk og sundhedsfagligt

Dokumentet italesætter, at man skal nedbringe risikoen for komplikationer. Til dette hører også, at man skal undgå unødige indgreb. Internationalt tales om 'to much, to soon' eller 'to little, to late'. Vi finder, at det er bydende nødvendigt at handle rettidigt, hvilket også indbefatter, at man stiler mod at nedbringe unødige indgreb. Netop derfor er det også nødvendigt, at man italesætter indgrebsfrekvensen ved de forskellige scenarier tydeligt.

Den bedst mulige udnyttelse af de faglige ressourcer er også at betydnings i denne sammenhæng. Vi er ikke bekendte med, at der er fødegange i Danmark, der har ansat sygeplejersker i til at indgå i fødegangsarbejdet. De funktioner, som sygeplejersker vil kunne varetage på fødegangen, vil være tilsvarende social- og sundhedsassistenternes.

Privatpraktiserende jordemødre

Enkelte jordemødre varetager fødsler som privatpraktiserende jordemødre. Dette kan enten være i form egen klink, i en fælles klinisk løsning, som private hjemmefødselsjordemødre eller i en mere samlet hjemmefødselsordning, hvor hver jordemoder arbejder som selvstændig. Bortset fra de private ordninger, hvor der er indgået samarbejdsaftale med Region Sjælland, er de privatpraktiserendes jordemødres arbejde blandt andet karakteriseret ved, at det er brugerbetalt og udenfor regionalt regi.

De privatpraktiserende jordemødre arbejder derfor naturligvis ud fra deres selvstændige virksomhedsområde, og er – idet de ikke er regionalt ansat – ikke underlagt de forskellige fødesteders vejledninger. Da forskellige fødesteder kan have forskellige vejledninger selv inde for samme region, vil det også være vanskeligt.

Det vil, tilsvarende andre sundhedsområder, hvor sundhedsfaglige arbejder selvstændigt som

privatpraktiserende, udgøre et bedre grundlag, at man arbejder ud fra fælles faglige standarder, fremfor regionale vejledninger, der kan tage sig forskelligt ud.

Af side 33 fremgår, at det er vigtigt med et veletableret samarbejde mellem de privatpraktiserende jordemødre og de regionale fødeafdelinger. Det fremgår samtidigt, at det kan være en fordel at etablere kortere fokuserede ophold på en fødeafdeling. Det er ud fra denne formulering vanskeligt at vurdere, hvilket omfang dette tænkes at have, og dermed hvilke konsekvenser, det vil få for den enkelte privatpraktiserende. Der ligger dog en del ansættelsesretlige aspekter i dette (hvordan sikrer man sig ansættelse, hvad hvis fødestedet ikke kan tilbyde ansættelse, hvem skal varetage ens virksomhed i denne periode man er tilknyttet hospital osv.) som alene gør, at dette synes meget vanskeligt at gennemføre. Tillige har vi ikke kendskab til, at man inden for andre sundhedsfaglige områder har lignende beskrivelser. Vil det fx synes rimeligt, at man pålægger en privatpraktiserende gynækolog, at vedkommende med jævne mellemrum skulle tage ophold på en specialafdeling for at holde sine kompetencer ved lige? Vi foreslår, at man i stedet skuer til Hjemmefødselsordningen Sjælland, hvor man har etableret et velfungerende samarbejde med regionens sygehuse mhp. obstetrisk færdighedstræning, træning i akutte forløb mv.

Geografiske forskelle

Danmark har – trods sin lille størrelse – geografiske forskelle, der gør, at man må organisere sig forskelligt i de forskellige områder af landet.

På side 16 beskrives, hvordan en sjælden, men meget akut tilstand kræver lægefaglig behandling, og at afstanden ved overflytning fra hjem til hospitalet kan medvirke til et negativt udfald – dette står i skærende kontrast til andre steder i dokumentet, hvor det anbefales at have større hospitaler med hovedfunktioner indenfor alle specialer, hvilket vil betyde færre fødesteder og længere afstande til fødestedet. Det kan undre, at denne afstand kun nævnes, når det er en overflytning fra en planlagt fødsel udenfor hospital, hvor kvinden og barnet assisteres af en jordemoder og evt lægeambulance, men ikke for de kvinder, der kan opleve akutte tilstande med lang afstand til hospitalet (som planlægger hospitalsfødsel og som derfor ikke har assistance af en jordemoder i situationen). Endvidere bør dette udsagn assisteres af en reference. Der er endvidere publiceret litteratur om øget risiko for at blive født før ankomst til hospitalet (Born before arrival)

Overflytning

Vi konstaterer med glæde, at det nordiske videnskabelige studie om overflytning ved hjemmefødsler har fået større plads, end det havde i den tidligere udgave. Dette er glædeligt, da det jo netop indeholder data fra en stor population af danske fødende.

Overflytning italesættes ud fra en risiko-terminologi. Og med rette er der også overflytninger, der foretages under livstruende omstændigheder. Disse er dog bare heldigvis sjældent forekommende, hvilket også præciseres med tal i materialet ud fra det nordiske studie. Det bør dog samtidig nævnes, at det kun er ganske få af de hasteoverflytningerne, der reelt kræver akut handling ved ankomst til fødested.

Langt de fleste overflytninger foregår dog ikke som hasteoverflytninger, hvilket rettelig også bør italesættes – især i patientinformationen.

Nationale registre lader sig vanskeligt anvende i denne sammenhæng, da en række registreringsmæssige udfordringer gør, at data ikke er tilstrækkelig valide. Desværre vanskeliggør den nuværende pandemi

yderligere, at man får valide data, idet der har været lukket for muligheden for hjemmefødsler i de fleste regioner i en længere periode over foråret.

Vi kan derfor kun understøtte, at en korrekt registrering prioriteres, og at datatilgang i de relevante registre prioriteres.

I forhold til overflytning pointeres nødvendigheden af at vurdere de afstandsmæssige forhold. Afstand til sygehus er et meget subjektivt mål – og svært helt at gøre operationelt. For afstand i myldretid i hovedstaden kan være væsentligt længere i tid, end afstand til sygehus i et lokalområde, om end kilometerafstanden er større.

Vi har – også i vores høringssvar til sidste udkast – pointeret, at det forhold, at kvinder med planlagt fødsel på hospital kan risikere at blive omvisiteret under fødslen til andet fødested end det, de var indskrevet til, bør adresseres, tilsvarende risikoen for overflytning under hjemme/klinikfødsel. Det var et problem, der pågik under perioden til det førstehøringsudkast, og det er desværre et problem, der stadig persisterer og synes at fortsætte med at ville gøre det.

Vi finder dette meget problematisk, da disse kvinder, modsat kvinder med planlagt hjemme/klinikfødsel, ikke regner med denne form for overflytning. Da det er et forholdsvis nyt fænomen i Danmark, er det ikke undersøgt videnskabeligt, men klinisk erfaring viser, at det er stærkt traumatiserende for en del af disse kvinder. Og skal man italesætte en risikoterminologi, må den være målrettet også dette område, tilsvarende de hjemme/klinikfødsler, der overflyttes under fødsel.

Kvindernes juridiske rettigheder mv.

Kvindernes juridiske rettigheder fremstår noget fragmenteret, berørt let flere steder i dokumentet. Man kunne med fordel lave et indledende afsnit, der samler aspekterne op vedrørende kvindernes juridiske rettigheder, valg og krav til information. Dette vil også være relevant at få indført i forhold til, hvordan man mest optimalt organiserer sig i de tilfælde, hvor kvinder ønsker at føde et andet sted, end det, som obstetrikere og jordemoderer anbefaler.

Jordemoderforeningen står naturligvis til rådighed, hvis der skulle være brug for at uddybe aspekter i høringssvaret.

Med venlig hilsen

Lis Munk, formand for Jordemoderforeningen