

Høring over Sundhedsstyrelsens rapport "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet"

Efter grundig gennemlæsning af rapporten fremstår det tydeligt, at nærværende rapport anbefaler en væsentligt opgør med den nuværende organiseringen af fødselshjælpen særligt når det gælder kvinders valg af fødested, et opgør med visitation i primær sektoren, forebyggelse og fødselshjælp i primærsektoren og ledelse af jordemoderens selvstændige virksomhedsområde. Derudover er anbefalingerne funderet på et uacceptabelt og ikke videnskabeligt fagligt grundlag.

Herunder opmærksomhedspunkter fra gennemlæsning af rapporten:

Dette er den 2. høring af rapporten, i forbindelse med den første høring modtog Sundhedsstyrelsen et stort antal høringssvar med mange overlappende konstruktive kritikpunkter. Det er bekymrende at styrelsen i så begrænset grad har taget høringssvarene til efterretning og implementeret dem i nærværende rapport.

Det er positivt at styrelsen har ændret titlen på rapporten – det er dog stadig svært at se hvad organisering dækker over, det meste af rapporten handler om valg af fødested, der er sporadisk beskrivelse af jordemoderstøtte under fødslen (i forbindelse med hospitalsfødsler), men fx organisering af selve patientforløbet ses ikke af rapporten. Det er dermed ikke tydeligt hvad styrelsen mener med organisering.

De opsummerende resume-bokse i rapporten er ikke systematisk udarbejdet og en del af anbefalingerne er ikke lavet på baggrund af evidens (primært når det handler om fødsler udenfor hospitalet). Da resume-boksens indhold heller ikke er kondenseret bibringer de ikke et fagligt overblik hvilket formentlig var hensigten. Resume boksene bør fjernes.

Udover at anbefalingerne for fødsler udenfor hospitalet ikke er baseret på evidens er anbefalingerne ikke balanceret og retorikken uacceptabel, se fx tekstnære eksempler fra resumeboksene herunder:

- Kvinder der føder på hospital kan med fordel sikres kontinuerlig støtte under fødslen denne anbefaling fremgår ikke ved fødsel udenfor hospitalet
- Anbefalingerne ved fødsel på hospital benytter en ordlyd som "der kan *med fordel...*", "bør det *være muligt* at få assistance...", "Bør *understøtte* samarbejdet...", "tilbydes den gravide...." Modsat ændres ordlyden når det handler om fødsler udenfor hospital til "Det bør *kun* være gravide", "Der bør sikres *faste* rammer...", "Der bør udarbejdes *klare* aftaler..." retorikken sikre ikke en balanceret formidling.

Baggrundsaftsnittet i rapporten er langt og der er flere gentagelser i afsnittet, der benyttes primært egne policy dokumenter og erfaringsbaseret viden der ikke fremstilles retorisk balanceret. Baggrundsaftsnittet beskriver udviklingen i svangreomsorgen meget positiv hvilket der også er god grund til på flere punkter. Men det nævnes ikke i afsnittet, at der også er steder hvor udviklingen ikke har været positiv fx mere sygefravær hos de gravide, flere med mentale udfordringer, flere med komplekse sygdomme, mere ulighed i sundhed, manglende fødselsforberedelse, færre forebyggende konsultationer, manglende opfølgning på fødselsoplevelse – mange forhold der kan forebygges hvis forebyggelse og sundhedsfremme i primærsektoren prioriteres i svangreomsorgen. Fremstillingen i baggrundsaftsnittet er faglig uacceptabel og ikke balanceret.

Det er positivt at formålet med anbefalingerne beskrevet i afsnit 1.2 er, at mor og barn kommer igennem fødslen med bedst mulig sundhedstilstand, at komplikationer minimeres under og efter fødslen og at der

sikres en god fødselsoplevelse – det stemmer overens med anbefalingerne fra svangreomsorgen og de internationale WHO anbefalinger om at sikre bedst mulige sundhedstilstand og en god fødselsoplevelse. Det var i øvrigt et enigt folketinget der i 2015 vedtog at alle kvinder skal sikres en god fødselsoplevelse i forbindelse med udmøntning af midler på finansloven til fødeområdet. Der er dermed enighed om at vi i svangreomsorgen arbejder med både/og retorik og ikke enten/eller.

Det er derfor særdeles tankevækkende at der kun er lavet PICO spørgsmål til en meget begrænset del af formålet nemlig på perinatale komplikationer for mor og barn og at denne lille del fylder størstedelen af rapporten mens de øvrige forhold som mors helbred, komplikationer samt god fødselsoplevelse slet ikke nævnes eller nævnes begrænset. Det betyder at litteraturgrundlaget for anbefalingerne end ikke er tilstrækkeligt til at opfylde rapportens eget formål.

På side 13 beskrives at der med anbefalingerne skal skabes en fælles ramme for organiseringen på fødeområdet og de forskellige "fødetilbud" i Danmark. Det fremgår ikke hvad "fødetilbud" og "fælles ramme" dækker over.

Ligeledes bør styrelsen være opmærksom på, at det ikke altid er ens tilbud eller en fælles ramme der kan sikre den bedst mulige faglighed og kvalitet. Både geografiske forskelligheder og ulighed i sundhed kræver ofte fleksible rammer og uens tilbud hvis der skal sikres en faglig kvalitet i sundhedsydelser og ulighed i sundhed reduceres.

På side 13 beskrives at anbefalingerne skal skabe en national ramme for indholdet af den information der skal gives til de gravide om valg af fødested. Hvis det er meningen skal der ske en væsentlig gennemskrivning af rapporten og der skal lavet en dækkende litteratursøgning så anbefalingerne kan tage udgangspunkt i et stærkere fagligt grundlag ligesom rapportens retorisk udtryk skal fremstå balanceret.

Afsnittet med lovgrundlag på side 13 bør revideres og der bør gøres klart hvilke rettigheder kvinderne har i forbindelse med fødsler, herunder valg af fødested. Det fremgår ikke tydeligt og det sker flere steder i rapporten at der fremstilles anbefalinger som kommer til at fremstå paternalistiske når man kender til lovgrundlaget og kvinders rettigheder i forbindelse med valg af fødested.

Kvinders rettigheder nævnes i få linjer sidst i rapporten, det bør i stedet præsenteres tidligt i rapporten i et selvstændigt kapitel med beskrivelse af både konventionsrettigheder og de nationale juridiske rettigheder. Kvinder der vælger at føde udenfor hospital bliver ofte stillet til ansvar for deres valg på en negativ og fordømmende måde i samfundet – desværre også af fagprofessionelle.

De to afsnit 1.4 og 1.5 om proces og tilblivelse og fagligt grundlag er ikke transparent beskrevet som forventet af en national faglig rapport. Endvidere beskrives det i rapporten, at der er lavet en systematisk litteratursøgning og anbefalingerne er lavet på baggrund af denne. Det bliver dog tydeligt ved gennemlæsning af rapporten at processen udover at benytte et snævret pico-spørgsmål ikke har været systematisk – fx inddrages andre studier efter endt litteratursøgning, hvilket må tyde på at litteratursøgningen ikke har været lavet tilfredsstillende fra begyndelsen. Pico-spørgsmålet dækker perinatale komplikationer for barnet og mor – de af kvinden synes dog at blive nedtonet eller glemt i formidlingen – særligt når de falder ud som fordel ved fødsel udenfor hospital.

Det er også forundrende, at der beskrives et ønske om "store, veltilrettelagt RCT undersøgelser" i det vi ved at undersøgelser af sjældne udfald (perinatale komplikationer) sjældent lade sig gøre i RCT undersøgelser grundet sjældne forhold ofte præsenterer sig i fluktuation hvilket udfordre grundpræmissen om tilfældig allokation i et længerevarende studie som er nødvendigt når der undersøges sjældne udfald.

Det bliver også tydeligt at der har manglet fagkendskab til den videnskabelige ramme om emnet fødested eller at de fageksperter der har været konsulteret i processen ikke har været inddraget tilstrækkeligt. Når man undersøger fødestedslitteraturen er det afgørende at skelne mellem studier der undersøger fødsler

der er 1) visiteret, 2) er forestået af en uddannet jordemoder og 3) med et velfungerende transportsystem til overflytning. Disse tre kriterier er ikke benyttet som ramme for afdækning af litteraturen og det har afgørende betydning for det endelige resultat da det så kan være den ikke velfungerende overflytning der kommer til at tegne resultatet mere end det egentlige fødested. Det er bekymrende at man i rapporten ikke har benyttet dette princip.

I nærværende rapport bliver særligt et studie benyttet som grundlag for anbefalingerne. Studiet der primært benyttes i rapporten er det engelske birthplace studiet som er et veludført nationalt kohorte studie. Birthplace studiet fra England finder enslydende resultater på mortalitet for specialeafdeling på hospitalet og fødeklinik (lige dette resultat får ikke så meget opmærksomhed i rapporten) hvorimod studiet finder en højere risiko for mortalitet for hjemmefødsler. Da man normalt finder nogenlunde samme risiko for mortalitet og morbiditet ved hjemmefødsler og klinik fødsler (i denne rapport anbefales det også at klinikfødsler og hjemmefødsler betragtes ens) undre det selvfølgelig hvorfor man får den noget højere risiko ved hjemmefødsler i Birthplace studiet fra England. Det har man også undret sig over i England og det er også blevet nærmere undersøgt. I den bagvedliggende rapport for birthplace studiet beskrives den højere risiko ved hjemmefødsler ved bl.a. et ikke sufficient ambulanceberedskab i yderområderne af England. Netop et sufficient transportsystem ved overflytning er en af de kriterier der vægtes når der generelt vurderes litteratur om fødested da det er en selvstændig faktor for sikkerheden ved fødsler udenfor hospitalet. Det betyder at det ene studie som rapporten i overvejende grad benytter som baggrund for sine anbefalinger ikke opfylder de generelle videnskabelige kriterier for vurdering af sikkerhed ved fødsler udenfor hospital.

Den manglende brug af en systematisk tilgang til litteraturen og den manglende kendskab til hvordan sikkerhed ved fødsler udenfor hospital vurderes gør at de nuværende anbefalinger ikke tager udgangspunkt i bedst forelæggende evidens. Det er bekymrende da det ikke giver kvinderne (og fagprofessionelle) en fair vurdering af litteraturen.

Det beskrives i 1.5 under det faglig grundlag at der udvælges 8 studier – denne udvælgelse er ikke transparent det bør den være (der er studier som fravælges som opfylder de tre grundlæggende kriterier for vurdering af fødsler udenfor hospital) – efter udvælgelsen af de 8 studier kommer der en ubalanceret beskrivelse af studierne – udvælgelse af studierne, ekstraktion af resultaterne og den generelle beskrivelsen af studierne er ikke transparent ej heller systematisk.

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 rapporten hvor det anbefales at centraliserer fødestederne yderligere så alle hospitaler har hovedfunktioner indenfor alle specialer relateret til fødsler, hvilket vil betyde færre fødesteder og endnu længere afstande til hospitalet hvor størstedelen af de fødende kvinder vælger at føde. Afstanden til hospitalet har betydning for både de der vælger at planlægge deres fødsel på hospitalet og de der planlægger fødsel udenfor hospitalet. At det i rapporten tillægges betydning for den ene gruppe af kvinder er en urimelig fremstilling. Hvorfor nævnes denne afstand kun 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 planlægger fødsel på sygehus som oplever akutte tilstande med lang afstand til hospitalet (de har ikke assistance af en jordemoder i situationen).

Bemærk at når der benyttes sammensatte udfaldsmål så er ekstrapolation til klinisk praksis svær. Da et sammensat mål er en teoretisk størrelse.

Afsnit 1.5.2

Bør slettes eller gennemskrives på et fagligt litteratur grundlag pt indeholder afsnittet et lettere selektiv resume af det nordiske studie om overflytning. Her bliver det ikke tydeligt, at netop overflytningsprocenten

er afhængig af hvordan man **organiserer** fødsler udenfor hospital. Organiseres hjemmefødslerne fra klinik eller i selvstændig hjemmefødselsordningen er der en lavere overflytningsprocent end hvis den organiseres fra hospitalet og jvf litteraturen er der ikke forskel i negative udfald. Anbefalingerne i denne rapport peger på at organisering bør ske fra hospitalet – hvilket vil betyde flere unødige overflytninger. Dermed går denne anbefaling mod evidensen på området.

Afsnit 2

Der er en del gentagelser fra tidligere i rapporten og fra anbefalingerne fra svangreomsorgen. Det er fint at sundhedslovens § 16 nævnes – men det bliver svært at opfylde den hvis man skal følge nærværende rapport – da anbefalingerne her ikke bygger på bedst mulige evidens og kvinden valg af fødested bliver dermed illusorisk.

Kapitel 3

Der synes at være en manglende forståelse for hvordan svangreomsorgen er organiseret. Visitation sker i primær sektoren af egen læge og jordemoder (nuvel der er steder hvor man har valgt at gøre det anderledes og det kan man med rette spørge om det er hensigtsmæssigt). Som andre steder i sundhedsvæsenet er det en fordel at sikre visitation og forebyggelse og behandling af raske mennesker i primær sektoren ellers er der stor risiko for at der sker en overbehandling som ofte er en stor medvirkende faktor til ulighed i sundhed og et øget brug af ressourcer. Eller er det styrelsen mening af visitationen skal glide ud af primær sektoren (for nuværende hos lægepraksis og jordemoderpraksis) og over på obstetrisk afdeling? Det ville være en modsat prioritering af hvad der sker i det øvrige sundhedsvæsen.

Det synes at være en begrænset anerkendelse af, at jordemødre har eget selvstændigt virksomhedsområde og er uddannet specialister i at varetage den normale graviditet, fødsel, og barselsperioden selvstændigt, uanset fødested. Der er et meget stort fokus på, at jordemødres faglige kompetencer skal trænes særligt udenfor hospitalet mens det samme ikke gør sig gældende for andre faggrupper – det synes ubalanceret fremstillet særligt når både basis jordemoderen men også jordemoderlederens selvstændige virke udfordres i rapporten.

Der laves en lidt sporadisk og selektiv gennemgang af forskellige fagpersoner virksomhedsområde – for nogle faggrupper er beskrivelsen med flere gentagelser. Såfremt man ønsker det med i rapporten bør det gøres systematisk og uden gentagelser.

Midt i afsnittet om jordemoderen virksomhedsområde præsenteret en anbefaling om kontinuerligt jordemodertilstedeværelse under fødslen, denne strukturen synes lidt aparte. Samtidig nævnes det at denne kontinuerlige tilstedeværelse kan varetages af en jordemoderstuderende – en ikke autoriseret sundhedsperson – kan andre ikke uddannede personer også varetage denne funktion? Og hvordan står den studerende, jordemoderen og den fødende ved en eventuel patientskade? Styrelsen bør ikke foreslå at ikke-uddannede sundhedspersoner skal forestå omsorg og monitorering af kvinden og fødslen da det udfordre bl.a patientsikkerheden. Styrelsen benytter også ordet sundhedsperson – det bør udskiftes med jordemoder.

Det synes tankevækkende at styrelsen vil nedgraderer specialistkompetencerne ved graviditet, fødsel og barsel når det gælder jordemoderens opgaver. Den danske regering har i forbindelse med sygeplejerskernes og jordemødrenes år i 2020 underskrevet en aftale i WHO om netop at sikre flere og nemmere adgang til jordemoderfaglige ydelser da det medfører bedre og sikre patientforløb.

I afsnitte om kvalitetssikring og monitorering synes der at være en mindre prosa gennemgang af hensigtserklæringer – det kan undre når man tidligere har været meget optaget af bedst practice og deling af viden mellem regionerne. I denne rapport henvises der ikke til Region Sjællands organisering af

fødetilbud med flere forskellige slags fødesteder (universitetshospital, mindre hospitaler, klinikker og hjemmefødselsordninger) der sikre et reelt valgt for kvinderne. Ligeledes vidste det sig under den første del af pandemien (COVID19) at Region Sjællands organisering af fødsler var den mest robuste model idet Region Sjælland var den eneste region i Danmark der undlod at lukke for hjemmefødslerne – lukning af hjemmefødslerne skete i de 4 andre regioner. Netop community care (herunder hjemme og klinikfødsler) er anbefalet under epidemier/pandemier for at nedsætte smitte-risiko for både patienter og personale og sikre at hospitalskapaciteten udnyttes bedst muligt – det var læren fra SARS udbruddet i Toronto i 2003 og fra COVID19 pandemien i Bergamo i 2020.

Side 27

Det anbefales at klinikker er fagligt og ledelsesmæssigt en del af fødeafdelingen – den anbefaling går mod den viden der er på området. En tydelig opdeling sikre en skarpere visitation før og under fødslen – dette er læren fra England hvor man har en længere tradition med fødeklivninger (såvel in-house og free-standing).

Bilag 1 bør slettes – er tendentiøs der kan i stedet laves en litteratursøgning på fødeklivning der foreligger væsentlig evidens på området der kan kvalificerer det faglige niveau i rapporten.

Boksen med faglig kriterier bør slettes – disse kriterier kan ikke besluttes på overordnet organisationsniveau - i øvrigt er det ikke afstemt med bedste viden på området. En kvinde der er 5. gangsfødende med tidligere normale fødsler kan føde hjemme modsat en 5. gangsfødende med tidligere komplicerede fødsler som ikke bør anbefales at føde hjemme.

På side 34 beskrives i detaljer hvorledes jordemødre med forskellige ansættelsesforhold skal agerer ved en overflytning, om de kan være støtteperson ved en overflyttet fødsel – disse forhold bør aftales lokalt og ikke i et dokument fra styrelsen.

Prosa tekst om at det er nødvendigt at have et beredskab på fødeafdelinger for at kunne tage imod overflytninger virker overdimensioneret og problematiserende uden grund – idet der er 3 % hjemmefødsler i Danmark – størstedelen varetages i forvejen af jordemødre ansat i hospitalernes beredskab –teksten virker proportionsforvrængende det klæder ikke et fagligt dokument.

Eksempler på årsager til overflytning på side 35 bør slettes – det er forhold der ordnes lokalt, dels er der beskrevet uspecifikke kriterier (fx manglende fremgang uden egentlig definition) og de er endvidere ikke godtgjort med faglige referencer – boksen bør slettes.

På side 36 beskrives at man skal have enslydende retningslinjer for hjemmefødsler med de tilhørende sygehus afdelinger – det giver ikke mening da hjemmefødsler er visiterede normale fødsler og sygehuset har både normale og patologiske fødsler ligesom der er adgang til forskellige former for indgreb og smertelindring for kvinden med ukompliceret fødsel afhængig af hvilket fødested hun har valgt. Styrelsen må anderkende jordemoderens selvstændige virke og at hun lever op til de *faglige standarder* der er for hendes virksomhedsområde.

Under samme afsnit er der tekst der beskriver, at jordemødre der varetager hjemmefødsler skal sikre vedligeholdelse af viden – men det gælder ikke kun jordemoderen ved hjemmefødsler – det gælder alle fagfolk ved fødsler uanset fødested – bør være en generel tekst og ikke kun under hjemmefødsler og ved jordemødre.

Det beskrives at jordemødre der varetager fødsler udenfor hospital skal sikres rotation på hospitalet. Evidensen derimod viser at rotation synes mere relevant for hospitalsjordemødre se bl.a. Coddington et al. Seeing birth in a new light: The transformational effect of exposure to homebirth for hospital-based midwives publiceret i Midwifery

Det beskrives at man til hjemmefødsler skal kunne måle *objektive* mål for barnets tilstand – hvis der tænkes på, at der skal laves pH eller SBE er det ikke muligt til hjemmefødsler. Jordemoderen vurderer en Apgar score på barnet. Der synes i dag ikke at være nogen udfordringer med kvaliteten af hjemmefødsler, hvorfor almindelige faglige standarder allerede opfyldes. Forslaget virker unødigt medikaliserende og ikke muligt at implementere.

Hvorfra kommer de 15 minutters krav om afstand mellem klinik og fødeafdeling? Betyder det at kvinder ikke skal have længere end 15 min fra hjemmet til nærmeste fødested?

På side 38 udstikker styrelsen en meget detaljeret beskrivelse af hvordan regionerne skal organisere fødslerne. Det er en fordel at regionerne selvstændigt står for planlægningen af fødselshjælpen da der fx kan være forskellige geografiske forhold og forskellige på populationens sammensætning.

Styrelsen anbefaler at evt fødeklinikker bør overvejes i geografisk afstand til hospitalet – da man har centraliseret fødestederne er der skabt længere afstand til fødestederne for flere fødende kvinder – denne afstand kan netop reduceres ved at placerer en klinik et andet geografisk sted end hospitalet og dermed give flere borgernær tilbud – obs ulighed i sundhed.

Kapitel 5 er tydeligt præget af, at der ikke er søgt specifik litteratur til at udforme anbefalingerne til informationsgivning herunder også specifik om fødested. Her benyttes endnu engang det engelske birthplace studie mens det meste evidens på området udelades – det er bekymrende hvis sundhedslovens §16 skal overholdes. Hvis risikoestimer nævnes – skal den absolutte risiko *difference* formidles.

Kapitel 6 synes at være beskrevet præliminært med overvejende hensigtserklæringer

Bilag 3 er er lang historisk beskrivelse – det kan man selvfølgelig lære at holde af. Da bilaget ikke giver transparens i forhold til det faglige grundlag bør det omskrives så transparens fremkommer – dette er særligt vigtigt da rapporten i overvejende grad ikke baserer sine anbefalinger på den bedst foreliggende evidens.

Fra side 50-57 er der et kort tekst resume af udvalgte studier – disse resume er ikke systematiske ej heller retorisk afbalanceret.

Der bør laves en gennemskrivning der sikre at de mange gentagelser i teksten reduceres, at retorikken i dokumentet balanceres og at stave og slåfejl rettes (fx side 47 grubbe ændres til gruppe, side 48 20002 ændres til 2002 etc)

Styrelsens rapport beskæftiger sig ikke med det vedvarende aktuelle emne at nogle kvinder i aktiv fødsel afvises ved ankomst til hospitalet og sendes i aktiv fødsel til andet fødested. Udfordringen ses tydeligst hos kvinder der er tilknyttet de største hospitaler. I denne problematik, er det organisatoriske udfordringer der skaber problemet og løsningen bliver en ikke patientvenlig ej heller patientsikker løsning at sende en kvinde i aktiv fødsel videre til andet fødested.

Der bør også laves en opdateret litteratursøgning – væsentlige studier er ikke inkluderet som fx

Reitsma et al.: Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses publiceret i EClinical Medicine

Homer et al.: Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000 - 2012: a linked population data study publiceret i BMJ Open

Rapportens retorik er uacceptabel. Retorik er i sidste ende et styringsredskab for magt. Retorikken i nærværende rapport er meget ubalanceret og sætte de forskellige fødesteder (hospital, klinik og hjemmefødsel) i opposition til hinanden i stedet for som supplement til hinanden. Det reducerer sundhedsvæsenet muligheder for at møde kvinder med forskellige præferencer og sundhedsprofil og dermed at opfylde sundhedsloven og internationale konventioner.

Det anbefales endvidere at specialafdelingen på hospitalet skal organiserer fødsler udenfor hospitalet, sikre guidelines, sikre opdatering af jordemødre der arbejder udenfor hospitalet – selvom der er overvældende evidens der viser at den ukomplicerede fødsler er udfordret på specialafdelingerne og jordemoderens selvstændige virksomhedsområde anderkendes ikke. I stedet bør styrelsen anbefale at de enkelte parter lokalt indgå et *ligeværdigt* samarbejde mhp udveksling af kompetencer (og et godt samarbejde).

Ligeledes er der fokus på øget monitorering hvor der ikke er åbenlyse fordele hvilket meget nemt kommer til at skabe en illusion om, at man håndterer en udfordring uden at man reelt gør det og i nogle tilfælde gør mere skade end gavn, der er således stor risiko for overmedikalisering og unødigt ressourceforbrug. Yderligere bliver det tydeligt at barnet vægtes over kvinden i stedet for at sikre en både/og tilgang.

Det er en meget paternalistisk tilgang der benyttes i rapporten og uden at den faglige evidens understøtter anbefalingerne og måske derfor ender retorikken med at blive paternalistisk og styrende i dokumentet.

I USA har man i høj grad benyttet sig af en paternalistisk og frygtbaseret retorik indenfor fødselshjælpen og ikke brugt evidens i planlægningen af svangreomsorgen, man har reduceret jordemødres selvstændige virke og kvinders valg og autonomi i fødslen herunder modarbejdet fødsler udenfor hospital. Det har ført til et uendelig højt forbrug af interventioner i den ellers ukomplicerede graviditet og fødsel uden en væsentlig forbedring af mor og barns helbred og med ulighed i sundhed til følge. USA er det eneste af de velstillede vestlige lande i verden hvor mødre-dødeligheden er stigende så amerikanske kvinder i dag oplever en højere mødre-dødelighed i forbindelse med graviditet og fødsel end deres mødre gjorde for en generation siden.

Sundhedsstyrelsen bør lave en revision af rapporten så den formidler bedste evidens på området formidlet på en retorisk balanceret måde.

Da rapporten ikke bygger på den bedst foreliggende evidens – bør der hvis rapporten ikke ændres væsentligt herunder med anbefalinger der tager udgangspunkt i bedste foreliggende evidens laves en tydelig angivelse af hvornår en anbefaling er faglig begrundet og hvornår den er politisk begrundet. Med et ønske om at det næste udkast bliver fagligt velfunderet med tydelig anderkendelse af kvinders rettigheder og jordemødres selvstændige virksomhedsområde i et samarbejdende sundhedsvæsen.

Med Venlig Hilsen

Jordemoder, MPH, Ph.d, lektor samt adjungeret professor

Rikke Damkjær Maimburg