

Hørings svar fra Jordemødrene ved Roskilde Fødekl i n i Region Sjælland

Vi takker igen for muligheden for at afgive hørings svar - nu til version 2.0 af SSTs "Anbefalinger til organisering af fødeområdet"

Snarere end en kronologisk og tekstnær og gennemgang af anbefalingerne, vil vi fra Roskilde Fødekl i n kommentere på nogle af de temaer, som vi har fundet problematiske under læsningen af 2. Høringsudkast

Øget transparens

Vi bemærker indledningsvist, at SST har forsøgt at skabe større transparens i tilblivelsen af 2. høringsudkast. Det er delvist lykkedes. Således er det nu blevet muligt, at se, hvem arbejdsgruppen består af, hvilke fagligheder, de repræsenterer og hvilken litteratur, man har brugt som underlag for anbefalingerne. Det øger tilliden. Tak for det.

Der er dog stadig en del uklarheder omkring tilblivelsesprocessen.

Fokuseret litteratursøgning kan også virke som skyklapper

F.eks i afsnittet om litteratursøgning, hvor der står, at man har brugt søgeordene *perinatale komplikationer* og *fødested*. Et så snævert fokus på just fødestedets betydning for perinatale komplikationer hos barnet, virker anstrengt og ufornuftigt og risikerer ligesom skyklapper at begrænse det fulde overblik over en divers, omfattende og relevant litteratur om "organiseringen af fødeområdet".

For "fødeområdet" i sin helhed - også de perinatale komplikationer, er jo ikke blot defineret af *hvor*, man føder men også af andre og vigtigere variable - f.eks af *med hvem* man føder.

Kendt jordemoder?

Forekomst af komplikationer (ikke mindst for kvinderne), er i høj grad afhængig af om hun følges af og føder med en kendt jordemoder. Derfor er det skuffende, at "caseload" eller kendt jordemoderordninger, kun står nævnt i forbifarten og kun anses relevante i forbindelse med oprettelsen af hospitalernes hjemmefødselsordninger. Anbefalingernes underbelysning af sikkerheds- og sundhedsfordelene ved at føde med "kendt jordemoder" er ikke overraskende med den anvendte "fokuserede" søgning.

Havde man haft "caseload" og "continuity of carer" med som søgeord, så ville man have fundet omfattende litteratur, som dokumenterer effektiviteten og kvaliteten af en organisering af fødeområdet med decentraliseret, jordemoderdrevet fødselshjælp med kendte jordemødre. Kendte jordemødre mindsker kvinders risiko for unødvendige fødsel indgreb-vel at mærke uden at kompromittere børnenes sikkerhed.

Således viser dette [Cochrane review](#), at gravide, som følges af kendte jordemødre har:

- 7 gange større sandsynlighed for at føde med en jordemoder hun kender
- 16% mindre risiko for at miste sin baby under graviditeten
- 19% mindre risiko for at miste sin baby før 24 uger
- 15% mindre risiko for at få epidural blokade
- 24% mindre risiko for at føde for tidligt
- 16% mindre risiko for at få et klip i mellemkødet

Hvis Sundhedsstyrelsen og den offentlige fødselshjælp virkelig interesserede sig for *sikkerheden* - både kvindernes og børnenes - ja så havde vi for længst haft en "organisering

af fødeområdet” med kendte jordemødre til ALLE. Faktisk anser vi det for etisk problematisk, at vi ikke tilbyder denne form for jordemoderomsorg til *alle* - syge som raske - helbredsfordelene taget i betragtning - ikke mindst de psykiske. Se venligst referencer 1-7 i fodnoter¹ om Continuity of Care

Selektiv udvælgelse af (dele af) Birth Place Study til information af førstegangs fødende

Det er endvidere uklart beskrevet i metodeafsnittet, hvordan man i litteraturudvælgelsen kommer fra indsnævringen til 8 studier og videre ned til de 4. Og endelig er det *helt* uforståeligt, hvorfor man ud af de fire valgte studier, næsten udelukkende benytter sig af Birth Place Study, det eneste, der viser en minimal forøget risiko for børn af nullipara, når nu de tre andre og meget større studier, (anbefalingernes 5,6,7) ikke kan påvise nogen forskel i perinatale komplikationer for børn af velvisiterede førstegangs fødende, hvad enten de fødes på eller udenfor hospitalet. Det virker på os, som om man har udvalgt netop den evidens, der understøtter de allerede tydeligt kritiske out-of-hospital-birth-toner fra første udkast.

Fælles for 1. Og 2. udkast til anbefalingerne er et insisterende fokus på Birth Place Study*s sammensatte fund af sjældne risici for børn af førstegangs fødende. Vi vil derfor også i store træk gentage vores bemærkninger fra sidste høringssvar angående anbefalingernes selektive brug af Birth place Study.

Udover den minimalt forhøjede risiko for komplikationer for børn af førstegangs hjemmefødende, viser studiet også en markant *øget* patientsikkerhed (defineret som fraværet af komplikationer og sundhedsskadelige indgreb) for de kvinder, som planlægger at føde hjemme eller på en lille jordemoderledet klinik. Denne øgede sikkerhed for de hjemmefødende kvinder forekommer underbelyst i SSTs anbefalinger. Birth Place Study's egen registrering af komplikationer og indgrebsfrekvenser viser ellers, at en rask flergangsfødende på hospitalet i forhold til hjemme:

- fordobler sin risiko for større transfusionskrævende blødning,
- firedobler sin risiko for sugekop eller tang,
- femdobler sin risiko for kejsersnit,
- firedobler risikoen for epiduralblokade - uden sikkerhedsmæssig fordel for barnet.

Sundheds- og sikkerheds gevinsterne ved raske kvinders planlagte fødsler uden for 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 de mest almindelige komplikationer og fødselsindgreb!

¹ [Homer, CS, Friberg, IK, Dias, MA et al. "The projected effect of scaling up midwifery". Lancet. 2014;384: 1146–1157](#)

² [Renfrew, MJ, McFadden, A, Bastos, MH et al. "Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care". Lancet. 2014; 384: 1129–1145](#)

³ UNFPA ICM, WHO: "The state of the world's midwifery 2014: A universal pathway. A women's right to health". 2014, New York: United Nations Population Fund

⁴ 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

⁵ [Ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J et al \(2014\). "Improvement of maternal and newborn health through midwifery". Lancet. 2014;384: 1226-35](#)

⁶ [Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti M, Hall B, White J, Lainchbury A, Stapleton H, Beckmann M, Bisits A, Homer C, Foureur M, Welsh A, Kildea S: "Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomized controlled trial". Lancet 2013;382:1723–1732.](#)

⁷ [Filby A, McConville F, Portela A \(2016\) "What Prevents Quality Midwifery Care? A Systematic Mapping of Barriers in Low and Middle Income Countries from the Provider Perspective". PLoS ONE.11\(5\)](#)

2020 International Year of the Nurse and Midwife

Jordemødre spiller en stor rolle i forhold til at bremse den overmedikalisering af fødslerne, som lige nu er den største trussel for fødselssikkerheden i vores del af verden (Lancet series, WHO)

Jordemødre redder og forbedrer kvinders og familiers liv over hele kloden - også i DK. Det er blandt andet i anerkendelse af dette faktum, at verdenssundhedsorganisationen, WHO, har udnævnt 2020 til jordemødrenes år.

I stærk kontrast til WHO's anerkendelse af jordemødres livreddende og sundhedsfremmende potentiale for familierne, står anbefalingernes ringeagt over for jordemødres faglighed. Denne kommer til udtryk på en lang række punkter:

- F.eks anbefales det, at Sygehusenes inhouse klinikker fagligt og ledelsesmæssigt bør høre sammen med fødeafdelingen, og at *“der bør sikres fælles ledelse og faglige retningslinjer med fødeafdelingen”*
- Her som i første udkast forudsættes det (helt i strid med forskningen) at fødegangens lægeskrevne retningslinjer er gylden standard og garanti for patientsikkerheden og derfor også skal regulere jordemødres omsorg for raske normalfødende Til trods for at disse retningslinjers stramme tidsgrænser og profylaktiske tiltag er det, som medfører den veldokumenterede overhyppighed af sundhedsskadelige indgreb og altså decideret *mindsker* sikkerheden for de raske kvinder, som planlægger en hospitalsfødsel.
- Læger og hospitaler bør ikke skrive “retningslinjer” om jordemødres omsorg for den normale graviditet, fødsel og barsel. Jordemødres omsorg er allerede reguleret af gældende lovgivning med jordemødres autorisation og cirkulære om jordemødres selvstændige virksomhed. Den falder således helt uden for fødselslægernes kompetence. Så herfra skal lyde et nej tak til fælles retningslinjer, og et ja tak til et arbejde med fælles faglige standarder. Der er flere veje til høj kvalitet.
- Desuden gennemsyrrer det rapporten at jordemødre skal team trænes og testes på deres faglighed - og særligt hvis de arbejder uden for sygehus. Og ja, alle fagfolk skal trænes og udvikle og vedligeholde sine færdigheder - ikke kun jordemødre der arbejder uden for hospital.
- Den samme ringeagt for jordemødres kompetence og autonomi kommer også til udtryk andre steder i anbefalingerne. Feks nævnes det, at "en sundhedfaglig person" med fordel kan bistå kvinden under aktiv fødsel. Hvilken anden faggruppe skulle det være? En Sosu? En doula? Eller måske en læge? Vi mener faktisk (ligesom WHO), at jordemødres faglighed - inde på som udenfor hospitalerne - har betydning for fødende og familier!

Primær sektoren og forebyggelse - hvor blev den af?

Baggrundsafsnittet er et langt afsnit hvor alt, der er gået godt fejres behørigt. Det er også i orden at være stolt af opnåede resultater. Men også vigtigt at anerkende, hvilke er sket på grund af egne meritter og hvilke vi kan tilskrive en høj folkesundhed generelt. Men det er vigtigt ikke at hvile på laurbærrene og det som savnes i baggrundsafsnittet er den manglende forebyggelse, jordemoderkonsultationerne, fødselsforberedelse, etc. Fødselssamtale i primærsektoren er nærmest forsvundet og det faktum, at vi har fået flere gravide med komplekse problemstillinger og særlig sårbarhed nævnes heller ikke.

Avanti! Og gerne med jordemødre og de fødende i front, som det anbefales i Better Births Rapporten, et smukt eksempel til inspiration for fremtidige høringsudkast. Vi skal nok nå frem

Centraliseret stordrift er usmidig og kostbar

“Kendthed” som forebyggelse og sundhedsfremme vurderes for omkostningsfuldt i den centraliserede fødselshjælps budgetter og bliver derfor næsten altid nedprioriteret til fordel for de efterfølgende speciallægeindgreb, som er en sikker konsekvens af fraværet af førstnævnte .

Det er tilsyneladende kun de små selvstændige fødetilbud som Hjemmefødselsordningen HOS og Region Sjællands jordemoderdrevne klinikker, som konsistent “har råd til” kendt jordemoder og grundig fødselsforberedelse. Derfor nedsætter disse ordninger frekvensen af fødselsindgreb og dermed også udgifterne til komplikationer og speciallæger.

Region Sjælland honorerer de private jordemoderledede fødeklinikker ca 22.000 kr for en fødsel + 10 timers fødselsforberedelse + 8-11 jordemoderkonsultationer a 60 minutters varighed med familiens 2 kendte klinik- eller hjemmefødselsjordemødre + 1-2 opfølgende barselsbesøg (ammehjælp og PKU) i hjemmet.

Dette beløb er 10% mindre end hvad Regionen betaler hospitalernes specialafdelinger for en ukompliceret, indgrebsfri andengangsfødsel. Vel og mærke eksklusive de 5 jordemoderkonsultationer a 15-20 minutters varighed , man har vurderet tilstrækkelige i den offentlige fødselshjælp. Disse er *ikke* inkluderet i den DRG takst som en normal hospitalsfødsel honoreres efter og det er fødselsforberedelsen heller ikke.

Omkostningerne til forebyggelse med kendt jordemødre skal holdes op imod fødselshjælps omkostninger til de ekstra epiduralblokader, kopforløsninger, vestimuleringer, kejsersnit, blødninger og indlæggelser, som al forskning viser, følger med raske kvinders valg af hospitalet som fødested, blandt andet på grund af ovenstående bortprioritering af jordemødres forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

Nærhed og lige adgang

SST er i dette udkast til anbefalinger meget entusiastiske fortalere for fortsat centralisering og konsolidering af de store specialafdelinger. Denne centralisering udvander primærsektoren, hvor de gravide og familier med færrest ressourcer har nemmest adgang. Anbefalingerne harmonerer overhovedet ikke ikke med resultaterne fra SSTs egne [rapporter om social ulighed](#) i sundhed og sikrer således ikke den borgernære adgang

Patientrettigheder

SST skriver at information skal gives efter sundhedsloven [paragraf 16](#) men rapportens eget afsnit om information om fødested overholder ikke sundhedsloven

Hvad er Kvalitet - Region Sjælland?

Når man nu taler så meget om best practice - hvorfor så ikke fremhæve erfaringer fra Region Sjælland?

Vi er et lille land, med få regioner, uden de helt store forskelle i sammensætningen af gravide og fødende. Én af disse regioner,- Region Sjælland - er via organiseringen af svangreomsorgen her lykkedes med at skabe:

- Rige valgmuligheder, for den enkelte fødende/familie. Udover hospitaler har regionens borgere mulighed for at benytte sig af selvstændige jordemødres tilbud om hjemmefødsler gennem hjemmefødselsordningen Sjælland og klinikfødsler på en af tre selvstændige, jordemøderdrevne klinikker. Såvel brugerne af hospitalerne, hjemmefødselsordningen og de private klinikker giver udtryk for stor tilfredshed med det privat-offentlige samarbejde.
- Færre overflytninger end ved lignende hjemmefødselsordninger med jordemødre udkørende fra hospital. (Simpelt og ligetil,- øget erfaring, giver øget kvalitet. Specialiserer man sig i hjemme/klinik fødsler, øges ens kompetencer selvfølgelig indenfor dette område) Endnu en anvendelse af "øvelse gør mester" princippet
- Færre indgreb for kvinderne der vælger disse tilbud, sammenlignet med hospitalsfødende.
- Jordemødre med mindre grad af udbrændthed, stor fastholdelse i jobbet, øget arbejdsglæde. I modsætning til de 5-6 år en (dyr) færdiguddannet jordemoder i gennemsnit holder i faget.
- Leveringsrobusthed - som den eneste region lykkedes det Region Sjælland at opretholde samtlige fødselstilbud, da man i de 4 øvrige regioner måtte lukke ned for fx hjemmefødsler under 1. Bølge af Covid 19. På trods af at baggrunden for at fratage kvinderne disse rettigheder (heldigvis) udeblev. Det var muligt, også i de øvrige regioner at fastholde et fuldt raskt beredskab på fødegangene. I flere lande (Italien, Sverige, England, Tyskland, USA og Holland) gjorde man ekstraordinære tiltag for at få de fødende ud af hospitalet. Som det er set før under epidemier, og som er informeret af et kendt infektionshygiejnisk princip: hold de raske væk fra hospitalerne!
- Godt samarbejde mellem de private tilbud og den offentlige fødselshjælp, med tværfaglig sparring, deltagelse i skills træning m.m.

Organiseringen af fødselshjælpen i Region Sjælland står som et jordemoderfagligt og obstetrisk fyrtårn og fremviser flotte tal og resultater gang på gang. (se hjemmefødselsordningens statistik, som vi ved også er indsendt). Hvorfor forholder SST sig ikke til det og anbefaler udbredelse af denne brugernære og velfungerende organisering???

I modsætning hertil står Centralisering af fødslerne

Centralisering af en normal livsproces, som fødsler, reducerer borgernære sundhedstilbud og det øger risikoen for merforbrug grundet medikalisering af normalt tilstande. Da man nedlagde de borgernære små sygehuse var præmissen at børnene havde dårligere udfald på de små fødesteder - men det ikke holder vand som en [dansk læge har undersøgt og publiceret i ugeskrift for læger](#)

Norske og svenske og amerikanske studier fortæller også om øget mortalitet og morbiditet - dels som følge af flere transportfødsler på vejen til de store hospitaler, som er "centraliseret" alt for lang væk fra de familier som skal bruge deres tjenester og dels som følge af mindre eller helt manglende opfølgning i graviditeten.

Opsummerende

SSTs anbefalinger til organiseringen af fødeområdet 2.0 fremstår i alt væsentligt som om de skal understøtte den centraliserede fødselshjælp som den er - ikke reformere den.

Den efterspurgte "kvindecenering" er erstattet "centralisering"

"Individualisering" erstattet af "standardisering"

og "kvalitet" er erstattet af "effektivitet".

Inspiration til det videre arbejde

Tredje gang er lykkens gang. Se grundigt med i nedenstående rapport, [Better Births](#) og lad jer inspirere til den omkalfatring af fødeområdet, som er nødvendig, hvis sundheden for mødre, børn og familier skal prioriteres, som de fortjener.

Vi har vedhæftet et [appendix med familiers beretninger](#) om, hvad en kendt jordemoder har betydet for dem. Snyd ikke jer selv for deres bevægende fortællinger.

“VISION

Every woman, every pregnancy, every baby and every family is different. Therefore, quality services (by which we mean safe, clinically effective and providing a good experience) must be personalised.

Our vision for maternity services across England is for them to become safer, more personalised, kinder, professional and more family friendly; where every woman has access to information to enable her to make decisions about her care; and where she and her baby can access support that is centred around their individual needs and circumstances.

And for all staff to be supported to deliver care which is women centred, working in high performing teams, in organisations which are well led and in cultures which promote innovation, continuous learning, and break down organisational and professional boundaries."

.....

How to realize this vision:

- 1. Personalised care, centred on the woman, her baby and her family, based around their needs and their decisions, where they have genuine choice, informed by unbiased information.*
- 2. Continuity of carer, to ensure safe care based on a relationship of mutual trust and respect in line with the woman's decisions.*
- 3. Safer care, with professionals working together across boundaries to ensure rapid referral, and access to the right care in the right place; leadership for a safety culture within and across organisations; and investigation, honesty and learning when things go wrong.*
- 4. Better postnatal and perinatal mental health care, to address the historic underfunding and provision in these two vital areas, which can have a significant impact on the life chances and wellbeing of the woman, baby and family.*
- 5. Multi-professional working, breaking down barriers between midwives, obstetricians and other professionals to deliver safe and personalised care for women and their babies.*
- 6. Working across boundaries to provide and commission maternity services to support personalisation, safety and choice, with access to specialist care whenever needed.*
- 7. A payment system that fairly and adequately compensates providers for delivering high quality care to all women efficiently, while supporting commissioners to commission for personalisation, safety and choice."*

God arbejdslyst og Kærlig Hilsen fra

Jordemødre og direktører for Roskilde Fødeklínik
Ulricce, Lea, Iben og Jacqueline