

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

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 materielle 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 høringssvar.

På vegne af bestyrelsen i Dansk Jordemoderfagligt Selskab,



Katja Schrøder,

Formand for Dansk Jordemoderfagligt Selskab

kschroeder@health.sdu.dk

Sundhedsstyrelsen
Planlægning

23. september 2020

DSAM's hørings svar vedrørende udkast til Anbefalinger for organiseringen af fødeområdet

DSAM takker for muligheden for at kommentere på det reviderede udkast.

Som før er formålet med anbefalingerne todelt – dels skal de for det første ”...sikre et fagligt grundlag for Sundhedsstyrelsens rådgivning til regionerne...”, og for det andet skal anbefalingerne ”...skabe en national ramme for indholdet i den information, der gives til de gravide...”.

Vores svar følger denne todeling.

Ad 1 – det faglige grundlag

Overordnet finder DSAM ikke, at det er vores opgave at vurdere, hvordan fødsler på sygehus tilrettelægges, og vi har derfor ikke kommentarer til dette.

Vi kan dog med tilfredshed konstatere, at Sundhedsstyrelsen har valgt at lave en betydelig grundigere litteraturgennemgang, og at en stor del af bilagsmaterialet består af denne gennemgang. Imidlertid er det fortsat svært at vurdere, hvilke beslutninger der er taget på et regelret evidensbaseret grundlag, og hvilke der er udtryk for ren ekspertvurdering, da præsentationsformen og en manglende gennemskuelighed gør det svært at tilegne sig materialet.

Vi har dog valgt, at det ligger udenfor DSAM's opgave at gennemgå evidensgrundlaget i høringsvaret.

Ad 2 – national ramme for indholdet i den information, der gives til de gravide

Dette område er meget relevant for de praktiserende læger, som ofte er de første, der taler med kvinden om valg af fødested, herunder om muligheden for hjemmefødsler.

Stockholmegade 55
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Vi er glade for formuleringen *"Sundhedsvæsenet har som helhed et væsentligt ansvar for at sikre gravide og deres familie let adgang til relevant information, så de kan træffe et informeret valg om, hvor og hvordan de vil bringe deres barn til verden."*

Det er vigtigt, at kvinden og hendes partner får mulighed for at træffe et valg baseret på bedst tilgængelige evidens og med mulighed for individuel rådgivning, der tager udgangspunkt i personlige præferencer og livsomstændigheder.

Specifikke kommentarer:

Resume

Det står i høringsversionen, at resumeet følger, men samtidig er der optrykt flere tekstbokse med resume over anbefalingerne. Det er derfor uklart, om det er en fejl, at der står, at resumeet følger, eller om man rent faktisk har tænkt sig at indføre mere tekst. Dette vil i så fald være uhensigtsmæssigt, da resumeet er noget af det mest læste, og ikke i orden, hvis det skrives EFTER høringsfasen.

Information om hjemmefødsler

Som tidligere nævnt arbejder DSAM på et FAQta-ark omkring information om hjemmefødsler. Dette arbejde har ligget stille, indtil nærværende anbefalinger nu er kommet i høring.

Vi påtænker nu at sende FAQta-arket i høring, da det overordnet er samstemmende med Sundhedsstyrelsens anbefalinger om information til gravide ved hjemmefødsler.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, DSAM



København d. 27.9.2020

DSOGs høringssvar vedrørende ”Anbefalinger vedrørende organiseringen af fødeområdet”

DSOG har revurderet Sundhedsstyrelsens anbefaling og takker for muligheden for igen at kommentere herpå.

Generelt er dokumentet gennemarbejdet og velskrevet, men der er fortsat afsnit som med fordel kunne afkortes, idet der er talrige gentagelser for flere områder.

Resumeet side 6-8 bør være fuldt dækkende for de hovedpunkter, som er punktopstillet i den resterende tekst. Der bør i resumeet være en kort sætning, hvori der står, at arbejdsgruppen sammen med SST vil forfatte en patientinformation, hvori tal for diverse udfald vil fremgå i en grafisk form (formentlig risiko per 1000 (figur)).

Risikobetoningen og sprogbrug herom bør være ligeværdig – uanset om man taler om sammenhæng ift. fødsel på hospital eller hjemmefødsel. f.eks. nævner man konkrete eksempler ved hospitalsfødsel (f.eks. klip i mellemkødet og sugekop) men ikke de ved hjemmefødsel sjældne, men meget mere alvorlige komplikationer, for kvinden eller den nyfødte som følge af f.eks. svær blødning efter fødslen, navlesnorsfremfald og skulderdystoci.

I afsnittet om overflytning bør der fremgå, at disse i sjældne tilfælde er af meget akut karakter, hvor enten fosteret eller mors liv er truet. Sådanne situationer kan forekomme på fødeafdeling såvel som ved hjemmefødsel og kan ikke altid forudses før eller under fødsel, men kræver akut intervention. Tidsfaktoren er den væsentligste forskel på risikoen ved fødsel i hjemmet vs. på en fødeafdeling. Intervention er mulig indenfor minutter på en fødeafdeling, men kan forsinkes betydeligt når mor og/eller nyfødt skal bringes fra hjemmet og til en fødeafdeling mhp. håndtering/akut forløsning. Risikoen for barnet er ultimativt dødfødsel, tidlig neonatal død eller svær iltmangel. Risikoen for kvinden er livstruende blødning efter fødslen. Disse udfald bør derfor også kort bemærkes i konklusionen side 17.

Ligeledes bør det tydeligt fremgå, at man i de danske tal fandt, at 28% af førstegangs- og 7% af flergangsfødende blev overflyttet. Blandt førstegangsfødende blev 8.7% (knapt hver 3. overflytning) overflyttet pga. af en potentiel alvorlig årsag (føtal distress, blødning før, under eller efter fødsel, etc.), tilsvarende for 2,5% af de flergangsfødende. Dette bør anføres i teksten.

Over en lang årrække har fødeområdet været presset både af et stigende fødselstal, øget kompleksitet af gravide/fødende, et øget antal gravide som skal have fødslen igangsat og en stor udfordring i manglende rekruttering og fastholdelse af jordemødre og fødselslæger. DSOG har derfor i mange sammenhænge, herunder i arbejdet med denne anbefaling, advokeret for, at man fra centralt hold bør angive den optimale normering af jordemødre og speciallæger for fødeafdelinger ift. antal fødsler, beredskabsbehov og

kompleksiteten af de gravide/fødende. Dette har man ikke ønsket, men vi er fortsat udfordret af lav normering og et stigende fødselstal, hvorfor vi i DSOG fortsat mener, at det er relevant at angive denne minimumsnormering ift. antal fødsler (s. 23. "Uanset størrelsen på en fødeafdeling skal normeringen..."). En minimumsnormering er ligeledes vigtigt, idet der fortsat er fødeafdelinger med specialfunktion, hvor der ikke er speciallæge tilstede i vagt men på tilkald fra hjemmet (Roskilde, Aabenraa, Esbjerg). DSOG mener ikke, at det i Danmark i 2020 er efter gældende højeste faglige standard, at fødeafdelinger med specialfunktion ikke har speciallæge i tilstedeværelsesvagt døgnet 24 timer (s. 24. nederst). Det er derfor vigtigt, at SST er medvirkende til at angive en minimumsnormering, som er gældende for alle danske fødesteder!

I kapitel 1.1. gennemgås baggrundsviden for fødeområdet, herunder udviklingen i fødselstallet. Dette afsnit er udarbejdet ved arbejdets start, således primært baseret på data fra 2018. Der er sidenhen lavet yderligere analyser af udviklingen fremadrettet. Det vil både for at vise aktuelle status og for praktiske formål være ønskeligt, at anbefalingen indeholder de senest udviklede prognoser.

Kommer denne anbefaling til at være inkorporeret i "Retningslinjer for Svangreomsorgen"? Det vil vi på alle måder anbefale således, at "Retningslinjer for svangreomsorgen" fremstår som et samlet og stærkt dokument.

Kommentarer til indhold i øvrigt:

Talrige steder i dokumentet er det anført, at der ved fødsel på fødeafdeling er " flere indgreb i fødslen som f.eks. igangsættelse, smertelindring ved rygmarvs-bedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning med sugekop, sammenlignet med planlagte fødsler uden for sygehus". Forslag til ændret formulering: "...ved fødsel på fødeafdeling er der flere indgreb i fødslen som smertelindring ved rygmarvs-bedøvelse, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning med sugekop, sammenlignet med planlagte fødsler uden for sygehus". Igangsættelse er ikke et indgreb i fødslen og bør ikke nævnes som fødselskomplikation.

Vedr. generel anæstesi: I Danmark anvendes generel anæstesi meget sjældent ved fødsler og da kun i meget få tilfælde ved grad 1 kejsersnit, manglende effekt af regional analgesi eller ved ustabil tilstand hos den fødende f.eks. pga. omfattende blødning. Vi finder, at bemærkningen om generel anæstesi bør fjernes

S. 8. "Ved planlagt fødsel på fødeafdeling vil der være ..." bedes rettet til "Ved planlagt fødsel på fødeafdeling KAN der være ..."

S. 10 "Enkelte hospitaler med ø- eller ø-lignende forhold ...". Denne formulering undrer DSOG, idet der her udover Bornholm er tale om Svendborg, Horsens, Holstebro og Thisted. De fire sidste er ikke beliggende på en ø. DSOG mener, at der på alle hospitaler med fødeafdelinger med status af specialafdeling, med mindre helt særlige forhold taler imod, bør være en pædiatrisk specialafdeling.

S. 15. "Da de dertil ikke altid er mulige at forudsige, kræver det store studiepopulationer for at kunne...". Foreslås omskrevet til: "Da disse risikofaktorer ikke altid er mulige at".

S 15. nederst. "For flergangsfødende med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel finder studierne finder". Der er 2 stk. "finder".

S. 16. øverst. "Ét hollandsk studie finder en øget risiko for perinatale komplikationer hos barnet, såfremt der er behov for instrumentel forløsning ved fødselsforløb, hvor der sker en overflytning fra planlagt hjemmefødsel til en fødeafdeling (15)".

Foreslås omformuleret til: "Ét hollandsk studie finder en øget risiko for perinatale komplikationer hos barnet, såfremt der efter overflytning fra planlagt hjemmefødsel til fødeafdeling er behov for instrumentel forløsning (15)".

S 16 midt, om indgreb. Der bruges stort set ikke universel anæstesi i DK, hvorfor denne parameter ikke er relevant i en dansk kontekst. Kan derfor udelades.

S. 17. Konklusioner. Vedr. overflytning – det skal bemærkes, at for alle hjemme- som hospitalsfødende er der en lille risiko for alvorlige komplikationer jvf. ovenstående generelle kommentarer. I de danske tal fandt man, at 28% af førstegangs- og 7% af flergangsfødende blev overflyttet. Blandt førstegangsfødende blev 8.7% (knapt hver 3. overflytning) overflyttet pga. af en potentiel alvorlig årsag (føtal distress, blødning før, under eller efter fødsel, etc.), tilsvarende for 2,5% af de flergangsfødende. Dette bør anføres i teksten.

S. 19. Vedr. oprettede koder for overflytning. Da arbejdet med denne anbefaling har været længe undervejs vil det være prisværdigt, hvis vi kunne inkludere opdaterede tal for antal overflytninger – kan I skaffe disse tal? Det vil være hensigtsmæssigt og retvisende at inkludere danske opdaterede tal i denne anbefaling. DSOG adspørger ligeledes vores kodeansvarlige som er i dialog med SDS.

S. 27. Vedr. fødeafdeling og placering:

"Klinikken bør placeres i umiddelbar nærhed af en operationsstue, således at et grad 1 sectio kan foretages inden for 15. minutter i henhold til gældende faglige retningslinjer (21). Der bør endvidere være overvejelser om klinikens beliggenhed ift. selve fødeafdelingen, således at der er mulighed for umiddelbar assistance ved en speciallæge i gynækologi og obstetrik",

Forslås ændret til: "Klinikken bør være beliggende i tæt nærhed af selve fødeafdelingen, således at der ved overflytning er mulighed for umiddelbar assistance ved en speciallæge i gynækologi og obstetrik. Ligeledes bør klinikken placeres i umiddelbar nærhed af en operationsstue således, at et grad 1 sectio kan foretages inden for 15. minutter i henhold til gældende faglige retningslinjer (21)".

S. 28. "En fødeafdeling på sygehus bør kun placeres på sygehuse, hvor der er en fødeafdeling, der efterlever samme faglige standarder, som anbefales til hovedfunktionsniveau i pædiatri samt gynækologi og obstetrik." Hertil bør tilføjes og ændres: ... "Klinikken bør ligge i umiddelbar nærhed af fødeafdelingen således, at der ved overflytning er mulighed for akut vurdering ved speciallæge i gynækologi og obstetrik og således at et grad 1 sectio kan foretages inden for 15. minutter i henhold til gældende faglige retningslinjer (21)".

S. 30 – boksen:

2. punkt, sidste linje: her bør hovedfunktion i gynækologi og obstetrik stå før pædiatri.

4. punkt: "Der bør sikres faste rammer for, at indgreb i fødslen som udgangspunkt ikke skal foretages på en fødeafdeling på sygehus, og at den fødende, såfremt der opstår komplikationer eller behov for smertelindring, skal overflyttes til en fødeafdeling med henblik på f.eks. akut forløsning indenfor 15 min.

Bør ændres til: Der bør sikres faste rammer for, at indgreb i fødslen som udgangspunkt ikke skal foretages på en fødeafdeling på sygehus, og at den fødende, såfremt der opstår komplikationer ved *akut overflytning kan tilses af speciallæge i gynækologi og obstetrik* med henblik på f.eks. akut forløsning indenfor 15 min".

S. 31. 2. afsnit, 3. linje – 2 x sygehuset. I sidste linje mangler et ord: sygehus.

S 31. 3. afsnit: "Jordemoderen har pligt til at informere den gravide, såfremt forhold medfører øget risiko for komplikationer ved fødslen, og skal i givet fald tilråde den gravide at føde på et sygehus".

Hertil skal tilføjes: "Ligeledes har jordemoderen pligt til at informere om risikoen for overflytning til fødeafdeling under fødsel for både første- og flergangsfødende, samt at tidsfaktoren ved overflytning af akut årsag kan have afgørende betydning for både mor og barnets umiddelbare og fremtidige velbefindende".

S. 32., 2. afsnit: "Førstegangsfødende bør informeres om, at der for førstegangsfødende oftere vil være behov for en overflytning til fødeafdeling, og der kan være en øget risiko for sjældne, men alvorlige komplikationer hos barnet ved hjemmefødsel (for uddybning se afsnit 1.5 Fagligt grundlag)".
Bør sammenskrives med afsnittet nedenfor, altså ikke afsnitsmelletrum.

S 32. FAKTA boks. "Situationer hvor hjemmefødsel kan tilrådes". Dette lyder som en anbefaling.
Forslag: "Hjemmefødsel frarådes, med mindre nedenstående er opfyldt" – dog ikke en komplet liste, alternativt "Situationer hvor hjemmefødsel kan overvejes".

S. 33. nederste afsnit: "I de sjældne tilfælde, hvor der opstår alvorlige komplikationer, kan adgangen til hurtig behandling på sygehuset være nødvendig, og tiden til lægefaglig hjælp vil da være en væsentlig faktor i forhold til uønsket udfald for kvinden og/eller barnet. Selv med en optimal visitation og selektion af gravide og fødende vil der kunne opstå situationer i alle faser af fødselsforløbet, hvor det skønnes nødvendigt at overflytte kvinden til fødeafdelingen".

Foreslås omskrevet til nedenstående, idet det akutte moment og tidsfaktoren heri bør understreges:
"I de sjældne tilfælde, hvor der opstår alvorlige komplikationer, kan adgangen til *akut forløsning* være nødvendig, og tiden *fra overflytning til akut* lægefaglig hjælp vil da være en væsentlig faktor i forhold til uønsket udfald for kvinden og/eller barnet. Selv med en optimal visitation og selektion af gravide og fødende vil der kunne opstå situationer i alle faser af fødselsforløbet, *hvor akut forløsning er påkrævet og det derfor* skønnes nødvendigt at overflytte kvinden til fødeafdelingen".

S. 34. øverste afsnit: "Ved sjældne, men alvorlige komplikationer, hvor der er behov for et akut lægeligt beredskab, bør transporten forløbe hurtigst muligt således, at kvinden og/eller barnet kan modtage nødvendig livs- eller før-lighedsreddende behandling, f.eks. akut kejsersnit og/eller neonatologisk genoplivning".

Som ovenfor s. 33 – og stort set en gentagelse. Kan omskrive stil flg.: "Ved *de* sjældne, men alvorlige komplikationer, hvor der er behov for et akut lægeligt beredskab, *bør det præhospitalt beredskab sikre, at* transporten *kan* forløbe hurtigst muligt således, at kvinden og/eller barnet kan modtage nødvendig livs- eller før-lighedsreddende behandling *så hurtigt som muligt*, f.eks. akut kejsersnit og/eller neonatologisk genoplivning".

Herved kan de nedenstående afsnit afkortes – det vil også klæde anbefalingerne!

S. 35 – faktaboks:

Under fødsel – punkt 7 bør omformuleres til "

Mistanke om påvirket tilstand hos foster og derfor behov for yderligere overvågning (...)".

Efter fødsel:

Bør tilføjes, da hyppigt forekommende > 5%:

– Mistanke om grad 3 og 4 fødselsbristning, som kræver yderlige vurdering og lægefaglig assistance.

s. 37 faktaboks – skal opdateres, ovenstående tilføjelser herunder:

- punkt 4. Ved manglende fremgang, behov for smertelindring i form af epiduralblokade eller komplikationer i øvrigt under eller efter fødslen, skal jordemoderen anbefale, at kvinden og/el-ler barnet overflyttes til en fødeafdeling/neonatalafdeling/børneafdeling.

Bør omformuleres til: "*Ved mistanke om abnorme forhold hos kvinden eller fosteret, manglende fremgang eller behov for smertelindring i form af epiduralblokade under eller efter fødslen, skal jordemoderen anbefale, at kvinden og/eller barnet overflyttes til en fødeafdeling/neonatalafdeling/børneafdeling*".

S. 37. Fødeklinik udenfor sygehus.

Afsnit 2. "På klinikken varetages fødselshjælpen af en jordemoder, som vil have det nødvendige udstyr til rådighed til den spontant forløbende, ukomplicerede fødsel, samt ..."

Foreslås omformuleret til: "*På klinikken varetages fødselshjælpen tilsvarende fødselshjælp ved hjemmefødsel af en jordemoder, som vil have det nødvendige udstyr til rådighed til den spontant forløbende, ukomplicerede fødsel, samt...*".

Og videre: "*Ved behov for lægelig intervention, herunder smertelindring med epiduralblokade, er en overflytning til sygehus med fødeafdeling nødvendig, idet der ikke kan foretages indgreb eller gives smertelindring ud over lokalbedøvelse og lignende på klinikkerne*".

Foreslås tilsvarende svar omkring hjemmefødsel omformuleret til:

"*Ved behov for lægelig intervention, herunder behov for akut forløsning, smertelindring med epiduralblokade eller håndtering af komplikationer for mor og barn efter fødsel, er en overflytning til sygehus med fødeafdeling nødvendig, idet der ikke kan foretages indgreb eller gives smertelindring ud over lokalbedøvelse og lignende på klinikkerne*".

S. 38. 4. afsnit: "*Desuden bør regionerne 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*".

Foreslås ligesom for hjemmefødsler skrevet ensartet og omformuleret til: "*Desuden bør regionerne 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 behov for akut forløsning pga maternal eller føtal distress, smertelindring med epiduralblokade eller manglende fremgang*".

S. 39. Boksene bedes opdateret ihht ovenstående forslag.

DSOG står gerne til rådighed, såfremt Sundhedsstyrelsen har brug for yderligere afklaring.

Med venlig hilsen – på bestyrelsens vegne

Hanne Brix Westergaard

Formand for DSOG

Overlæge, ph.d., Nordsjællands Hospital, Hillerød

Sundhedsstyrelsen
Specialeplanlægningen
specialeplanlaegning@sst.dk

Dansk
Sygeplejeråd



Høringssvar til 'Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet'
Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til 'Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet'. Vi har udarbejdet høringssvaret i samarbejde med Fagligt Selskab for gynækologiske og obstetriske sygeplejersker og Fagligt Selskab for sundhedsplejersker.

Den 23. september 2020
Ref.: LHV
Sagsnr.: 20/08709

Fødeområdet har tidligere været en del af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den samlede svangreomsorg. Vi afventer fortsat den reviderede udgave af svangreomsorgen, som har været undervejs de sidste par år. Vi vil anbefale, at der beskrives en tydelig sammenhæng mellem anbefalingerne for fødeområdet og hele svangreomsorgen.

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55
Fax: +45 33 15 24 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Sygeplejersker har en vigtig rolle ift. fødeområdet, og DSR gør derfor opmærksom på, at det ville have været en fordel, hvis der havde været repræsentanter for sygeplejersker i arbejdsgruppen.

DSR's generelle og specifikke bemærkninger til anbefalingerne følger herunder.

Generelle bemærkninger

Anbefalingerne beskriver organiseringen af fødesteder: på sygehus, på fødeklinik inden for sygehuset, på privat fødeklinik og i hjemmet. DSR mener, at et fødeområde også inkluderer et barselsafsnit, som derfor også bør beskrives i anbefalingerne.

Anbefalingerne har sine begrænsninger, da litteratursøgningen kun er foretaget ud fra et enkelt spørgsmål om sammenhængen mellem fødested og komplikationer for mor og/eller barn – altså et risikoperspektiv. DSR mener, at anbefalingerne med fordel kunne have et tydeligere forebyggende perspektiv og inddrage kvinders ønsker til fødesteder.

Anbefalingerne for fødeområdet bør også eksplicit tage stilling til gravide og fødende kvinder på alle fire niveauer i svangreomsorgen, da vi ved, at der forekommer betydelige sociale uligheder i forekomsten af en række graviditets- og fødselskomplikationer.

Som så mange gange før må vi rette en bekymring i forhold til den manglende opmærksomhed på den obstetriske sygeplejerske – som kun defineres som "sundhedsperson". DSR vil anbefale, at der kommer en større synlighed på sygeplejerskens rolle på fødeområdet. En tværprofessionel stab af både læger, jordemødre og sygeplejersker vil optimere patientsikkerheden.

Specifikke bemærkninger

I følgende afsnit bør sygeplejerskers kompetencer og ansvarsområder beskrives nærmere:

- Side 6. Fødsler på sygehus - Anbefalinger for fødeafdeling
- Side 22-27. 3. Fødsel på sygehus 3.1 – under afsnit: 'Organisering og kompetencer' og 'Øvrigt sundhedsfagligt personale'.
- Side 27. - 3.2 Fødeklínik på sygehuset

Side 20 - 2.0 Visitation og valg af fødested

Her kan det med fordel nævnes, at egen læge også på baggrund af medicinske eller psykosociale forhold kan henvise den gravide direkte til landets Familieambulatorier ved behov. Dette er nævnt i Retningslinjer for Svangreomsorgen, og bør også pointeres her.

Side 37. - 4.2 Fødeklínik uden for sygehus

Retorikken omkring samarbejdet med privatejede fødeklínikker kan med fordel skærpes, så det fremgår tydeligt, at regionerne skal sikre – og ikke kun bør sikre – at de private fødeklínikker følger de regionale retningslinjer ift. visitation, faglig kvalitet, dokumentation, indberetning til relevante registre, overflytning, og er med til at sikre en klar ansvarsfordeling for den fødende kvinde og et sammenhængende forløb.

Med venlig hilsen



Grete Christensen
Formand

Til Sundhedsstyrelsen

DANSKE
REGIONER



25-09-2020

EMN-2019-00519

1386854

Ann Vilhelmsen

Danske Regioners høringsvar vedrørende Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet"

Sundhedsstyrelsen sendte den 2. juli 2020 "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet" i offentlig høring. Anbefalingerne er et vigtigt fælles grundlag for udviklingen og tilrettelæggelsen af området og dermed også regionernes udarbejdelse af nye fødeplaner.

Overordnet finder Danske Regioner, at anbefalingernes opdeling i fødeafdeling, fødeklinik på sygehus, hjemmefødsler og fødeklinik uden for sygehus er med til at skabe klarhed over de forskellige fødetilbud. Det er samtidig til stor værdi for den gravide og hendes eventuelle partner, at Sundhedsstyrelsen vil udarbejde materiale til gravide og deres eventuelle partner om valg af fødested.

Danske Regioner vil foreslå, at al information til gravide indledes med, at det generelt er sikkert at føde i Danmark, og at akutte og alvorlige komplikationer er meget sjældne samt, at beslutningen om valg af fødested altid bør være baseret på fælles beslutningstagning, der involverer kvindens eller parrets præferencer, behov og forudsætninger.

Sundhedsstyrelsen har siden høringen i foråret 2019 foretaget en grundigere litteraturgennemgang, som har givet anledning til ændringer, hvilket Danske Regioner sætter pris på. Flere steder er det dog stadig svært at gennemskue det faglige grundlag, og hvor det reelt er evidensbaseret. Det gælder især anbefalingerne vedrørende fødsler uden for fødeafdelinger.

Anbefalingerne har fået et mere balanceret sprog. Det er vigtigt for de gravide og parrene, som skal kunne være sikre på, at de får den samme information uafhængigt af, hvilken fagperson de snakker med. Danske Regioner vil dog opfordre til, anbefalingerne gennemgås en sidste gang med fokus på, at alle fødetilbud er neutralt beskrevet.

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

Et eksempel på ovenstående er den første anbefaling vedrørende fødeklínik på sygehus, som lyder: "Det bør kun være gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel af et rask barn, der visiteres til at føde på en fødeklínik på sygehus." Det kunne fx mere neutralt skrives: "Gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel af et rask barn kan ved ønske visiteres til en fødeklínik på sygehus."

Anbefalingerne er blevet mere strømlinede. Det er dog stadig et langt dokument med mange gentagelser. Et eksempel herpå er overflytninger, der er relevant i forhold til alle fødsler uden for en fødeafdeling, men hvor noget af teksten evt. kunne være samlet et sted.

I beskrivelsen af kompetencer på fødeafdelinger anbefaler Sundhedsstyrelsen: "Det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få assistance fra en speciallæge i pædiatri umiddelbart, dvs. inden for minutter. På sygehuse, der varetager regionsfunktioner inden for neonatologi, skal der være pædiatriske kompetencer inden for neonatologi, og det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra en speciallæge i pædiatri inden for minutter." Danske Regioner foreslår, at sætningen ændres til, at det ikke skal være en "speciallæge", men en "læge med godkendte neonatale kompetencer". Formuleringen "inden for minutter" synes desuden skærpet i forhold til, hvad der står i specialevejledningen for pædiatri, hvilket giver anledning til undren.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at fødeklínikker på sygehuse fagligt og ledelsesmæssigt bør høre sammen med fødeafdelingen. Danske Regioner mener, at ledelsesstrukturen på det enkelte sygehus bør være op til den pågældende region og opfordrer derfor til, at den konkrete anbefaling slettes.

Flere steder fremgår der i anbefalingerne eksempler på faglige kriterier, fx til vurdering af hjemmefødsler og overflytning. Det ligger dog uden for arbejdet med anbefalingerne at opstille sådanne faglige kriterier. Danske Regioner foreslår derfor, at disse eksempler tages ud af anbefalingerne.

Sundhedsstyrelsen skriver, at visitationsretningslinjerne for henholdsvis hjemmefødsler og fødeklínikker uden for sygehus bør være ensrettede på nationalt plan. Der kan dog være lokale hensyn ud fra fx geografi og population, hvilket retningslinjerne ikke bør udelukke.

Anbefalingerne indledes med en beskrivelse af det stigende antal fødsler. Danske Regioner vil gøre opmærksom på, at fødeområdet også oplever en aktivitetsstigning relateret til et stigende antal gravide og fødende med bl.a. kronisk sygdom, psykiske lidelser og sociale problemer, som har brug for ekstra

omsorg og en øget indsats. Regionernes indfrielse af anbefalingernes mål for kvalitetssikring og kompetenceudvikling på fødeområdet skal ses i dette lys.

Alle regioner fremsender egne høringssvar inklusive tekstnære bemærkninger.

Venlig hilsen

Camilla Hersom
Vicedirektør

Fra: [Lars Møller Pedersen](#)
Til: [SST Specialeplanlægning](#)
Emne: Anbefalinger på fødeområdet
Dato: 28. september 2020 12:21:50

Tak for muligheden for at kommentere 2. version af SST's Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet.

Hermed hørings svar fra DASAIM's Obstetrisk anæstesiudvalg:

Overordnet savner vi stadig explicitte, objektive kriterier for dels hvem der kan tillades at føde hjemme eller på klinik, dels for hvornår overflytning af disse til fødegang på hospitalet skal finde sted.

Kommentarer i øvrigt:

Side 7: Vi anbefaler, at der gives eksempler på, hvilke sygdomme hos mor, der kontraindicerer hjemmefødsel.

Side 8: Vi er ud fra den refererede litteratur på ingen måde overbeviste om, at der findes en association mellem fødsel på sygehus og øget forekomst af diverse indgreb og komplikationer. Under alle omstændigheder skylder man læseren en forklaring af, at en eventuel association ikke er ensbetydende med kausalitet.

Side 11 fremgår det at Regionshospital Nordjylland og Nykøbing Falster Sygehus varetager fødsler fra hhv. uge 32 og 34. Vi finder at det problematisk at præterme (< uge 37) børn ikke forløses på fødesteder med neonatal afdeling.

Side 12: Vi savner angivelse af, hvor stor en del af den omtalte population på Region Sjællands fødeklinikker, som blev overflyttet til hospital med ambulance og udrykning.

Side 17: Under afsnittet "Indgreb i fødslen og overflytning til sygehus" står "For fødende med ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel kan der ved planlagt fødsel på en fødeafdeling, sammenlignet med en planlagt fødsel uden for sygehus generelt være indgreb i fødslen..." Hvad vil angives her? Kan der være *flere/større frekvens af* indgreb i fødslen osv? Eller at indgreb i fødslen m.v. er *mulige*?

Side 32: American Society of Anesthesiologists Score (ASA score) < 3 bør være forudsætning for visitation til fødsel hjemme eller på klinik.

Side 35: "Påvirket almentilstand" er for upræcis og op til fortolkning, hvilket indebærer øget risiko. Værdier for puls, blodtryk, respirationsfrekvens, bevidsthedsniveau og kapillærrespons finder vi relevante for moderen. For barnet kunne man f.eks. anvende APGAR score.

Med venlig hilsen

Lars Møller Pedersen
Overlæge
Formand for DASAIM's Obstetrisk anæstesiudvalg
Klinisk undervisningslektor
Anæstesiologisk Afdeling
Hvidovre Hospital

Tlf. 38625945

Region Hovedstaden anvender de personoplysninger, du giver os i forbindelse med din henvendelse. Du kan læse mere om formålet med anvendelsen samt dine rettigheder på vores hjemmeside: www.regionh.dk/persondatapolitik

Fra: [SST Specialeplanlægning](#)
Til: [Anna Wulff Westergaard](#); [Maria Tølbøll Glavind \(MATG\)](#)
Emne: VS: Høringssvar
Dato: 21. august 2020 12:35:04

Fra: Helle Nordestgaard Matthiesen <hellemat@rm.dk>
Sendt: 21. august 2020 09:49
Til: SST Specialeplanlægning <Specialeplanlaegning@SST.DK>
Cc: Jytte Bundgaard Troldborg <Jytte.Troldborg@aarhus.rm.dk>
Emne: Høringssvar

Angående høringssvar for anbefalinger for fødeområdet.

På side 24 står der at Fødeafdelinger: "kan også have sygeplejersker ansat". Her kunne man ønske at det fremgik at en tværfaglig sundhedsprofessionel stab af både sygeplejersker og jordmødre ville være en forudsætning for at opnå optimal patientsikkerhed.

Derudover vil det være ønskeligt at det tydeligt fremgår hvordan disse anbefalingerne kan implementeres på de relevante sundhedsfaglige uddannelser.

På vegne af DASYS` Uddannelsesråd

Mvh
Helle Nordestgaard Matthiesen
Sygeplejerske, klinisk specialist
Enhed for Lindrende Behandling
Aarhus Universitetshospital
helmat@rm.dk
tlf.: 78454990

Høringssvar vedr. *Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet*

FOA vil gerne takke for muligheden for at afgive høringssvar til *Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet*.

Først skal der lyde en ros til beskrivelsen af social- og sundhedsassistenternes rolle på fødeafdelingerne. Assisterne konkrete opgaver beskrives udførligt og med stor respekt deres faglighed i forhold til både at assistere ved ukomplicerede og komplicerede fødsler, at sikre omsorg og pleje, samt at understøtte ammeetableringen.

Det præhospitale akutberedskab

Det er positivt, at der sættes fokus på vigtigheden af det præhospitale akutberedskab i forbindelse med fødsler, herunder at kompetencevedligeholdelse af beredskabet tænkes ind. Mange ambulancereddere er nervøse for at stå med fødsler i ambulancerne – samtidig med at det jo kan være meget livsbekræftende – fordi det sker så sjældent, og fordi der er så lidt efteruddannelse på dette område. De fleste reddere vil derfor komme til kort, hvis der sker komplikationer i forbindelse med en fødsel i ambulancen. Det er derfor vigtigt, at der sikres efteruddannelse og løbende vedligehold af kompetencer, som anbefalingerne jo også lægger op til.

Anbefalingerne kunne dog med fordel blive mere konkrete, end de er nu. En anbefaling kunne lyde, at både ambulancebehandlere og paramedicinere hvert 3. til 5. år kommer i en dags praktik på en fødeafdeling. Der er i forvejen hospitalspraktik, så det vil blot skulle tænkes ind i dette system. Eksempelvis skal både ambulancebehandlere og paramedicinere i Region Hovedstaden i praktik én dag om året, men det er man ved at kigge på, fordi der har været kritik af manglende relevans. Denne relevans kunne komme igen, hvis man også indtænkte fødeafsnit i langt højere grad end i dag

Tilgængelighed og ulighed i sundhed

Det er væsentligt, at anbefalingerne på fødeområdet tager højde for den nuværende ulighed i adgang til sundhed. Her spiller nærhed og transport en afgørende rolle. Hvis du bor langt fra det sygehus, hvor du skal føde, kan det virke uoverkommeligt at komme til kontroller, hvis du fx ikke har en bil og ikke har råd i budgettet til at betale for togturen. Endnu sværere kan det blive, hvis du går i fødsel midt om natten, hvor der ikke længere går busser – for hvordan skal du så komme frem, hvis du ikke har råd til en taxa. Det er således ikke nok, at de gode tilbud eksisterer. Det skal også overvejes, hvordan den reelle tilgængelighed er for de borgere, der har det sværest i vores samfund, og som måske endda har endnu større behov for vejledning undervejs i graviditeten.

Endvidere er det vigtigt, at der fokuseres mere på støtte op til fødslen. Dette er ikke temaet for disse anbefalinger, men Sundhedsstyrelsen bør i det videre arbejde med fødeområdet overveje, om der i højere grad kan tænkes ulighed i sundhed ind i forhold til fødselsforberedelse og generel støtte op til selve fødslen. Her er det vigtigt med personale, der har blik på det hele menneske/den hele familie og sammenhængen til øvrige kommunale tilbud. Dette kunne eksempelvis være en social- og sundhedsassistent fra kommunen, en sundhedsplejerske, en jordemoder eller andre faggrupper med blik på det hele menneske.

Hjemmefødsler

På side 33 står følgende: "Ved hjemmefødsler hos gravide med kendt øget risiko for komplikationer, kan regionerne for at øge trygheden for det tilstedeværende personale tilbyde at stille to jordemødre til

rådighed.” Sundhedsstyrelsen bør overveje, om dette også kunne være en social- og sundhedsassistent. Dertil kan det overvejes, om muligheden for to sundhedspersoner også kunne gøre sig gældende ved hjemmefødsler uden øget risiko, men for at skabe øget tryghed og sikkerhed. Fx kunne der tilkaldes en social- og sundhedsassistent til at hjælpe ved selve forløsningen – ligesom det ofte sker på fødeafdelingerne. Her kan man evt. lade sig inspirere af en hollandsk model:

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/news/news/2020/01/renate-de-bie-a-dutch-midwife-shares-her-experiences-of-safe-and-peaceful-home-births>

Helt generelt er det væsentligt, at anbefalingerne understøtter muligheden for at vælge hjemmefødsel, fordi netop nærheden og de trygge rammer er væsentligt for mange fødende. FOA opfordrer til, at Sundhedsstyrelsen – med udgangspunkt i de mange høringssvar både i sidste høringsrunde og denne høringsrunde – får tydeliggjort, hvordan anbefalingerne om fødsel uden for sygehus hviler på evidens.

Et par steder kan der desuden gøres mere for at sikre den balancerede fortælling om hjemmefødsler:

- Der står meget om overflytning til sygehus ved fødsel på klinik eller hjemmefødsel – hvilket også er meget væsentligt - men der mangler en tekst om overflytning mellem sygehuse ved manglede kapacitet.
- På s. 37 fremhæves igen, at gravide (særligt førstegangsfødende) skal informeres om forøget risiko for sjældne fødselsrelaterede komplikationer. Dette er selvfølgelig væsentligt, men det giver også en ubalance, fordi fordelene ved hjemmefødsler ikke nævnes (jf. beskrivelsen på s. 40 om, at der generelt vil være færre indgreb).

Venlig hilsen



Torben Klitmøller Hollmann
Formand for Social- og Sundhedssektoren, FOA

Att: Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Høringssvar over “Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet”

Indledning

Forældre og Fødsel har modtaget Sundhedsstyrelsens udkast til “Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet.

Det fremgår af rapporten, at formålet med anbefalinger er trygge fødselsforløb - uanset hvor og hvordan fødslen finder sted, herunder særligt at sikre, at mor og barn kommer gennem fødslen med bedst mulige sundhed samt at minimere komplikationer under og efter fødslen og bidrage til en god fødselsoplevelse. Et formål, vi i Forældre og Fødsel værdsætter.

Desværre er det Forældre og Fødsels oplevelse efter at have deltaget i den tværfaglige arbejdsgruppe samt læst det endelige udkast, at anbefalinger ikke kan leve op til dette formål.

Generelt

Sammenlignet med foregående udkast er retorikken væsentligt forbedret. Den synes dog stadig præget af en uheldig beskrivelse af særligt fødsler uden for hospitalerne. Taget i betragtning af hvor få fødsler, der finder sted uden for hospitalerne synes denne vægtning ikke proportional med de største udfordringer i svangreomsorgen som fx. flere medicinske grundsygdomme, flere med diabetes, kapacitetsproblemer, flere igangsættelser, ringe adgang til sundhedsfremmende samt forebyggende tiltag.

Endvidere synes der meget lidt opmærksomhed på hvorledes man organiserer sig til gavn for brugerne af svangreomsorgen med fx kendte jordemoderordninger og fødselsforberedelse, herunder inddragelse af primær sektor med fokus på borgernære tilbud. Der synes at være et langt større fokus på organisationerne selv, hvorfor det er vanskeligt at leve op til rapportens formål.

I det nedenstående høringssvar fremgår der mere tekstnærekomentarer under temaerne: retorik, proportioner, patientsikkerhed, patientens retsstilling, sundhedsfremme og forebyggelse samt fagligt grundlag.

Retorik

Afsnit 1.1 Baggrund, s. 9: Gravide og fødende kvinder håndteres ikke - til gengæld tilbydes de sundhedsfaglig omsorg samt behandling. Sundhedsstyrelsen bør omformulere "håndtering" til: Den sundhedsfaglige omsorg samt behandling af gravide og fødende kvinder er kendetegnet ved en høj faglig kvalitet.

Afsnit 1.1 Baggrund s. 12: I sætningen *"I takt med et stigende fødselstal, et stigende ønske om hjemmefødsel og de gravides ønsker om varierende muligheder ved valg af fødested, er flere regioner i gang med at udvikle og udvide deres fødselstilbud."* kunne Sundhedsstyrelsen med fordel skrive de gravide kvinders ønsker og behov.

Afsnit 1.2 Formålet med anbefalingerne: *"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."*

Sundhedsstyrelsen kan med rapporten ikke sikre et trygt fødselsforløb. Til gengæld kan Sundhedsstyrelsen med anbefalingerne beskrive de mest sikre rammer for fødselsforløb - uanset hvor de måtte finde sted.

Afsnit 4.1 Hjemmefødsel: *"Fødslen assisteres af en jordemoder såfremt..."* bør omformuleres til: jordemoderen bistår kvinden ved fødsel, såfremt...

Afsnit 4.1 Hjemmefødsel: *"Rådgivningen bør desuden indeholde overvejelser om afstand/transporttid til nærmeste fødeafdeling. Afstanden kan være væsentlig, da der selv ved en optimal visitation af gravide vil kunne opstå uventede komplikationer i alle faser af fødselsforløbet, hvor intervention er tidskritisk, og der derfor er behov for hurtig assistance til den fødende og/eller barnet fra en obstetriker, pædiater, anæstesiolog etc."* Denne information synes ikke kun relevant for kvinder, der vælger at føde hjemme, men også for kvinder, der bor langt fra det hospital, hvor hun ønsker at føde. Der findes familier, der har op mod en times transporttid til nærmeste fødested - eller mere, såfremt de må rejse med offentlige transportmidler for hvem samme rådgivning er relevant.

Afsnit 4.1 hjemmefødsel: *"Det anbefales at etablere en samlet ordning, fx regional hjemmefødselsordning eller kendt jordemoderordning, for dermed at sikre en stabil organisering af beredskabet i vagterne, og undgå at fødeafsnittene skal prioritere jordemoderressourcer til hjemmefødsel midt i en vagt. Denne type organisering kan desuden sikre tilknytning af den enkelte jordemoder til en bestemt fødeafdeling og herigennem understøtte faglig sparring."* Denne formulering fremstår særdeles uheldig og fremstiller hjemmefødslen som en urimelig udfordring for den enkelte afdeling, jf. i øvrigt nedenstående afsnit om proportioner. Endvidere overser Sundhedsstyrelsen i denne

formulering fuldstændig familiernes behov for fødselsomsorg. Igen synes det relevant at beskrive, hvordan man af hensyn til de fødende kvinder på hospitalet og i hjemmene kunne organisere sig i fx kendte jordemoderordninger, således fødselshjælpen og kvaliteten af denne tilpasses individet. Organisationen er til for familierne og ikke omvendt (<https://dagensmedicin.dk/supersygehus-eller-servicestation-for-primaersektoren/>).

Afsnit 4.1: Der er en detaljeret beskrivelse af overflytninger fra hjem til hospital mv. I Forældre og Fødsel sætter vi naturligvis pris på, at overflytninger fra hjemmefødsel til hospital er sikre. Dog mener vi også, at retorikken i dette henseende er temmelig endimensionel. Der er bla. kvinder, der må indlægges akut fra hjemmet grundet alvorlige graviditetskomplikationer eller kvinder der må overflyttes mellem fødesteder, fx ved truende for tidlig fødsel. Afsnittet om overflytninger af gravide og fødende kvinder bør derfor have et særskilt afsnit, hvor dette emne behandles for sig selv. Når overflytninger alene står beskrevet under hjemmefødsler synes variationen og kompleksiteten af overflytninger af gravide og fødende kvinder at fremstå forsimplet og unuanceret, hvilket ikke gavner de gravide eller fødende kvinder.

Overordnet synes afsnit 4.1 Hjemmefødsler beskrevet særdeles detaljeret. Der synes at være en særlig interesse i at kontrollere fødsler udenfor hospitalet med bla. fælles retningslinjer, objektive kvalitetsmål, journalaudit med videre. Det ville være hensigtsmæssigt at bryde den paternalistiske stilart ved fx at arbejde med fælles faglige standarder fremfor retningslinjer. Det ville også være klædeligt, hvis man arbejdede med kvindens oplevelse af fødslen, amrefrekvens mv. som objektive mål, således de faglige anbefalinger kan leve op til sit formål.

Proportioner

Sundhedsstyrelsen beskriver i afsnit 1.1 Baggrund: *“et stigende fødselstal, et stigende ønske om hjemmefødsel og nye fødesteder er ensbetydende med en række organisatoriske ændringer og udfordringer i forhold til at sikre de gravide kvinder et ensartet tilbud”*.

3 % af alle gravide kvinder føder hjemme eller på en fødeklinik. Det er på årsplan omkring 1800 fødsler. Det kunne imidlertid være interessant at forholde sig til, hvordan antallet af hjemmefødsler fordeler sig på regionalt plan. I følge Forældre og Fødsels uofficielle data om hjemmefødsler i Region Sjælland fremgår det, at en stor del af alle landets hjemmefødsler samt klinikfødsler finder sted i Region Sjælland, hvor man til forskel til resten af landet er organiseret i et privat/offentligt samarbejde. Det synes derfor ikke proportionelt, at Sundhedsstyrelsen på baggrund af stigningen af hjemmefødsler problematiserer organiseringen og tilrettelægningsen af fødsler uden for hospitalet. Fødsler uden for hospitalet udgør en forsvindende lille del af det samlede antal fødsler.

Patientsikkerhed

Forældre og Fødsel finder det bekymrende, at et lille antal hjemmefødsler, udfordrer organiseringen og tilrettelægningen af fødselshjælpen og må derfor lidt provokerende stille spørgsmålstejn ved, om patientsikkerheden kan overholdes på de danske fødesteder. En fødsel bør af hensyn til patientsikkerheden uanset om den foregår i hjemmet, på en klinik eller et hospital udløse kontinuerlig jordemoderbistand.

Forældre og Fødsel kan af hensyn til patientsikkerheden derfor heller ikke acceptere Sundhedsstyrelsens forslag om, jf. afsnit 3.0 Fødsel på sygehus, at den fødende kvinde observeres af sundhedsfaglig personale, der ikke har autorisation hertil, jf. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, kap. 14.

Patientens retsstilling

Afsnit 4.1: Forældre og Fødsel ønsker, at formålet med, at *“gravide med kendt øget risiko for komplikationer, der ønsker hjemmefødsel, bør tilbydes samtale med speciallæge i gynækologi og obstetrik, gerne i et tværfagligt team med jordemoder”* beskrives.

Sundhedsstyrelsen kunne med fordel fremhæve patientens retsstilling under informationen, der retter sig mod den gravide kvinde, således hun kender sine rettigheder.

Sundhedsfremme og forebyggelse:

Afsnit 1.1 Baggrund:

Afsnittet indledes således: *“I Danmark er der årligt ca. 60.000 fødsler. Danmark er et af de sikreste lande i verden at føde i vurderet på både faktorer som mødre- og spædbarnsdødelighed, men også på parametre som komplikationer og indgreb i fødslen (1).”* I Forældre og Fødsel glæder vi naturligvis over, at det er sikkert at føde i Danmark, men vi ærgrer og også over, at Sundhedsstyrelsen alene forholder sig parametrene levende/død - ikke mindst når formålet med anbefalingerne også er at sikre rammerne for et sikkert og trygt forløb og en god fødselsoplevelse.

Sundhedsstyrelsen kunne i dette afsnit med fordel beskrive de sidste års udfordringer i svangreomsorgen med en øget kompleksitet: flere gravide kvinder, der er sygemeldte under graviditeten, flere gravide kvinder med en grundlæggende medicinsk sygdom, diabetes og hypertension og heraf også flere komplicerede fødsler samt igangsatte fødsler (<https://www.ucviden.dk/da/publications/f%C3%B8dselsstatistik-mipac-2020-f%C3%B8dsler-i-danmark-1997-2017>). I samme kontekst kunne Sundhedsstyrelsen belyse, at der også består udfordringer i de sundhedsfremmende og forebyggende indsætter i svangreomsorgen, herunder fødselsforberedelse, der afvikles

uhensigtsmæssigt i store auditorier mv. Endvidere kunne Sundhedsstyrelsen beskrive, hvordan ulighed i sundhed medfører udfordringer i svangreomsorgen samt i organiseringen og tilrettelæggelsen af fødetilbuddet for de grupper af gravide kvinder, der har behov for noget andet end basistilbuddet. Sidst men ikke mindst kunne Sundhedsstyrelsen med fordel have belyst, at kvinder overflyttes mellem hospitaler under fødsel, fordi der på det enkelte fødested kan være kapacitetsudfordringer.

Af afsnit 2. visitation og valg af fødested fremgår det, at egen læge henviser den gravide kvinde til *obstetrisk afdeling*.

Spørgsmålet er, om det er obstetrisk afdeling, der skal være visiterende. Visitationen af den gravide kvinde kunne også ligge i primær sektor, således de gravide kvinder ikke sygeliggøres uhensigtsmæssigt samt har mulighed for at tilgå et borgernært tilbud. Til gengæld bør obstetrisk afdeling servicere og vejlede primær sektor - alt efter den individuelle kvindes behov, så den gravide kvindes forløb hovedsageligt ligger i primær sektor (<https://dagensmedicin.dk/supersygehus-eller-servicestation-for-primærsektoren/>).

Sundhedsstyrelsen beskriver som anbefaling til organisering om kompetencer, hvordan fødestedernes miljø samt medicinsk udstyr skal kunne understøtte alle fødsler. Dog er enhver kvinde, fødsel, baby og familie er forskellig - og derfor bør opmærksomheden og den sundhedsfaglige indsats være individuel. Kvaliteten af denne indsats bør i lige så høj grad være forankret i den professionelle relation mellem den sundhedsprofessionelle og kvinden/familien frem for alene at være forankret i fysiske rammer, teknik og udstyr. Det synes dermed uheldigt, at værdien ved organisering i såkaldte kendte jordemoderordninger ikke beskrives - uanset hvor fødslen må være planlagt til at foregå.

Afsnit 4.1 hjemmefødsel: *“Jordemoderen bør, såfremt kvinden ønsker det, blive mindst to timer i hjemmet efter fødslen for at observere kvinden og barnet, samt ved behov hjælpe med at tilrette og støtte ved den første amning.”* Forældre og Fødsel finder det mangelfuldt, at der kun beskrives jordemoderhjælp til den første amning i de to første timer efter fødslen, da mange oplever udfordringer i amningen i dagene efter fødslen. Sundhedsstyrelsen kunne med fordel beskrive, hvordan kvinden, der har født hjemme kan tilbydes information og støtte til amningen i ugerne efter fødslen.

Fagligt grundlag:

Afsnit 1.5.2 Danske data vedrørende fødselsforløb: det er utilfredsstillende, at der ikke fremlægges data for kvinder, der føder hjemme på samme måde som der fremlægges data for hospitalsfødsler. Måske bør man undlade denne information, når komparativet “fødsel uden for hospital” ikke kan fremskaffes til at understøtte tilrettelæggelsen samt organiseringen af fødselshjælpen.

Der synes endvidere at være en manglende stringens mellem søgestrategi (outcomes) og henvisningen til data fra Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler. Fx. ser det ikke ud til, at "blødning over 1000 ml" har været et outcome, der har været inkluderet i søgestrategien. Desuden synes søgningen at mangle fokus på kvinden og barnets sundhed udover fødslen, jf formålet. Fx kunne man inkludere viden om kvindens oplevelse af fødslen, da denne har massiv betydning for, hvorledes kvinden opfatter sig selv som mor, som partner, som kollega, og ikke mindst ønsker for fremtidige fødsler og kvindens tilknytning til sit barn (Jefford, Elaine: Empowering Decision-Making in Midwifery). Herudover kunne man have inkluderet ammefrekvens som et outcome. Amning har, som Sundhedsstyrelsen også fastslår i rapporten "amning - en håndbog for sundhedspersonale", vidtrækkende, sundhedsfremmende potentiale for både kvinde og barn (<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/-/media/Udgivelser/2018/Amning-h%C3%A5ndbog-for-sundhedspersonale.ashx>).

Afsnit 4.1 Hjemmefødsel:

Af dialogboksen s. 32 fremgår det, at < 5. gangsfødende, grundet øget risiko for post partum blødning hos ≥ 5 . ikke kan tilrådes hjemmefødsel. Den gravide kvinde bør kunne oplyses om den absolutte risiko for stor blødning (der mangler i øvrigt kildehenvisning hertil).

På vegne af foreningen Forældre og Fødsel

Birgitte Halkjær Storgaard

Formand for Forældre og Fødsel

Hjemmefødselsordning Sjælland's (HOS) Hørings svar, til SST's høringsudkast anbefalinger til organisering af fødeområdet.

Hjemmefødselsordning Sjælland ser mange fine tiltag i hørings-udkastet, men vil her fokusere på områder, der tåler yderligere forbedring:

Generelt er det lykkedes i denne version at fremhæve den fødendes ret til at vælge, og fremhæve at ønsker og behov skal mødes med respekt, både i forhold til visitering i starten af graviditeten samt ved ændrede forhold i forløbet. Ligeledes fremhæves fordelene ved kontinuitet, fx at jdm følger med ved overflytning fra hjem eller klinik.

Det fremgår også at flere og flere vælger fødsler udenfor hospital, man kunne ønske sig at anbefalingerne afspejlede den evidens der fint citeres, og direkte anbefalede visitering til hjemme- eller klinikfødsel hvis det forventes at graviditet og fødsel forløber normalt, forudsat selvfølgelig at parret accepterer dette. Hospitalsfødsel anses fortsat som normen, trods evidens for flere indgreb, også ved normale forløb.

Det fremgår flere steder at der ikke er evidens for at fødsel uden for sygehus er forbundet med højere risici for mor og barn for normale flergangs-fødende, og at den øgede risiko ved førstegangsfødsler 'er lille i absolutte tal'. Dog her der i afsnit 4. Fødsler udenfor sygehus, sneget sig et risiko ord ind: S 37: Faktaboks 'anbefalinger' afsnit 2: Man skriver at 'særligt førstegangsfødende' informeres om fødselsrelaterede komplikationer,.. ordet 'særligt' burde udelades, da den minimalt øgede risiko KUN er påvist hos førstegangsfødende.

Afsnit 4.1 : Positivt at det anbefales at beredskab på fødeafdelinger, og tilknyttede specialer skal være gearet til at kunne modtage akutte overflytninger fra hjemme- og klinikfødsler.

Positivt at det anerkendes at landets gravide i stigende grad ønsker fødsler udenfor sygehusene, og at det anbefales at der etableres regionale hjemmefødselsordninger. Dog kunne fokus være på den styrkelse af kompetencer og kendthed dette medfører, fremfor blot at nævne organiserings og beredskabsproblematikken.

Eksempelvis fremgår det, at hver 3 førstegangsfødende, og hver 10. flergangsfødende bliver overflyttet under fødslen. Dette formoder vi er landgennemsnittet for overflyttede hjemmefødsler. I Hjemmefødselsordning Sjælland viser vores akkumulerede statistik fra 1991-2018 ligeledes at hver 3 førstegangsfødende overflyttes til sygehusfødsel, men til gengæld er det kun 4,3% af flergangsfødende der overflyttes. Hermed ses, at organisering i specialiseret regional hjemmefødselsordning kan være mere sundhedsfremmende og risikobegrænsende, end organisering af hjemmefødsler via sygehusets fødeafdeling.

Høringsudkastet indbefatter en fin statistik over hyppigste indgreb og komplikationer. Når disse sammenlignes med tilsvarende statistik fra HOS, ses at velvisiteret hjemmefødsel giver markant nedsat risiko for indgreb og komplikationer. Dette skyldes naturligvis, at jordemødre samvittighedsfuldt giver grundig information ved valg om fødested, og visiterer/omvisiterer løbende, således at påbegyndte hjemmefødsler ER lav-risikofødsler:

Indgreb/komplikation	Førstegangsfødende landsgennemsnit	Førstegangsfødende HOS	Flergangsfødende landsgennemsnit	Flergangsfødende HOS
Vestimulering	39,5%	22%	17%	1,5%
Epiduralblokada	31,5%	12%	9,1%	0,7%
Grad 3 og 4 bristninger	3,9%	0,8%	0,8%	0,1%
Instrumentel forløsning	11,84%	8,3%	1,53%	0,4%
Kejsernit, akut	10,42%	8,9%	2,44%	1%
Blødning over 1000ml	9,68%	5,1%	7,09%	1,6%

Høringsudkastet lægger op til at førstegangsfødende skal betragtes som øget risiko for patologi, og dermed skal tilbydes lægesamtale, hvis hjemmefødsel ønskes. Her finder vi, at HOS statistik forsvarer, at trods hver 3. førstegangsfødende overflyttes, er den statistiske risiko for indgreb og komplikationer nedsat i forhold til landgennemsnittet.

s.33 afsnit 6 anbefales det, at der etableres kortere fokuserede ophold på fødeafdeling for at opretholde kompetencer og styrke samarbejdet, hvor hjemme-og klinikfødsler varetages af jdm som ikke er tilknyttet en fødegang. Her er det mindst lige så vigtigt at udvekslingen foregår den anden vej, dvs at hospitals jordemødre deltager i hjemmefødsler, for at opfriske kompetencer i at holde den normale fødsel normal og indgrebsfri.

S35 Om det præhospitalt akutberedskab: *Overflytninger fra hjemmefødsel udgør en lille del af det samlede præhospitalt beredskabs opgaver og erfaringen med nyfødte og fødende kan for den enkelte læge der kører lægebil derfor være sparsom.etc* Her er det relevant at nævne at jordemoderen er en vigtig og erfaren del af det overflyttende team. Regionen bør derfor indtænke hjemme- og klinikjordemødre når der arrangeres kompetencevedligeholdelse, eks teamtræning for præhospitalt center, hvor hjemmefødselsjordemødre deltager, og underviser mm

S36 Om Kvalitetssikring og monitorering, samt faktaboks s 37: Ved organisering, hvor hjemme -og klinikfødsler er udliciteret til private ordninger, er det ikke hensigtsmæssigt, at retningslinjer dikteres af føde(læse special-) afdelinger. Disse ordninger formulerer egne evidensbaserede retningslinjer, som selvfølgelig godkendes regionalt. Dette optimerer mulighed for udvikling af hospitalets retningslinjer omkring den normale fødsel og barsel, -et område som ofte drukner i behovet for retningslinjer omkring håndtering af komplikationer. Således kan de små ordninger m fokus på den normale fødsel højne det faglige niveau, også på specialafdelingerne.

Sidste afsnit på s 36: *Ved en hjemmefødsel bør man, som man har på fødeafdelingerne desuden have et objektivt mål for barnets tilstand efter fødslen..etc*

Hvad er det for et objektivt mål? Jordemoderen er i kraft af sin uddannelse i stand til at vurdere barnets tilstand post partum. I hjemmet er kvinden og barnet derudover sikret eksklusiv en-til-en jordemoderomsorg i timerne efter fødslen, hvilket ikke altid kan sikres på en travl fødegang. Måling af feks navlesnorspH post partum kan næppe erstatte en erfaren jordemoders observationer, og er desuden praktisk umulig pga behovet for transport af blodprøven. Apgar-score lige efter fødslen, og løbende vurdering af barnets almentilstand i timerne pp er adækvat ved ukomplicerede fødsler. Udviser barnet tegn på patologi vil der altid overflyttes mhp tilsyn af pæd.

Såfremt SST's høringsteam ønsker at arbejde videre med en endnu mere sundhedsfremmende, patientsikkerhedsfremmende udkast til organisering af svangreomsorgen, stiller Hjemmefødselordning Sjælland meget gerne deres statistik, viden og ekspertise til rådighed. Vi brænder for at bevare, og beskytte jordemødrenes selvstændige virksomhedsområde, og sikre brugerne information, valgfrihed og trygge fødsler, -hjemme, på fødeklinikker og på fødeafdelinger på sygehusene.

MVH jordemødrene i Hjemmefødselsordning Sjælland

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 spørgsmålstegn 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 forskellige 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 forsimpning 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 klinik, i en fælles klinikløsning, 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 høringsvar 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 obstetiker og jordemoder anbefaler.

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

Med venlig hilsen

Lis Munk, formand for Jordemoderforeningen

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

København 28.9.2020

Sagsnr. 04-0400-298

Høringssvar til "Anbefalinger til organisering af fødeområdet"

Afsender: Jordemoderstuderende, 7. semester, Københavns Professionshøjskole

Vi ønsker, at følgende punkter bliver revideret:

- På side 24/74 bør følgende sætning genovervejes: *"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"*. Vi finder det kritisabelt, at kontinuerlig tilstedeværelse på stuen beskrives at kunne sikres af en jordemoderstuderende. Det kræver en autoriseret specialist (læs jordemoder) at sikre fornøden risikoopsporing samt forebyggelse af komplikationer under en fødsel. Jordemoderen skal være kontinuerligt til stede for den fødende og sikre sig eks. samtykke til behandling opnås af autoriseret sundhedsperson, som beskrevet i Sundhedslovens §21, så længe fødslen forløber ukompliceret. At pålægge en jordemoderstuderende ansvaret for at være på stuen uden beskrivelse af, at hun har en superviserende jordemoder hos sig er hverken fair for den studerende eller den fødende. Jordemoderstuderende indgår ikke i normeringen og kan derfor ikke forventes at tage ansvar for behandling.
Derudover bør det præciseres, hvem en "sundhedsperson" er. Den ukomplicerede spontane fødsel er jordemoderens selvstændige virksomhedsområde, som beskrevet i "Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.", og derfor bør ordet "sundhedsperson" udskiftes med ordet "jordemoder".
- På side 26/74 står desuden beskrevet: *"Der bør foreligge faglige evidensbaserede retningslinjer for undersøgelse, behandling og visitation, samt faste rammer for løbende kvalitetssikring og*

monitorering". Dertil bør det tilføjes; "De faglige evidensbaserede retningslinjer bør udarbejdes af den faggruppe, som behandlingsansvaret påligger. Retningslinjernes faglige evidens for den ukomplicerede spontane fødsel bør således foreligges af jordemødre, da det er deres selvstændige virksomhedsområde, hvor læger foreligger faglig evidens for den komplicerede fødsel, som er deres virksomhedsområde".

- Side 27/74. Hvis fødsler på fødeklinik kun tilbydes ukomplicerede fødende, som forventer ukompliceret og spontan fødsel af raskt barn, hvilket hører under jordemoderens selvstændige virksomhedsområde, kan det argumenteres, at disse fødeklinikker bør ledes alene af jordemødre.
- Vi ser gerne at Sundhedsstyrelsen anbefaler fødeklinikker uden for sygehuset i hver af de danske regioner, da dette høringsudkast henviser til, at der forekommer en reduktion af indgreb i fødsler uden for sygehuset (s. 41/74). Muligheden for at føde på fødeklinik uden for sygehuset og dermed tilbud om reduktion i indgreb i fødslen bør tilbydes alle fødende for på den måde at sikre lighed i sundhed og frit valg af fødested.

Med venlig hilsen

Ane Hass, Louise Strøm, Stine Hyldegaard og Thea Thetmark

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 jordemøderfagligt 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 "kvindecentrering" 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 Fødeklinik
Ulricce, Lea, Iben og Jacqueline

27. september 2020

Høringsvar vedr "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet"

Sundhedsstyrelsens udkast til "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet" er en modsætningsfuld tekst.

Alle Folketingets partier vedtog i enighed 10. marts 2015, at "alle fødende skal have så god en fødselsoplevelse som muligt [...] så nye familier får den bedst mulige start".

Alligevel er det som om Sundhedsstyrelsen i sin tekst på alle måder bestræber sig på det modsatte. Det er som om Sundhedsstyrelsen helst ikke vil fortælle sunde og raske gravide, at de kan stole på deres egne styrker og ressourcer; som om Sundhedsstyrelsen hellere vil skræmme kvinderne, end støtte dem i deres valg; som om Sundhedsstyrelsen vil fratage jordemødre deres selvstændige virksomhedsområde; som om Sundhedsstyrelsen vil sygeliggøre og medikalisere fødslen, som om de allerhelst vil flytte svangreomsorgen og fødselshjælpen fra det nære sundhedsvæsen i den primære sektor over i den sekundære sektor med fokus på risiko, sygelighed, indgreb og overbehandling. Uden at basere en eneste anbefaling på evidens. Og uden at ville vurdere omkostningerne ved sådan et skift.

For at undersøge om det virkelig kan være rigtigt, har jeg taget en tekstbiopsi - en slags vævsprøve - i det område af anbefalingerne, hvor teksten er vokset allermost siden høringen i 2019. Jeg har dissekeret teksten, ord for ord, sætning for sætning, afsnit for afsnit. Dissektionen er ikke skrevet som et klassiske høringssvar men er i stedet struktureret som en serie mails fra en metodenørd til den interesserede læser.

Det er svært at vide, hvorfor det øjensynligt er gået så galt for Sundhedsstyrelsen. Hvis mine observationer holder, bør Sundhedsstyrelsen trække deres udkast til anbefalinger tilbage, og i stedet vende tilbage til den enkle tekst i de nugældende anbefalinger. Det vil være i tråd med Folketingets vedtagelse, det vil være i tråd med WHO's anbefalinger, det vil være til fordel for de fødende, og det vil bevare svangreomsorgen der, hvor den hører hjemme, i den primære sundhedssektor.

Den foreliggende revision af anbefalingerne er ikke evidensbaserede. Hvis de udgives, bør dette klart angives i forordet. Og det bør tilføjes, at de enkelte regioner derfor ofte med fordel kan afvige fra de givne anbefalinger.

Med venlig hilsen

Ole Olsen
Forsker på området gennem mange år

Tænk og tal v/Ole Olsen
Blågårdsgade 28
2200 København N
ole.cph@gmail.com
CVR-nr 35071059

En metodeanalytisk læsning af en tekstbiopsi fra "Udkast til anbefalinger til organiseringen af fødeområdet"

Fra: Ole Olsen

Sendt: 7. august 2020 16:47

Emne: Jeg kigger på Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet

Kære X

Jeg er blevet spurgt, om jeg havde lyst til at kigge med i sst's nye udgave af anbefalinger til organisering af fødeområdet. Det havde jeg, og jeg har nu bevæget mig ind i sst's tekst.

Som noget nyt har sst nu anbragt et Resume af anbefalingerne forrest (som der også står i følgebrevet). Det er et udmærket sted at starte læsningen.

På side 7 er der i punktform oplistet syv Anbefalinger for Hjemmefødsler. Hvis man kigger på den bagvedliggende tekst i Afsnit 4.1, som anbefalingerne bygger på, viser det sig, at seks af de syv anbefalinger er GOBSAT i den forstand, at der ikke er nogen referencer, ikke nogen litteratursøgning og ikke nogen PICO. Det svarer desværre stadigvæk meget godt til DSAMs beskrivelse i forrige høringsvar til den tidligere version: "DSAM bemærker: ... At anbefalingerne ikke er strikt evidensbaserede, men i høj grad fremstår som konsensususkabte. Det er ikke nødvendigvis en kritik, men det ville være godt at få beskrevet, hvordan litteraturen er søgt, kvalitetsvurderet og udvalgt." Så for seks af de syv punkter ser DSAMs kritik stadig ud til at være gældende. Jeg lader i første omgang disse seks punkter ligge.

Tilbage står så ét punkt ud af de syv, som muligvis kunne være evidensbaseret, nemlig dette: "Der bør ved visitation af den gravide tages udgangspunkt i den gravides paritet, således at særligt førstegangsfødende informeres om, at der kan være en forøget risiko for sjældne fødselsrelaterede komplikationer ved hjemmefødsel, men at forskellen i absolutte tal er lille".

Om anbefalingen så også efter en nærlæsning af den bagvedliggende tekst viser sig at være evidensbaseret, vil jeg undersøge nærmere i de efterfølgende 3-4 mails (som kommer til at handle om PICO, litteratursøgning og udvalg og vurdering af litteratur). Du får dem, efterhånden som de er klar, og til sidst får du en mail med min sammenfatning. Jeg satser på at nå det hele i løbet af den næste uges tid.

kh

Ole

PS: Det er i øvrigt mærkeligt, at den nævnte anbefaling er den eneste anbefaling ud af over tyve, som nævner, at den gravide skal informeres om noget som helst. Man kunne da også mene, at denne konkrete detalje om en meget specifik information ikke hører hjemme i anbefalinger der handler om *organiseringen* af et område. Med andre ord, at det kan virke en smulige påklistret.

Jeg kigger på "fagligt grundlag"

Fra: Ole Olsen

Sendt: 9. august 2020 09:14

Emne: jeg kigger på "fagligt grundlag"

Hej X

Hermed som lovet min indledende mail med mine første detaljerede observationer, der leder frem til at se på PICO osv, nemlig nærlæsning af anbefalingernes afsnit og bilaget om "fagligt grundlag". Indledningsvist bemærker jeg, at der kun et enkelt sted i anbefalingerne henvises til afsnit "1.5. Fagligt grundlag", nemlig i afsnittet om valg af fødested næstøverst side 32:

Vurderingen af og rådgivning om valg af fødested bør foregå med inddragelse af den gravides situation og ønsker. Der bør desuden tages udgangspunkt i den gravides paritet. Førstegangsfødende bør informeres om, at der for førstegangsfødende oftere vil være behov for en overflytning til fødeafdeling, og kan være en øget risiko for sjældne, men alvorlige komplikationer hos barnet ved hjemmefødsel (for uddybning se afsnit 1.5 Fagligt grundlag).

Så de øvrige anbefalinger er som nævnt i forrige mail ikke engang forsøgsvis baseret på noget "fagligt grundlag" og er dermed nok det rene GOBSAT. Det er derfor ekstra spændende at læse afsnit "1.5 Fagligt grundlag" for at finde ud af, hvad det er for en slags fagligt grundlag, der er tale om, og om det eventuelt er evidensbaseret.

Afsnit "1.5 Fagligt grundlag" har to underoverskrifter, hhv "1.5.1. Litteraturgennemgang" og "1.5.2. Danske data vedrørende fødselsforløb". Jeg vil i første omgang koncentrere mig om litteraturgennemgangen som fylder to sider (side 15-6). Afsnittet begynder således:

Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med anbefalingerne udarbejdet en systematisk litteraturgennemgang i forhold til valg af fødested og fødselsrelaterede komplikationer hos den gravide og barn. Litteraturen har efterfølgende været drøftet med den videnskabelige arbejdsgruppe. Nedenfor opsummeres gennemgangen af det faglige grundlag, for yderligere beskrivelse se bilag 3.

Det lyder jo lovende at SST har "udarbejdet en systematisk litteraturgennemgang". Det var en af de ting DSAM efterspurgte, og en af de ting, som jeg finder mest spændende. Så i stedet for at læse sammenfatningen over de næste to sider, springer jeg direkte til den yderligere beskrivelse i bilag 3.

Bilag 3 er på 22 sider inklusiv referencer og interne bilag – den rene tekst er på 10,5 side. Altså et ret omfattende dokument. Inden vi kommer til den lovede "systematisk litteraturgennemgang" er der to indledende afsnit med overskrifterne hhv "Baggrund" og "Fagligt grundlag". Dem springer jeg i første omgang over for at komme til sagen. Den lovede "systematisk litteraturgennemgang" har, når man læser videre, fået den mere beskedne overskrift "Gennemgang af litteraturen" uden brug af ordet "systematisk". Der forekommer derefter forskellige typer af under-under-overskrifter, men valget af typografi er ikke klart (i øvrigt virker teksten ugennemarbejdet med en del trykfejl, som fx årstallet 20002). Det ser ud som om, afsnittet har to underafsnit, hhv et kort afsnit på én side med overskriften "Litteratursøgning" og et længere med overskriften "Læsning og tolkning".

Det første underafsnit starter således:

Metoden til at fremsøge og afgrænse litteraturen vedrørende organisering af fødeområdet ved denne 2. gennemgang af området tager udgangspunkt i samme tilgang, som anvendes ved udarbejdelse af Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR) 3. To fagspecialister opstillede et fokuseret spørgsmål (PICO) vedrørende sammenhængen mellem valg af fødested og perinatale komplikationer hos mor

og/eller barn, se PICO bilag 1. Dette spørgsmål dannede baggrund for en systematisk litteratursøgning, som efterfølgende blev udarbejdet af en søgespecialist. Litteratursøgningen blev foretaget mellem 8. juli og 11. juli 2019, hvor der i relevante databaser blev søgt efter allerede eksisterende retningslinjer. For detaljer vedrørende databaser, søge-termer, inklusions- og eksklusionskriterier se søgeprotokol bilag 2.

Jeg bemærker mig, at udtrykket "tager udgangspunkt i" anvendes. Det er altså nu hverken tale om at udarbejde "en systematisk litteraturgennemgang" eller om systematisk at følge metoden i NKR.

Hvad mon man så foretager sig? Noget semisystematisk? Noget som skal ligne systematik? Eller noget som skal dække over GOBSAT? Det vender jeg tilbage til i de efterfølgende mails, hvor jeg ser på deres PICO.

kh

Ole

Jeg kigger på PICO

Fra: Ole Olsen

Sendt: 12. august 2020 06:41

Emne: SV: Offentlig høring: Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet - jeg kigger på PICO

Hej X, m fl

Inden jeg fortsætter med mine observationer vedr PICO (nedenfor), vil jeg lige bemærke, at da jeg skrev teksten, havde jeg kun dig i tankerne som modtager. Mine referencer er derfor kun i varierende grad fyldestgørende. Afhængig af, hvordan du ville bruge min tekst, forestillede jeg mig, at når du havde modtaget og læst alle mine stumper, så kunne du melde tilbage, hvor meget og hvordan du ville bruge den, og så kunne jeg lave en sammenfatning med en referenceliste med det nødvendige. Nu vil du så gerne videresende til Y og Z, og det er OK, men jeg tror, jeg vil holde fast i de nogle gange ret underforståede referencer. De begynder at dukke op i afsnittet nedenfor. Sig til hvis du vil have links til nogle af dem allerede nu.

kh

Ole

PICO

Jeg bemærker, at der i forlængelse af henvisningen til NKR nævnes, at "To fagspecialister opstillede et fokuseret spørgsmål (PICO) vedrørende sammenhængen mellem valg af fødested og perinatale komplikationer hos mor og/eller barn", og at dette umiddelbart "dannede baggrund for en systematisk litteratursøgning". Men ifølge den metodehåndbog for NKR, som der henvises til, er udarbejdelse af PICO en ret omfattende proces (det er det relativt set også på vores forskningstræningskursus). Processen er i metodehåndbogen beskrevet over 3 sider (side 18-20). I det første afsnit om udarbejdelse af en PICO under overskriften "3.1 Fokuserede spørgsmål" i metodehåndbogen står (mine understregninger):

Emnet for den pågældende NKR er indledningsvist afgrænset i kommissoriet. Yderligere afgræsning foretages af arbejdsgruppen, som beslutter hvilke fokuserede spørgsmål retningslinjen skal indeholde. Udarbejdelsen af fokuserede spørgsmål sker med metodemæssig bistand fra metodekonsulenten. Inden første arbejdsgruppemøde udarbejdes et forslag til fokuserede spørgsmål. Det sker på baggrund af kommissoriet og i et samarbejde mellem sekretariatet, fagkonsulenten, metodekonsulenten og evt. Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver(e) inden for området. Udkastet til fokuserede spørgsmål drøftes på 1. møde i arbejdsgruppen. Herunder er det væsentligt at arbejdsgruppen har mulighed for at foreslå andre temaer og konkrete spørgsmål så det sikres at de fokuserede spørgsmål kommer til at afdække de mest relevante kliniske problemstillinger. Mellem 1. og 2. møde i arbejdsgruppen kvalificeres udkastet, og den endelige udvælgelse af de fokuserede spørgsmål foretages på 2. møde i arbejdsgruppen efter drøftelse med referencegruppen.

Jeg bemærker, at arbejdsgruppen øjensynlig ikke har været med til at beslutte, hvilke fokuserede spørgsmål retningslinjen skal indeholde (det vender jeg tilbage til), og at de to fagspecialisters PICO slet ikke er blevet drøftet i arbejdsgruppen. PICO-processen har altså været mangelfuld.

Om valg af outcomes skriver metodehåndbogen blandt andet:

Outcome (effekter): [...] Her skal ind tænkes relevante outcome for alle beslutningstagere

Outcome: Når outcome skal fastlægges kan det være en god ide med en bruttoliste [...], hvor alle potentielt relevante outcome bringes op. Herefter kan arbejdsgruppen diskutere, hvilke de ender med at ville beholde og hvilke ikke er så vigtige alligevel.

For det første bemærker jeg, at udtrykket "perinatale komplikationer hos mor og/eller barn" i det valgte udfaldsmål ikke forekommer i de eksisterende anbefalinger. Det lidt kortere udtryk "perinatale komplikationer" forekommer et enkelt sted i de eksisterende anbefalinger, nemlig i afsnittet "11.9.1 Risici ved overbårenhed", hvor der står

Graviditas prolongata øger risikoen for perinatale komplikationer, såsom placentainsufficiens, mekoniumafgang, skulderdystoci, aspiration, fetal distress og nedsat apgar score. Endvidere øges risikoen for maternelle komplikationer, såsom dystoci, obstetriske traumer, sectio og postpartum blødning.

Det valgte udfaldsmål ser altså ud til at være opfundet til lejligheden (uden dog af den grund at være komplet irrelevant). Afgræsningen til det valgte udfaldsmål i det eneste fokuserede PICO-spørgsmål forekommer heller ikke i MeSH, hvor det nærmeste begreb er "Obstetric Labor Complications", som af gode grunde ikke omfatter fx "nedsat apgar score". Det valgte udfaldsmål er (overraskende nok) heller ikke et af de outcomes, kvinder over hele verden ifølge et kvalitativt systematisk review udarbejdet for WHO selv lægger mest vægt på (Downe et al, 2018): "What mattered to most women was a positive experience that fulfilled or exceeded their prior personal and socio-cultural beliefs and expectations. This included giving birth to a healthy baby in a clinically and psychologically safe environment with practical and emotional support from birth companions, and competent, reassuring, kind clinical staff. Most wanted a physiological labour and birth, while acknowledging that birth can be unpredictable and frightening, and that they may need to 'go with the flow'. If

intervention was needed or wanted, women wanted to retain a sense of personal achievement and control through active decision-making.”

Valget af udfaldsmål, og processen frem mod valget, forekommer på den baggrund mangelfulde.

Udover ”perinatale komplikationer hos mor og/eller barn” som outcome, kunne man eksempelvis have inkluderet

- ”en god fødselsoplevelse”
 - jfr Folketingsvedtagelse 10/3 2015
 - jfr formålet med 2020-anbefalinger, afsnit 1.2
 - jfr WHO recommendations for Intrapartum care for a positive childbirth experience 2018
- ”personlig udvikling og tryghed”
 - jfr Folketingsvedtagelse 10/3 2015
 - jfr formålet i 2013-anbefalingerne, afsnit 2.1
 - jfr DSAMs pejlemærke 4
- ressourceforbrug og økonomi
 - jfr DSAMs første høringssvar
- overflytninger
 - jfr p51+58 i 2020-udkastet til anbefalinger

Ift det sidste punkt bemærker forfatterne til 2020-udkastet selv, at deres PICO efterfølgende har vist sig at være mangelfuld i hvert fald ift overflytninger: ”Overflytninger var ikke en del af det fokuserede spørgsmål, og Sundhedsstyrelsen har således ikke lavet en systematisk litteratursøgning vedrørende sammenhængen mellem planlagt fødested og overflytninger” (p 51) og ”I det videre arbejde med anbefalingerne vil styrelsen inkludere yderligere data på overflytninger” (p58).

Det vil være oplagt i det nævnte videre arbejde med anbefalingerne at lave den bruttoliste over mulige udfaldsmål som anbefales i NKR-metodehåndbogen og som udgangspunkt i det mindste inkludere de udfaldsmål, som er blevet foreslået i høringssvarene i første høringsrunde, og derudover de udfaldsmål, som kan udledes af det kvalitative systematiske review af aspekter, som generelt er vigtige for fødende kvinder.

I metodehåndbogen anføres endelig:

De fokuserede spørgsmål udgør grundlaget for den efterfølgende udarbejdelse af litteratursøgningsstrategi, inklusions- og eksklusionskriterier, fokus ved læsning af litteratur, samt formulering af anbefalinger.

Som anført i det første citat fra metodehåndbogen så beslutter arbejdsgruppen hvilke PICO'er anbefalingerne skal indeholde. Sædvanligvis skal anbefalinger indeholde en PICO pr fokuseret spørgsmål, som til slut fører til én anbefaling, som er svar på det fokuserede spørgsmål.

Sammenfatning ift PICO

Det første udkast til anbefalinger fra 2019 indeholdt ikke en eneste PICO. Det nuværende udkast indeholder en enkelt mangelfuld PICO. I betragtning af, at den enkelte PICO ”udgør grundlaget for den efterfølgende udarbejdelse af litteratursøgningsstrategi, inklusions- og eksklusionskriterier,

fokus ved læsning af litteratur, samt formulering af anbefalinger”, kan man allerede på nuværende tidspunkt i læsningen frygte, at de foreliggende anbefalinger (jfr den alt for brede overskrift på bilag 3) hviler på et tyndt grundlag.

Jeg kigger på litteratursøgning

Fra: Ole Olsen

Sendt: 12. august 2020 07:10

Emne: SV: Offentlig høring: Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet - jeg kigger på litteratursøgning

(Systematisk?) litteratursøgning

Formålet med en systematisk litteratursøgning er at finde al den potentielt relevante videnskabelige litteratur.

Som beskrevet ovenfor er det sådan, at ”Metoden til at fremsøge og afgrænse litteraturen vedrørende organisering af fødeområdet ved denne 2. gennemgang af området tager udgangspunkt i samme tilgang, som anvendes ved udarbejdelse af Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR) (min understregning)”. Desværre er den PICO og den PICO-proces, der tages udgangspunkt i, mangelfuld. Men måske lykkes det alligevel at tilrettelægge og gennemføre en litteratursøgning, som er tilstrækkeligt systematisk til at finde al den potentielt relevante videnskabelige litteratur for den temmeligt begrænsede PICO?

Det ser desværre ikke ud til at være tilfældet. Der ”blev søgt efter allerede eksisterende retningslinjer”. Videnskabelig litteratur blev altså kun medtaget i det omfang, den blev omtalt i en eksisterende retningslinje. Altså langt fra en udtømmende søgning. Man kan med rette frygte, at ikke al potentielt relevante videnskabelige litteratur vil blive fremsøgt med den anvendte restringerede systematik. (Øjensynlig er der i øvrigt tale om en misforståelse af formålet med de initiale søgninger, som er beskrevet i NKR-håndbogen – men det vil jeg ikke gå i detaljer med her).

Processen efter den restringerede søgning beskrives således:

Ved søgningen fremkom 1744 fund, der blev gennemgået og derefter grovsorteret på baggrund af titel og abstract. Dette resulterede i 36 retningslinjer, der blev gennemgået ved fuld-tekstlæsning. Som følge af gennemlæsningen blev 9 retningslinjer, der omhandlede sammenhængen mellem valg af fødested og komplikationer hos mor og barn, udvalgt. Disse 9 retningslinjer blev scoret med værktøjet AGREE II, der er et kvalitetsvurderingsværktøj til at vurdere kvaliteten af retningslinjer. Fire af disse retningslinjer blev vurderet til at have så høj metodisk kvalitet, at de kunne benyttes som kilde til søgning efter sekundær og primær litteratur. Se bilag 3 for flowdiagram og liste over inkluderede og ekskluderede retningslinjer.

Den bagvedliggende mangelfulde PICO bevirker, at der i de to først beskrevne trin kan være frasorteret litteratur, som kunne være potentielt relevant, fordi der kun er fokus på en meget lille del af de relevante outcomes. I det tredje trin kan der være frasorteret yderligere potentielt relevante videnskabelige litteratur, fordi det ikke er nødvendigt at opfylde samtlige AGREE II

kriterier, for at en given retningslinje indeholder en fremsøgning af al potentielt relevante videnskabelige litteratur. Endelig blev referencerne bag de 4 retningslinjer efterfølgende systematisk gennemgået af to personer uafhængigt af hinanden, hvilket førte til en yderligere reduktion, så man endte med, at 12 studier blev "vurderet relevante og sendt ud til arbejdsgruppen".

En indikation af, at søgningen måske ikke har været tilstrækkelig, er, at "Arbejdsgruppen blev bedt om at supplere med relevant litteratur, og 6 studier blev som følge heraf tilføjet." En alternativ forklaring, til at søgningen ikke har været tilstrækkelig, kunne være, at en eller flere af de, som sad rundt om bordet, ønskede at få studier, som ikke levede op til kvalitetskravene, inkluderet alligevel. Men det kan man vel dårligt forestille sig, faktisk skulle kunne finde sted i en styret, systematisk proces, som tilstræber, at de faglige råd er evidensbaserede?

Sammenfatning ift litteratursøgning

Den såkaldt systematiske litteratursøgning lever ikke op til formålet med en traditionel systematisk litteratursøgning. Den giver ingen garanti for, at den vil finde al potentielt relevant, videnskabelig litteratur, hverken hørende til den restringerede PICO eller for en mere relevant og bredere formuleret PICO. Trods forsøget på systematik er der stadig et element af GOBSAT i processen, idet der suppleres med (ifølge flowdiagrammet i bilag 3d) en ikke ubetydelig andel af ikke-kvalitetsvurderede artikler. Endelige afspejler søgningen ikke på nogen måde en ambition om at dække alle de andre mulige, relevante PICO'er, som kunne falde ind under bilagets bredere overskrift.

Jeg kigger på PICO-I

Fra: Ole Olsen

Sendt: 15. august 2020 09:47

Emne: SV: Offentlig høring: Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet - jeg kigger på PICO-I

Tilbage til PICO

Ovenfor har jeg diskuteret den overordnede PICO-proces, et enkelt element i PICO'en, nemlig outcome, og de valgte outcomes relation til den stedvist såkaldte systematiske søgning. Men de øvrige elementer i PICO'en er også relevante, både for søgningen, og måske endnu mere for de efterfølgende skridt, som de beskrives i NKR metodehåndbogen: "De fokuserede spørgsmål udgør grundlaget for den efterfølgende udarbejdelse af litteratursøgningsstrategi, inklusions- og eksklusionskriterier, fokus ved læsning af litteratur, samt formulering af anbefalinger. (Mine understregninger)".

Formålet med anbefalingerne er at sikre et trygt fødselsforløb uanset, hvor og hvordan fødslen finder sted, og de skal sikre et fagligt grundlag for organisering af fødeområdet jfr følgende fremhævede tekst fra udkastet:

1.2. Formålet med anbefalingerne

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.

Anbefalingerne skal sikre et fagligt grundlag for Sundhedsstyrelsens rådgivning til regionerne i forhold til deres opgave i forbindelse med fødslen. Med anbefalingerne etableres en fælles faglig ramme for organisering af fødeområdet og de forskellige fødetilbud i Danmark

Da valg af hjemmefødsel er en lovsikret rettighed i Danmark - dels sådan at kvinder har ret til bistand fra en jordemoder betalt og udsendt af det offentlige sundhedssystem, dels sådan at jordemødre har et selvstændigt virksomhedsområde, hvor de uanset ansættelses må varetage den spontane fødsel (fødsel til termin uden komplikationer), således at kvinder, som ikke måtte være tilfredse med den offentligt organiserede hjemmefødselordning, kan vælge en autoriseret jordemoder og eventuelt mod betaling kan modtage jordemoderomsorg uden for den offentlige ordning - må formålet med retningslinjerne ift hjemmefødsler være at sikre, at disse lovsikrede muligheder er organiseret så sikkert og godt som muligt. Dette nødvendiggør en diskussion og afklaring af de øvrige elementer i PICO'en.

PICO-I

Sundhedsvæsnen er organiseret mere eller mindre forskelligt i de lande, vi normalt sammenligner os med, den formelle lovregulering kan være lidt forskellig, uddannelserne kan være lidt forskellige og den kliniske og praktiske organisering kan til trods for formelle ligheder involvere fx kulturelt og demografiske bestemte variationer. Derudover kan man forestille sig praksisser og kombinationer af praksisser, som ikke forekommer i noget enkeltland (eller i hvert fald ikke i lande, som har publiceret opgørelser over, om organiseringen bidrager til den bedst mulige fødselsoplevelse, sundhedstilstand og færrest mulig komplikationer under og efter fødslen). Som nævnt ovenfor anbefaler NKR, at fokuseringen af spørgsmålet diskuteres nøje i arbejdsgruppen (og Cochrane Håndbogen er endnu mere detaljeret på dette punkt). Dette er ikke sket i det foreliggende udkast til anbefalinger. I stedet har to af sst's medarbejdere blot uden yderligere forklaring anført følgende i "Bilag 3.a - Fokuseret spørgsmål (PICO)" (som i udkastet (p49n) omtales som bilag 1 – måske for at understrege, at ingen har læst bilaget særlig grundigt ☺):

I- Intervention

Planlagt fødsel på fødeafdeling, fødsel på klinik på sygehus, fødsel på klinik uden for sygehus og hjemmefødsel. Analyseret ud fra Intention-to-treat, eller en lignende tilgang, hvor udfald analyseres ud fra eksponering planlagt ved fødselens start.

C- Comparison

Repræsentativ sammenligningsgruppe (dvs. så vidt muligt lavrisikofødsende)

Der er tale om en forholdsvis bred og rodet beskrivelse af I og C. Det virker som om, man vil finde den bedste måde at føde ud af fire nævnte muligheder på (målt på det ene outcome man har valgt). To af mulighederne er lovsikret i Danmark, og de to andre tilbydes kun i visse regioner. Hvis det er det, der er tale om, er der snarere tale om et teoretisk forskningsspørgsmål end om, hvordan man bedst muligt organiserer fødselshjælpen i Danmark. Fx lægger PICO'en ikke op til at sikre, at den lovsikrede ret til at føde på sygehus (i praksis på giga-store, fabriksagtige fødeafdelinger

sammenlignet med en mindre centraliseret organisering sygehusfødslerne som i fx Tyskland) organiseres bedst muligt, og den lægger heller ikke op til at sikre, at kvinders lovsikrede ret til at føde hjemme organiseres bedst muligt.

Sammenligner man grundstrukturen i den valgte PICO med anbefalingerne i NKR-håndbogen ses det også, at den valgte struktur mangler præcision. I NKR-håndbogen står i en tabel (side 18 – formateringen er gået delvist tabt i min tekstgengivelse nedenfor):

Intervention (interventionen): Definition af interventionen/erne. Hvilke variationer (eksempelvis dosis, administrationsform o.l.) findes der af interventionen? Skal alle variationer inkluderes? Comparison (alternativet): Hvad er alternativet til den undersøgte intervention? Hvilken sammenligning er relevant i forhold til praksis?...

I NKR-håndbogen eksemplificeres det således (side 19-20):

Interventionen: Antibiotikabehandling. Her skal man overveje om man vil tage alle former med eller om det kun er specifikke former for antibiotika man er interesseret i.

Comparison: Her skal man overveje hvad alternativet er. I dette eksempel kunne sammenligningen være 'at vente og se' (Watchful waiting).

Hvis man vil sikre, at den lovsikrede ret til at føde hjemme organiseres bedst muligt, ville det være oplagt at afgrænse PICO'en på baggrund af, hvilke specifikke organiseringer af hjemmefødsler man kunne overveje i en dansk sammenhæng, svarende til overvejelserne om hvilke specifikke former for antibiotika, man er interesseret i.

I Cochrane Reviewet om hjemmefødsler så vi primært på studier fra UK, NL og Canada (**ref**), og i det endnu upublicerede FAQta-ark fra DSAM baserer vi os primært på opdaterede studier fra de samme lande suppleret med kommentarer om resultater fra studier i lande, hvor sundhedsvæsnet og jordemoderuddannelsen er mindre velorganiseret (**ref**).

Hvad angår jordemoderuddannelsen og organiseringen af jordemødres virke i de tre nævnte lande og i Danmark, er det værd at bemærke, at jordemodererhvervet i Canada blev lovreguleret forholdsvis sent, startende i 1991 i Ontario, og at certificeringen af praktiserende men formelt uuddannede og immigrerede jordemødre blev gennemført af en international gruppe af jordemødre forestået af den danske jordemoder Susanne Houd. Susanne Houd havde tidligere på vegne af WHO sammen med sociolog Ann Oakley skrevet bogen "Helpers in Childbirth - Midwifery Today". Blandt andet på den baggrund blev Susanne Houd inviteret af sundhedsministeriet i Ontario til at danne et team af jordemødre fra lande, hvor hjemmefødsler og jordemodervirke var en integreret og lovfæstet del af sundhedsvæsnet med henblik på dels at efteruddanne, eksaminere og certificere de allerede klinisk aktive jordemødre, dels samtidig hermed medvirke til at udvælge og integrere de bedste enkeltelementer fra de enkelte lande med henblik på at sikre, at den nyetablerede jordemoderuddannelse blev bedst mulig samt stille krav til den løbende faglige efteruddannelse og fortsatte autorisation. Det kan således forventes, at den Canadiske organisering kunne være en anelse overlegen ift de allerede eksisterende, lovregulerede organiseringer i de øvrige lande.

Sammenfatning ift PICO-I

Det kunne i forlængelse af denne diskussion af mulige afgrænsninger af I og C i PICO'en i det fokuserede spørgsmål være relevant at fokusere spørgsmålet således: Hvilken organsering af hjemmefødselstibuddet fører til den bedst mulige fødselsoplevelse, sundhedstilstand og færrest mulig komplikationer under og efter fødslen? (Eller mere bredt: Hvilken organsering af svangreomsorgen fører til den bedst mulige fødselsoplevelse, sundhedstilstand og færrest mulig komplikationer under og efter fødslen?)

Jeg kigger på PICO-P

Fra: Ole Olsen

Sendt: 15. august 2020 09:52

Emne: SV: Offentlig høring: Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet - jeg kigger på PICO-P

PICO-P

I NKR-håndbogen beskrives P'et i PICO'en således (side 18):

Population (patientgruppen): Definition af sygdommen/tilstanden og patientmålgruppen med relevante demografiske faktorer (f.eks. alder).

I betragtning af, at alle kvinder i Danmark kan vælge hhv sygehus- og hjemmefødsel, regionerne er forpligtet til at bistå med kvalificeret personale, og jordemødre med autorisation er forpligtet til at bistå ved en hjemmefødsel i hht lov, kunne en relevant afgrænsning være *alle* kvinder, evt med en risikostratificering.

En sådan opdeling eksemplificeres således i NKR-håndbogen (side 19-20):

Populationen: Børn med mellemørebetændelse. Her kan det være relevant at overveje, om det skal gælde alle børn eller om man for eksempel mener, at der for børn under seks måneder er særlige forhold der kan spille ind. Hvis man mener dette skal man overveje at splitte spørgsmålet op således at man har et der går på børn under seks måneder og et der går på børn over seks måneder

I Cochrane Reviewet har vi beskrevet P således:

The primary focus is on women with an uncomplicated pregnancy and low risk of medical intervention during birth If any trials are identified that include women with a higher risk, secondary analyses will be done for these.

Igen afviger strukturen af beskrivelsen af P i udkastet til anbefalinger en smule fra NKR (min understregning):

Kvinder med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel, dvs. en spontan indsættende fødsel til termin, efter en ukompliceret graviditet uden risikofaktorer der øger risikoen for komplikationer hos mor og barn. Opgjort ift. paritet

Det er uklart, hvad begrundelsen for sætningen "uden risikofaktorer der øger risikoen for komplikationer hos mor og barn" er. En given intervention kan have en gavnlig effekt for dem *uden* en given risikofaktor, den kan have en gavnlig effekt for dem *med* risikofaktoren, i begge grupper, eller i ingen af grupperne. Tilføjelsen forekommer mig derfor meningsløs. Det kunne muligvis være relevant at undersøge effekten for hvert niveau af en given risikofaktor (eller kombination af risikofaktorer – men det vil hørte føre til et alt for tyndt datagrundlag). Det er dermed også uklart, hvorfor netop den nævnte risikofaktor (paritet) er udvalgt og ikke andre. Stratificering på risikoniveau snarere end på enkeltrisikofaktorer forekommer mere logisk (som i Cochrane reviewet) og mere veletableret (som ved opgørelse af eventuel risiko for fx hjertesygdom).

Sammenfatning ift PICO-P

Beskrivelsen af P'et i PICO'en afviger en smule fra den sædvanlige struktur. Det virker ikke hensigtsmæssigt, og det er heller ikke begrundet. Men alt i alt er det den mindst problematiske del af sst's PICO.

Slutbemærkning

Det var så langt jeg nåede i mine strukturerede læsning og kommentering inden deadline. Jeg har også kommentarer til de efterfølgende afsnit, men de er ikke nedskrevet.

Ole Olsen
København 22. august 2020 og 26. september

Sundhedsstyrelsen

Telefon 3866 6000
Direkte 38666015
Mail hanne.s.rasmussen@regionh.dk

Journal-nr.: 20000586

Dato: 28-09-2020

Svar på høring om anbefalinger til organisering af fødeområdet

Sundhedsstyrelsen har fremsendt nye "Anbefalinger til organisering af fødeområdet" i høring og har bedt om bemærkninger senest den 28. september 2020.

Anbefalingerne er behandlet politisk i Region Hovedstaden, og nærværende høringssvar er godkendt af regionsrådet den 22. september 2020.

Region Hovedstaden finder overordnet, at det er nogle gode og fornuftige anbefalinger, som sætter retning på fødetilbuddene på fødeområdet, og hvor der samtidig også er rum for en regional tilrettelæggelse af de forskellige fødetilbud.

Anbefalingerne er generelt fint i tråd med Region Hovedstadens organisering af fødestederne, herunder også med etableringen af fødeklিনikker i forbindelse med fødestederne og med den regionale hjemmefødselsordning, der begge er etableret i 2019.

Det er besluttet i regionen, at der skal etableres et nyt kvinde-barn-center i regionen på Bispebjerg Hospital, og der arbejdes på den nærmere tilrettelæggelse af rammerne herfor. Regionen vil indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning, når rammerne er nærmere beskrevet.

For bemærkninger af mere teknisk karakter og forslag til justering af teksten henvises til vedhæftede bilag.

Med venlig hilsen

Svend Hartling

NOTAT

Telefon 3866 6000
Direkte 38666015
Mail hanne.s.rasmussen@regionh.dk

Journal-nr.: 20000586

Dato: 21-08-2020

Tekniske bemærkninger til organisering af fødesteder

Overordnet er det meget positivt, at der på baggrund af høring og møde i sundhedsstyrelsen er sket en gennemskrivning af anbefalingerne, som er blevet meget bedre.

Titel

Der foreslås en mere præcis titel fx *"Anbefaling til organisering af fødsler eller fødetilbud"*, da *"fødeområdet"* normalt omfatter hele forløbet for graviditet, fødsel og barsel.

Side 6, anbefaling

Dot 4 under fødeklínik på sygehus er anført, at *"Hvis der opstår komplikationer på klinik, skal man overflyttes til fødegang med henblik på f.eks. akut forløsning inden for 15 min"*.

Hvis der skal laves et grad 1 sectio, kører man ikke forbi fødegang, men direkte fra fødeklínik op på operationsstuen. Det foreslås, at eksemplet med den akutte forløsning inden for 15 min. slettes.

Side 8, anbefaling

Dot 1 under fødsel på klinik på sygehus. Det bør tilføjes, at *"Ved meget akut opstået komplikationer, der fordrer øjeblikkelig intervention, skal der være mulighed for lægelig assistance på stuen"*, fx flytter man ikke en fødende med fastsiddende skulder.

Side 11

Herlev og Gentofte Hospital har højt specialiseret funktion på hæmoglobinopater, hvorfor der skal stå HSF i kolonnen "Gynækologisk/Obstetrisk afdeling.

Side 22, 2. afsnit

Det foreslås, at slette ordet medicinske.

Side 22, 3. afsnit

Der skal også være blodbanksservice.

Side 22, 3.1 afsnit

Det er ikke muligt for Bornholms Hospital, der ikke har pædiatrisk hovedfunktion at varetage fødsler fra uge 32+0. Det ønskes rettet til uge 34+0, hvor der forventes lungemodent barn.

Side 23: Jordemoder

Det foreslås, at slette sætningen: *"Andre fødsler, for eksempel fødsel før eller efter termin, fødsler, der søges fremskyndet eller standset ved særlig behandling og flerfoldsfødsler må jordemoderen kun varetage under lægefagligt ansvar"*.

Der tilføjes efter *"Jordemoderen skal ved patologiske fund (...) henvise til eller tilkalde en læge"*: *Det påhviler jordemoderen at bistå lægen under den behandling, som denne skønner det nødvendigt at foretage. Såfremt komplikationen skønnes at kræve hurtig indgriben, og lægen ikke omgående kan foretage det fornødne, skal jordemoderen, indtil ansvaret for behandlingen kan overtages af en læge, yde den nødvendige hjælp.*

Side 24: Øvrigt sundhedsfagligt personale

Det foreslås, at afsnittet slettes – da det ikke er vigtigt, at det i anbefalingen beskrives, hvem der fx reder en stue op.

Fødestederne er forskelligt organiseret med hensyn til medhjælp og uanset organisering, er det fødejordemoderens ansvar at sørge for, at der fx tages relevante blodprøver.

Ligeledes er det uklart, hvad der menes med, at sygeplejersker på en fødegang kan have selvstændigt ansvar i relation til fødslen/fødegangen. Alle ansatte skal have en stillings- og funktionsbeskrivelse, hvor det vil fremgå, hvilke opgaver og ansvarsområder samt kompetencer, den enkelte har.

Side 31: 4.1 afsnit hjemmefødsel

Hvad menes med *det sted, hvor hun vælger at føde?*

Juridisk har den gravide ret til planlagt hjemmefødsel på sin folkeregisteradresse, og det ønskes således præciseret, at det er folkeregisteradressen.

Side 32:

"Umiddelbart" i 2. sætning bør slettes.

Sundhedsstyrelsen, Planlægning
(specialeplanlaegning@sst.dk)



Bemærkninger til udkast til "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet"

Sundhedsstyrelsen har 2. juli 2020 sendt *Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet* i høring. Region Midtjylland takker for mulighed for at kommentere. Nærværende bemærkninger til høringsudkastet er udarbejdet på baggrund af bl.a. indsamling af bemærkninger fra hospitalerne/fødestederne i Region Midtjylland samt regionens tværfaglige specialeråd for gynækologi og obstetrik.

Dato: 24.09.2020

Sagsbehandler: HBN

hennil@rm.dk

Tel. +45 5152 9750

Sagsnr. 1-31-72-42-16

Region Midtjylland har tidligere afgivet administrativt høringssvar af 25. marts 2019 i forbindelse med første høringsrunde vedrørende Sundhedsstyrelsens udkast af 4. marts 2019 til *Krav og anbefalinger til organiseringen af fødeområdet*.

Side 1

Overordnede bemærkninger

Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger udgør et vigtigt fælles grundlag for udviklingen og tilrettelæggelsen af svangreomsorgen i Danmark.

Region Midtjylland er aktuelt i gang med en proces vedrørende udarbejdelse af en ny fødeplan. Det hilses i den sammenhæng velkomment, at Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger kan understøtte dette arbejde og den efterfølgende implementering.

Fødestedet på Regionshospitalet Horsens er uden fysisk børneafdeling, og disse betingelser tages der højde for i visitering, planlægning, organisering, rekruttering og den systematiske træning af personalet. Der visiteres kun lav-risiko fødsler og fødes kun efter uge 35. graviditetsuge.

Akutte komplikationer hos et nyfødt barn kan imidlertid opstå uanset visitationen, og Regionshospitalet Horsens har et team af jordemødre, fødselslæger og anæstesilæger, som er specialtrænede til at varetage den akutte behandling. Derudover er der mulighed for øjeblikkelig telefonisk/telemedicinsk kontakt til neonatologer på Aarhus Universitetshospital hele døgnet.

Hvis et barn har brug for længerevarende hjælp og behandling, sker samarbejdet med den neonatale transportordning "Babylancen", den vagthavende neonatolog på Aarhus Universitetshospital samt Børn og Unge på Aarhus Universitetshospital. På alle hverdage er der på Regionshospitalet Horsens pædiater til stede, som udover at varetage pædiatrisk ambulatorium kan gå stuegang osv. på nyfødte. Der er desuden et tæt samarbejde mellem Regionshospitalet Horsens og Børn og Unge, Aarhus Universitetshospital med bl.a. samarbejds-møder, tværfaglige audits på cases, undervisning ved pædiater på afsnittene i Horsens samt tværfaglig teamtræning.

Der er således adgang til pædiatrisk assistance fra Aarhus Universitetshospital døgnet rundt, og fødestedet har gode faglige og bruger-oplevede resultater. Det er opfattelsen, at fødestedet og det skitse-rede setup lever op til Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger i forhold til kompetencer og organisering af fødsler på hospitaler.

Konkrete bemærkninger

I det følgende er der samlet en række indholdsmæssige og mere tekstnære bemærkninger til det nye udkast.

Det er foreslået, at al information til gravide bør indledes med, at det generelt er sikkert at føde i Danmark, og at akutte og alvorlige komplikationer er meget sjældne samt, at præmissen for valg af fødested er kvindens eget valg - beslutning om valg af fødested bør altid være baseret på fælles beslutningstagning, der involverer kvindens/parrets præferencer, behov og forudsætninger.

I forhold til kommunikation/information om risici kan det konstateres, at de indkomne bemærkninger afspejler, at der fortsat kan være grund til gennemgå materialet med det for øje, at fremstillingen af sandsynligheden for opståede risici og karakteren af disse fremstår så neutralt/nøgternt/unbiased som overhovedet muligt – uanset om det drejer sig om hjemmefødsler (og overflytninger i forbindelse hermed) eller fødsler i hospitalsregi.

Der peges i den sammenhæng endvidere på, at data-/evidensgrundlaget bag nogle af anbefalingerne hviler på engelske studier, særligt "Birthplace in England". Her er der givet udtryk for, at der bør være større varsomhed i forhold til at overføre erfaringerne fra England til en dansk sammenhæng, f.eks. er indgrebsfrekvensen højere i England end i Danmark.

Tilsvarende peger bemærkningerne i retning af, at beskrivelsen af "indgreb" og "overflytninger" skal tilstræbes beskrevet mere neutralt.

Formålet med en så neutral/nøgtern fremstilling som overhovedet muligt skal bl.a. være at sikre kvinderne/parrene størst mulig indsigt

og tryghed i forhold til valget mellem hjemmefødsel versus fødsel i hospitalsregi.

Der er i de indkomne bemærkninger generelt efterspurgt større præcision i tekstens angivelse af risici for både første- og flergangsfødende inkl. kategorisering af disse risici.

Specialerådet har anført, at det kan være problematisk at sammenligne fødsel på hospital og fødsel uden for hospital med hensyn til frekvensen af igangsættelser, da man ikke kan igangsætte i forbindelse med hjemmefødsel eller fødsel på klinik uden for sygehus. Der spørges samtidig til det bagvedliggende data-grundlag, hvilket også gælder "generel anæstesi", der ligeledes er omtalt.

Det fremgår af specialevejledningen for pædiatri, at "*Det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få assistance fra en speciallæge i pædiatri umiddelbart*" (Specialevejledning for pædiatri, 3. juli 2020, side 4). I høringsudkastet hedder det: "*Det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få assistance fra en speciallæge i pædiatri umiddelbart, dvs. inden for minutter*" (side 25). Denne skærpelse, der ikke kan genfindes i specialevejledningen, giver anledning til undren.

Side 32 – faglige kriterier i forhold til hjemmefødsel. Der gøres opmærksom på, at der i 2. bullit står: "*En fødsel til termin (gestationsalder 37+0 - 41+6)*" – skulle der ikke have stået 37+0 - 42+0?

Sundhedsplanlægning står gerne til rådighed i tilfælde af spørgsmål til ovenstående.

Med venlig hilsen

Dorthe Klith
Kontorchef



Hørings svar vedr. anbefalinger til organisering af føde-området

Hermed fremsendes høringssvar fra Region Nordjylland.

Udkast til anbefalinger har været i høring på Aalborg Universitetshospital og Regionshospital Nordjylland og dækker således de tre fødesteder i Aalborg, Thisted og Hjørring.

Region Nordjylland finder, at anbefalingerne har et højt fagligt niveau, hvor der samtidig søges at tage hensyn til, at fødestederne i Danmark har meget forskellige udgangspunkter og rammer at udføre det kliniske arbejde indenfor.

Konkrete forslag til ændringer i anbefalinger:

- S. 7 dot 6: "Der bør etableres en samlet ordning, fx en regional hjemmefødselsordning eller kendt jordemoderordning...". Her anbefaler vi, at der står "kan" i stedet for "bør". Dette for at tage hensyn til mindre fødesteder, hvor dette kan give store faglige og organisatoriske udfordringer.
- S. 33 afsnit 2: "Ved hjemmefødsel hos gravide med kendt øget risiko for komplikationer kan regionerne for at øge trygheden for det tilstedeværende personale tilbyde at stille to jordemødre til rådighed." Vi anbefaler, at dette afsnit udgår, da det giver en falsk tryghed for jordemødrene. I stedet foreslås følgende formulering: "Ved hjemmefødsel hos gravide med kendt øget risiko for komplikationer bør jordemoderen i særlig grad være opmærksom på tidlige tegn på mulige komplikationer, og anbefaler tilsvarende tidlig overflytning til fødeafdeling på sygehuset. Såfremt kvinden ikke samarbejder herom eller indvilger i overflytning på jordemoderens rådgivning, vil jordemoderen ikke kunne pådrage sig ansvaret for komplikationer, som jordemoderen ikke er i stand til at behandle i hjemmet."
- S. 37 dot 2: "...således at særligt førstegangsfødende informeres om, at der kan være en forøget risiko for sjældne fødselsrelaterede komplikationer ved hjemmefødsel...". Her anbefaler vi, at der står "...således at særligt førstegangsfødende informeres om, at der kan være en forøget risiko for sjældne men alvorlige fødselsrelaterede komplikation ved hjemmefødsel i forhold til fødsel på fødeafdeling, men at forskellen i absolutte tal er lille. Desuden er risikoen for overflytning til fødeafdeling øget for førstegangsfødende i forhold til flergangsfødende (1:3 versus 1:10)." Vi mener at disse ændringer er væsentlige, da risikoen ellers kan negligeres.

Sundhedsstyrelsen

Hørings svar Sundhedsstyrelsen Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet

Dato: 21. september 2020

Sundhedsstyrelsen har med mail af 2. juli 2020 givet Region Sjælland mulighed for at afgive svar på høringsudkastet til Sundhedsstyrelsens Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet. Region Sjællands bemærkninger og kommentarer findes nedenfor.

Brevid: 4413951

Sundhedsstrategisk Planlægning

Alléen 15
4180 Sorø

Generelle bemærkninger

Region Sjællands fødeafdelinger mener, at det i overvejende grad er lykkedes Sundhedsstyrelsen at give anbefalingerne et mere afbalanceret sprog, og at anvendelsen af absolutte tal fremfor risikoangivelser er brugbar. Det er hensigtsmæssigt, at der i dokumentet henvises til relevant lovgivning og andre anbefalinger på området. Anbefalingerne fremstår med langt færre gengivelser, og det fungerer med opsummerende kapitel vedrørende anbefalinger til information. Kapitel 6 om implementering har en vigtig opsummering af de faktorer, som er essentielle ved planlægning/implementering af (nye) rammer inden for fødeområdet, herunder ressourcer og brugerinddragelse.

Tlf.: 70 15 50 00

Dir.tlf. 93 56 65 42

sundhedsstrategisk
@regionsjaelland.dk
tesc@regionsjaelland.dk

www.regionsjaelland.dk

Teksten bør ensartes, så der ikke benyttes forskellige betegnelser for samme ord: skriv enten *epiduralblokade* eller *rygmarvsbedøvelse*. Ved fødsler udenfor sygehus kan gives smertelindring på flere måder, dog er der ikke mulighed for *medicinsk* smertelindring, hvilket burde præciseres i anbefalingerne. Det er udelukkende epiduralblokade/rygmarvsbedøvelse, der nævnes.

Specifikke kommentarer til teksten

Side 11, tabel 1

- Det bør tydeligt fremgå, at funktionerne i tabellen er afgrænset til "fødselsrelaterede HSF/HF/RF funktioner"

Side 12, 2. afsnit

- I Region Sjælland er der fra 1. oktober 2020 kun mulighed for fødsel på privat fødeklínik i Roskilde.

Side 13, næstsídste afsnit

- Det kan være vanskeligt, at begrebet "øvelse gør mester" anvendes som et *generelt* planlægningsprincip. Betegnelsen giver i anbefalingerne et forkert signal og er med til at signalere "falsk tryghed", idet

der ingen objektiv kausalitet er mellem, at et sted, der har mange procedurer/behandlinger *af almen* karakter også har den bedste kvalitet – for eksempel normale fødsler eller fødsler med hyppigt forekommende komplikationer. ”Øvelse gør mester” princippet er gældende indenfor de højtspecialiserede områder, som er afdækket i specialeplanen.

Side 14

- Afsnit 1.4 om proces og tilblivelse kunne med fordel være i et bilag.

Side 18, 2. afsnit

- Årsagen til at anvende RKKP indikatoren ”ukompliceret fødsel” er ikke tydelig. Som indikatoren er defineret i RKKP er den vanskelig at bruge i sammenhæng med organisering af fødeområdet, idet indikatoren på den ene side ikke udelukker brug af vestimulerende drop (som man *ikke* kan bruge på for eksempel klinik eller ved hjemmefødsel), men omvendt er for eksempel episiotomi en del af indikatoren, hvilket *kan* anvendes ved klinik- eller hjemmefødsel.

Side 20, 3. afsnit:

- ”... fremme inddragelse og selvbestemmelse”. Det vil være godt og suffcient at anvende begrebet *patientinddragelse* i stedet for *selvbestemmelse* i denne sammenhæng, da man i udgangspunktet som patient ikke selv kan vælge sin behandling, for eksempel kejsersnit under fødsel.

Side 23, sidste afsnit

- ”... eller efter termin”. Sætningen kan misforstås afhængig af læserens viden om terminsforhold og definition af jordemoderens virksomhedsområde, idet termin er defineret som gestationsalder 37+0 til 41+6. Dette bør tydeligt fremgå.

Side 24, første afsnit

- ”... under lægeligt ansvar”. Givet det omfangsrige brug af delegeret ret indenfor området, bør dette nævnes: altså lægeligt ansvar også i form af delegeret ret/generel bemyndigelse.

Side 24, 5. afsnit

- Findes der afdelinger med sygeplejersker ansat til at assistere ved fødsler?

Side 27, Anbefalinger punkt 4

- Det er ikke retvisende at skrive: ”... eksempelvis en jordemoder eller jordemoderstuderende ...”, da en jordemoderstuderende i udgangspunktet ikke må være alene på en fødestue og derfor ikke i en planlægningsmæssig henseende kan regnes for en ”selvstændig” sundhedsperson.

Side 28, organisering og kompetencer

- Hvad er baggrunden for, at en fødeklinik på sygehus *bør placeres i umiddelbar nærhed af en operationsstue, således at et grad 1 sectio kan foretages inden for 15. minutter*, når der ikke er lignende krav til en fødeklinik udenfor sygehus?

Side 29, næstsidsite afsnit

- Evaluering af klinikker kunne sikres via ”LUP fødende”.

Side 32, 3. afsnit

- *Rådgivningen bør desuden indeholde overvejelser om afstand/transporttid til nærmeste fødeafdeling*. Hvis det skal sikres, at gravide på tværs af landet informeres ensartet, bør det af anbefalingerne kunne konkluderes, hvad vil den optimale afstand/transporttid er.

Side 36, sidste afsnit

- Den nærmere begrundelse for, at der som supplement til apgar score bør udvikles et objektiviivt mål for barnets tilstand ved hjemmefødsel skal beskrives. Hvis der for eksempel findes indberettede Utilsigtede hændelser, hvor børn født hjemme eller på klinik har et uventet dårligt out come på trods af normal apgar score, kan det med fordel dokumenteres her.

Venlig hilsen

Tenna Scheegell Bork
Konsulent

Att. Sundhedsstyrelsen

Sundhedsplanlægning
Kontakt: Kirsten Frost Lorenzen
kfl@rsyd.dk
Direkte tlf. 2159 8152

30. september 2020
Side 1/3

Region Syddanmarks høringssvar på Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet"

Sundhedsstyrelsen har sendt "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet" i høring den 2. juli 2020. Regionsrådet i Region Syddanmark takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Først og fremmest vil vi gerne udtrykke stor ros og anerkendelse for det store arbejde, Sundhedsstyrelsen har gjort i forbindelse med udarbejdelse af anbefalingerne. Det er meget positivt, at Sundhedsstyrelsen, på baggrund af de kritiske høringssvar der fremkom i 1. høringsrunde, genbesøgte evidensgrundlaget og gennemskrev anbefalingerne på ny. De nye anbefalinger fremstår meget velformuleret og gennemskrevet.

Region Syddanmark hilser de nye anbefalinger velkommen. Sondringen i det faglige set-up mellem sygehusfødsler, fødeklinik på sygehus, hjemmefødsler og fødsler uden for sygehus er gavnlig i forhold til at skabe klarhed over fødselstilbud, og de muligheder patienterne har for valg af fødested. I den forbindelse er det også positivt, at Sundhedsstyrelsen vil udarbejde beslutningsmateriale til fælles beslutningstagning omkring valg af fødested. Det tror vi, vil være til stor værdi for den gravide og hendes partner.

Idet der findes forholdsvis sparsom evidens på området, vil vi opfordre Sundhedsstyrelsen til, at det sikres, at der bliver lavet forskning på området, når det er relevant. Eksempelvis kan der laves forskning på de fødeklinikker, der er etableret i Region Hovedstaden samt de private fødeklinikker, der er indgået samarbejde med i Region Sjælland. Det vil på sigt kunne give Sundhedsstyrelsen et stærkere evidensgrundlag for anbefalinger på området. Forskning og studier på området bør naturligvis foretages i samarbejde med sygehusejere og relevante faglige selskaber.

Det noteres, at anbefalingerne er i overensstemmelse med gældende specialevejledninger på området, og at der i materialet er beskrevet følgende anbefalinger ved fødsel på en fødeafdeling:

- En fødeafdeling bør kunne varetage både komplicerede og ukomplicerede fødsler inden for sit specialiseringsniveau.
- Der bør løbende i graviditeten foretages revurderinger af visitationen, da forudsætninger, behov, præferencer og risikoen for komplikationer kan ændre sig.
- Hvis graviditets- og fødselsforløb fordrer en specialfunktion, tilbydes den gravide visitation til relevant Sygehus.
- 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.
- På et sygehus med fødeafdeling på hovedfunktionsniveau bør det være muligt at få assistance fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik, pædiatri og anæstesiologi inden for minutter, og der skal i relevant omfang sikres samarbejdsaftaler med øvrige relevante specialer som kirurgi, urologi, børnekirurgi m.v. På fødeafdelinger, der varetager special-funktioner, er dette et krav.
- Organiseringen på fødeafdelingen bør understøtte samarbejdet mellem jordemødre, læger og andet

personale og sikre, at de involverede sundhedspersoner har veldefinerede kompetenceniveauer og -områder.

- Der bør foreligge faglige evidensbaserede retningslinjer for undersøgelse, behandling og visitation, samt faste rammer for løbende kvalitetssikring og monitorering.

I forhold til pædiatrien fremgår følgende i Sundhedsstyrelsens anbefalinger:

- *”Der bør som udgangspunkt kun foregå fødsler på sygehuse, der har mindst hovedfunktion i pædiatri. I tyndt befolkede områder med ø- eller ø- lignende forhold, hvor dette ikke kan opfyldes, vil andre løsninger være nødvendige” (s.25)*

Det vil være ønskeligt, at Sundhedsstyrelsen definerer, hvornår der er tale om ø- lignende forhold. Denne afklaring er af stor betydning i forhold til beslutning om, organisering af fødeområdet i Region Syddanmark.

- *”Det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få assistance fra en speciallæge i pædiatri umiddelbart, dvs. inden for minutter. På sygehuse, der varetager regionsfunktioner inden for neonatologi, skal der være pædiatriske kompetencer inden for neonatologi, og det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra speciallæge i pædiatri inden for minutter.” (s. 25)*

I Region Syddanmark varetager Sygehus Sønderjylland, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Lillebælt og OUH (Odense) regionsfunktioner indenfor neonatologi. I Odense er der speciallæger i neonatologi i alle vagter. Dette er ikke altid muligt på regionens jyske sygehuse, men vagterne er altid besat med læger, der har godkendte neonatale kompetencer. Vi vil kraftigt opfordre til, at sætningen ændres således, det ikke skal være en ”speciallæge” men i stedet for en ”læge med godkendte neonatale kompetencer”. Hvis sætningen ikke ændres, risikerer Region Syddanmark, at de jyske sygehuse skal afgive deres regionsfunktioner. Dette vil på ingen måde være hensigtsmæssig. Regionens specialråd for pædiatri støtter denne ændring.

Vi noterer os derudover, at Sundhedsstyrelsen indledningsvist beskriver udviklingen i antallet af fødsler på området, og at prognosen viser, at der vil ske en udvikling i antallet af fødsler i Danmark i løbet af de kommende år. Stigningen i antallet af fødsler vil betyde, at regionens kapacitet på området vil blive presset. Dette både i forhold til fødestuer, rekruttering af jordemødre, læger, sonografer m.fl. I Region Syddanmark vil vi i forbindelse med udarbejdelse af ny fødeplan også forholde os til dette aspekt. Det vil dog være relevant, at der på nationalt niveau laves en kortlægning, der fx peger på fælles initiativer og løsningsmuligheder til gavn for alle regioner.

Endelig noterer vi os, at der i anbefalingerne beskrives ambitiøse mål for kvalitetssikring og udvikling af kompetencer på fødeområdet. I tilbagemeldingerne fra sygehusene gives der udtryk for, at det inden for den nuværende økonomiske ramme, kan være en udfordring at skulle opfylde disse mål samtidig med, at fødselstallet forventes at stige.

Vi ser i Region Syddanmark frem til at arbejde videre med de endelige anbefalinger for organisering af

fødeområdet, når disse foreligger. De vil indgå bl.a. indgå i vores beslutning om fremtidens organisering af fødeområdet på Fyn.

Som bilag til vores høringssvar fremsender vi de tekstmære bemærkninger og kommentarer, som sygehusene og specialeråd har sendt til administrationen.

Med venlig hilsen



Stephanie Lose
Regionsrådsformand

BILAG 1: BEMÆRKNINGER TIL HØRINGSMATERIALET FRA SYGEHUSE OG SPECIALERÅD

Kommentarer fra gynækologisk- obstetrisk specialeråd v. formand Bjarne Rønde Kristensen, specialeansvarlige overlæge OUH

Fra Specialerådet i Gynækologi og Obstetrik finder vi det fremsendte høringssvar fra Region Syddanmark dækkende.

Kommentarer fra anæstesiologisk specialeråd v. formand Henrik Stougaard, ledende overlæge OUH

Det bør præciseres, hvad der menes med formuleringen vedr. "pædiatriske kompetencer inden for neonatologi".

Kommentarer fra pædiatrisk specialeråd v. formand Thomas Houmann Petersen, Ledende overlæge Sygehus Lillebælt

Gode anbefalinger Sundhedsstyrelsen har udarbejdet. I forhold til de pædiatriske funktioner fremgår det på side 25:

"Det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få assistance fra en speciallæge i pædiatri umiddelbart, dvs. inden for minutter. På sygehuse, der varetager regionsfunktioner inden for neonatologi, skal der være pædiatriske kompetencer inden for neonatologi, og det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra speciallæge i pædiatri inden for minutter."

Vi har både speciallæger og kursister i vagt, og jeg ved, at det samme gør sig gældende i hele landet. Dette er sikkert og fornuftigt, så hvis vi skal sikre dette, og sikre fødestederne, burde vi vel have dette skrevet med. I Odense har de nu speciallæger i alle vagter på neonataldelen, de jyske sygehuse har blandede besætning, så med formuleringen ender vi med at skulle afgive vores regionsfunktioner på den jyske side. Jeg så hellere, at speciallæge udskiftes med en længere formulering: "læge med godkendte neonatale kompetencer jf. målbeskrivelsen for pædiatri"

Kommentarer fra Jordemoderfagligt-råd v. Anette lund Frederiksen, Chefjordemoder OUH

Overordnet set er oplægget meget positivt, og vi kan kun tilslutte os anbefalingerne, dog er der fortsat noget sprogligt, som skal tilrettes.

Vedrørende hjemmefødsler og betoningen af risici for hhv. første og flergangsfødende, er det værd at bemærke, at hjemmefødsler bliver organiseret meget forskelligt i den verden, vi plejer at sammenligne os med. Det er spørgsmålet, om de anførte procenter (med kilder i ældre eller udenlandsk litteratur) er retvisende for risici og gevinster når det relaterer sig til et nutidigt dansk fødetilbud.

De senere år er hjemmefødsler i Danmark langt overvejende organiseret i forbindelse med fødeafdelingerne og bliver betjent af jordemødre med samme kompetenceprofil som de jordemødre, der indgår i sygehusenes beredskab. Der er etableret et velfungerende præhospitall beredskab som bidrager til hurtige og sikre overflytninger ved behov, og ved at jordemødrene er tilknyttet sygehusene, foregår der et løbende ledelsesmæssigt tilsyn i forhold til kvaliteten af hjemmefødslerne og de jordemoderfaglige kompetencer. For at opretholde den høje faglige standard, er det vores anbefaling, at hvis hjemmefødsler bliver varetaget af privatpraktiserende jordemødre eller på fritstående fødeklinikker bør det sikres, at der foregår løbende kvalitetssikring og tilsyn af den leverede graviditets-fødsels og barselsbetjening. Anbefalinger om

færdighedstræning og kompetenceudvikling bør gælde for alle former for fødetilbud i Danmark, inklusive de private.

Vedrørende kapacitet og normering: Det stigende fødselstal kalder på en konkret vurdering og handleplan for hver region, så man er rustet til at håndtere det stigende fødselstal.

Det gælder både kapaciteten i form af de fysiske rammer på fødestederne, personalenormeringer til graviditets- fødsels- og barselstilbuddet, og understøttende strukturer omkring ledelses, udviklings- og uddannelsesopgaver. Vi mener, at der bør fokuseres endnu mere på ledelse af det akutte fødegangsområde, således den jordemoderfaglige ledelse, der skal understøtte fagligheden, patientsikkerheden og arbejdsmiljøet i alle døgnets 24 timer prioriteres og lægges uden for fødeområdet nuværende normering og tilskrives en særlig normering.

Den stigende andel af gravide med kroniske sygdomme –og både fysisk, psykisk og social sårbarhed - øger behovet for bedre rammer til fødende i tidlig fødsel, igangsættelse og/eller længere indlæggelse i barselsperioden. Det er forhold, som allerede nu udfordrer rammerne på mange fødesteder i landet.

S. 24 i afsnittet om jordemoderens kompetencer mangler der et væsentligt afsnit fra Cirkulære om jordemødre øverst på siden.

Jf. §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.

Det betyder, at jordemoderen også er tilstede i de komplicerede forløb, bistår lægen i dennes behandling og bliver ved patienten igennem hele forløbet.

Kommentarer fra Sygehus Sønderjylland

Vi kunne ønske, at Sundhedsstyrelsen ville anbefale regionerne særlig opmærksomhed på, at gravide med risikofaktorer og/eller komplikationer bør tilbydes samme standard af faglig kontinuitet og samme fysiske rammer, der understøtter den naturlige hensigtsmæssige udvikling af fødslen, når der overvejes fødeklিনikker i forbindelse med fødeafdelinger. Fødende med risikofaktorer og/eller komplikationer vil være mere ressourcekrævende, hvilket er vigtigt at være opmærksom på ved fordeling af ressourcer og kompetencer. Det bør følges, om arbejdsvilkårene begge steder er attraktive mhp, at det ene sted (mest forventeligt fødeafdelingen) får rekrutteringsudfordringer. Jordemødre på fødeafdelingerne må forventes at stå i flere akutte situationer med højt stressniveau samt blive udsat for flere følelsesmæssige hårde oplevelser. Deres arbejdsmiljø og ressourcer bør derfor prioriteres og følges særligt nøje.

s. 40: Vi undrer os over, at det kun er førstegangsfødende, som skal informeres om risikoen for akutte komplikationer under en hjemmefødsel. Det kan også ske for flergangsfødende. Et forslag kunne være, at flergangsfødende informeres om en meget lille risiko for akutte komplikationer under en hjemmefødsel, men at der samlet set ikke ses en signifikant forskel i outcome.

Skulle en af de sjældne alvorlige komplikationer alligevel forekomme, så vil tidsfaktoren for transporten potentielt være afgørende for outcome.

s. 40: Ved valg af fødeklınik uden for samarbejde med regionerne, vil vi mene, at de gravide bør informeres om, hvilken kvalitetskontrol disse er underlagt.

s. 40/74: fødsel på sygehus, første pkt: "der vil som udgangspunkt være mulighed for assistance fra specialerne gynækologi og obstetrik, anæstesi og pædiatri". Andre steder i dokumentet står der, at "der bør være mulighed" fx på side 6. Det skal sikres, at der er overensstemmelse i sprogbrug.

kommentarer fra OUH - opdelt på faggrupper

Pædiatriens kommentarer:

s. 25: "Afdelinger med hovedfunktion i pædiatri skal kunne varetage neonatologi på et niveau, så der på matriklen kan foregå forventede ukomplicerede fødsler og fødes forventede raske børn fra gestationsalder 32+0".

Kommentar: børn der fødes mellem uge 32-36 er ikke raske.

s. 25: "Derudover skal det være muligt at få umiddelbar assistance fra speciallæge med kompetencer i genoplivning af nyfødte inden for minutter".

Kommentar: hvilken type speciallæge - anæstesi, obstetrik eller pædiatri?

Obstetrikens lægefaglige kommentarer:

Vedrørende evidensgrundlaget

Den relativt sparsomme evidens, der ligger til grund for anbefalingerne (og det forhold at det eneste RCT studie på området ikke viser samme resultater som de inkluderede kohortestudier) kunne friste til, at man i forbindelse med instituering af kommende fødeklinikker på sygehusene (såkaldte "alongside klinikker") opfordrede sygehusejerne og de faglige selskaber til at stille mod at anmode de forventeligt normalt fødende lav-risiko gravide til at lade sig randomisere til fødsel på enten fødeklinik eller konventionel fødeafdeling. Dette ville kunne tilvejebringe en unik multicenter baseret kohorte med henblik på opsamling af hhv- kort- langtidssudkommedata på et dansk/nordisk grundlag og hermed give et reelt indblik i, om der reelt er forskel i de "core outcome parameters", der er så vigtige for beslutningen om valg af fødested.

Vedrørende hjemmefødsler

Risikoen (neonatale risici) ved hjemmefødsel og fødeklinik udenfor hospitalet kommer ikke tydeligt nok frem. Fremgår først langt nede i dokumentet i baggrundsteksten i afsnit 1.5. Bør nævnes i øverste resumeskema med anbefalinger, samt i informationsteksten til den gravide. De fleste læser kun det første skema og/eller patientinformationen, så her bør det væsentligste stå- altså en beskrivelse af hvad risici for barnet reelt kan være (dødfødsel, tidlig neonatal død, hjerneskade, mekoniumaspiration etc).

Det virker som om, man ikke tør nævne f.eks. hjerneskade i de væsentlige afsnit.

Tidsperspektivet ved overflytning bør også fremhæves her, som en alvorlig faktor for barnet, hvis der f.eks. er dårlig hjertelyd. Dette gælder for både første- og flergangsfødende, selvom risici for flergangsfødendes er sjældne, bør der stå hvad de udgør, også for barnet.

Nu står det som om, det er helt ufarligt at føde hjemme for flergangsfødende.

Der lægges vægt på at opremse årsager til overflytning i form af smertelindring, dystoci og lign, men føtale- og neonatale årsager til overflytning er nærmest udeladt.

Det bør fremhæves, at fødeklinikker skal arbejde evidensbaseret.

Fødeklinik på hospital:

Det nævnes i skemaet over anbefalinger, at der skal kunne overflyttes til en fødegang med henblik på f.eks. akut forløsning indenfor 15 min. Dette tidskrav kan udelades, idet det er nævnt, at vi arbejder under samme faglige retningslinjer som på fødegangen- og dette må være dækkende. Man kan komme til at hænge på sådan en tidsgrænse i en forkert sammenhæng, og det er unødigt.

Side 8/74 og side 40/74. Under anbefalinger til indhold i information/gravide/fødeafdeling (☒nr 4): "ved planlagt fødsel på en fødeafdeling kan der være flere indgreb – IKKE - vil der være

Side 28/74 – næstsidste afsnit : " Der bør opretholdes et beredskab.... " Her bør man være opmærksom på, at dette potentielt kan være enormt ressourcekrævende, og at man i dimensionering og planlægning så vidt muligt bør tilstræbe, at den samme jordemoder følger med den fødende fra klinik til fødeafdeling.

Side 31/74- andet afsnit, sidste linje: der mangler et ord: *sygehus* i slutningen af sætningen.

Jordemoderfaglige kommentarer:

Side 8, under Fødsler udenfor sygehus:

Her bør teksten være enslydende og ordet beskeden erstattes med lille (men at den forøgede risiko i absolutte tal er lille), således bliver der stringens i ordvalget.

Side 17 under Indgreb i fødslen og overflytning til sygehus. Det er utroværdigt, at anvende ordet "muligvis". De fleste studier peger på flere indgreb.

Side 22: Forvirrende at bruge "ø og ø-lignende forhold". Det passer ikke sammen med, at et sygehus kan varetage fødsler fra gestationsalder 32+.

Side 23 under afsnittet jordemoder.

Det er underligt, at jordemoderens autorisation og virksomhedsområde skal udpensles, når de andre faggrupper ikke tilsvarende skal.

Side 24 under afsnittet "Fødeafdelinger" kan også have sygeplejersker ansat til at assistere. Det forekommer mig bekendt ikke i DK.

Side 27 under "Overvejelser vedrørende organisering af fødeklinik på sygehus". Det er bekymrende, at denne passus med tidligere klinikfødsler er med, fordi dokumentationen af, at der er færre indgreb og ikke dårligere udkomme på klinikfødsler. Hvorfor skal der så henvises til klinikker, som er mere end 20 år gamle?

Side 35 under ansvarsfordeling. Det er godt at få præciseret.

Fra sygeplejefaglig side:

S. 8.

Ved planlagt fødsel på fødeafdeling vil der hos gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel være flere indgreb i fødslen som f.eks. igangsættelse, smertelindring ved rygmarvs-bedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning med sugekop, sammenlignet med planlagte fødsler uden for sygehus.

Svar: Der arbejdes aktivt og kontinuerligt med at nedbringe antallet af indgreb på alle landets

fødesteder. Nogle fødesteder 'performer' bedre end andre; vi synes denne formulering bør udgå. Ellers skal der måske også vejledes i hvilke sygehuse der har laveste indgrebsrate ift. at træffe valg om fødested?

S. 8. Absolutte tal

Svar: Denne formulering bør omformuleres ved formidling til den gravide, da den enkelte gravide formentlig ikke kender til 'absolutte tal'; hvad indeholder dette tal, og hvordan skal det tolkes?

S. 23 Uanset størrelsen på en fødeafdeling skal normering af det sundhedsfaglige personale, herunder både jordemødre, læger og speciallæger inden for forskellige specialer, social- og sundhedsassistenter m.v. afstemmes i forhold til det aktuelle fødselsvolumen, beredskabsbehov og kompleksiteten hos de gravide/fødende. Nedenfor beskrives de sundhedsfaglige kompetencer nærmere.

Svar: Her skal sygeplejersker vel også nævnes, da de også er en del af fødeafdelingen?

S. 24 Fødeafdelinger kan også have sygeplejersker ansat til at assistere ved fødslerne, hvor der kan være tilsvarende opgaver og selvstændigt ansvar.

Svar: Korrekt. Nogle fødesteder har sygeplejersker ansat på fødegangen og deres opgaver og selvstændige ansvar rækker ud over det der er beskrevet for social- og sundhedsassistenter. De må adm. væskebehandling, iv medicin, osv. Hvis sygeplejersker fra disse afsnit havde været inddraget i en arbejdsgruppe kunne de have bidraget med viden om ansvar og kompetencer.

s. 28. For anbefalinger vedr. jordemoderen og øvrig sundhedsfagligt personales rolle, herunder tilstedeværelse, se samme overskrift i afsnit 3.1 (fødeafdeling). I afsnit 3.1. er påpeget at sygeplejerske også bør beskrives mere præcist ift. ansvar og opgaver.

Generel bemærkning: Der må generelt set rettes en opmærksomhed på den estimerede frekvens af overflytninger imellem enheder (hjemmefødsel, hospital, fødeklínik), idet der generelt ses en større risiko for fejl i overgange (på tværs afsnit og sektorer). Til trods for at der findes samarbejdsaftaler, instrukser etc. for at minimere fejl i overgange, så er det stadig her at der ses en større risiko for fejl.

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. gangsfødsende med tidligere normale fødsler kan føde hjemme modsat en 5. gangsfødsende med tidligere komplicerede fødsler som ikke bør anbefales at føde hjemme.

På side 34 beskrives i detaljer hvorledes jordemødre med forskellige ansættelsesforhold skal agere 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 anerkende 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

Anbefalinger for organisering af fødeområdet

Høringssvar fra Styregruppen for Obstetriske Guidelines .

Generelt et velskrevet og meget brugbart dokument.
Dokumentet er ret omfattende og med en del gentagelser.

Det er glædeligt at vigtigheden af korrekt registrering ved hjemmefødsler beskrives.

Kommentarer til afsnittene Resume af anbefalinger side 6-8 og de tilsvarende afsnit senere i dokumentet

Resumé af anbefalinger side 6-8 vil for mange være det, der bliver læst. Derfor bør indholdet i disse anbefalinger være helt dækkende for den information, der kan findes i det øvrige materiale.

Vi oplever en tendens til i materialet at fremhæve potentielle risici knyttet til fødsel på hospital, mens risici knyttet til hjemmefødsel og fødsel på klinik uden for hospital kun berøres sparsomt.

Vi er helt enige i, at alvorlige risici knyttet til hjemmefødsel og fødsel på klinik for velvisiterede fødende er sjældne. Det bør imidlertid ikke medføre, at disse risici ikke beskrives konkret og med hvilken hyppighed de optræder.

Det bør derfor fremgå af de samlede anbefalinger og informationsteksten til den gravide, at risici for barnet omfatter dødfødsel, tidlig neonatal død, iltmangel.

Det gælder for både første- og flergangsfødende, selvom risici for flergangsfødende er sjældnere. Nu står det som om, det er helt ufarligt at føde hjemme for flergangsfødende.

Der lægges i dokumentet vægt på at nævne årsager til overflytning pga af behov for smertelindring, manglende fremgang i fødslen, mens årsager til overflytning pga påvirket barn under og efter fødsel nærmest er undladt. Det bør fremgå, at overflytning kan ske pga kritiske hændelser som dårlig hjertelyd, dårligt barn, kraftig blødning hos moderen og ligeledes, at tid kan være en betydende faktor i disse situationer pga forsinkelse i behandling pga transport.

Det fremhæves gentagne gange, at indgreb er hyppigere ved hospitalsfødsel end ved fx. hjemmefødsel. Det bør præciseres, at indgreb kan være positivt, f.eks. forløsning med sugekop ved påvirket hjertelyd. Med den aktuelle formulering efterlades læseren med et indtryk af, at indgreb er negativt, hvilket kun er gældende for unødvendige indgreb.

Side 6

I anbefalinger for fødsel på fødeafdeling er anført:

- *“at det på et sygehus med fødeafdeling på hovedfunktionsniveau bør være muligt at få assistance fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik, pædiatri og anæstesiologi inden for minutter”.*

Det er, så vidt vi er orienterede, ikke muligt på flere afdelinger på nuværende tidspunkt (bl.a. Horsens, Svendborg, Holstebro). Afdelinger, der vanskeligt kan kategoriseres som steder med ø-lignende forhold.

I anbefalinger for fødsel på fødeklínik på sygehus står:

- *Der bør sikres faste rammer for, at indgreb i fødslen som udgangspunkt ikke skal foretages på en fødeklínik på sygehus, og at den fødende, såfremt der opstår komplikationer eller behov for smertelindring, skal overflyttes til en fødegang med henblik på f.eks. akut forløsning indenfor 15 min.*

Forslag til ændret formulering:

- *Der bør sikres faste rammer for, at indgreb i fødslen som udgangspunkt ikke skal foretages på en fødeklínik på sygehus, og at den fødende, såfremt der opstår komplikationer eller behov for smertelindring, skal overflyttes til en fødegang eller operationsgang med henblik på f.eks. akut forløsning i henhold til de generelle faglige anbefalinger, herunder mulighed for at foretage grad 1 kejsersnit indenfor 15 min.*

Side 7

Under anbefalinger for hjemmefødsel er anført

- *Der bør ved visitation af den gravide tages udgangspunkt i den gravides paritet, således at særligt førstegangsfødende informeres om, at der kan være en forøget risiko for sjældne fødselsrelaterede komplikationer ved hjemmefødsel, men at forskellen i absolutte tal er lille.*

En information som "at forskellen i absolutte tal er lille" er upræcis og undersøgelser har vist, at forskellige personer vil opfatte dette udtryk dækkende over vidt forskellige hyppigheder. Informationen bør omfatte en angivelse af det bedste bud på størrelsen af de forskellige risici, f.eks. død, tegn på iltmangel, svær blødning hos moderen.

Det bør fremgå, at hovedproblemet hvis disse alvorlige komplikationer opstår er, at muligheden for umiddelbar behandling f.eks. i form af fødsel ved sugekop, kejsersnit, behandling af barnet, enten ikke er til stede i hjemmet eller er begrænsede. (ref. 15)

Det bør også fremgå af afsnittet om information til den gravide. Den gravide bør således informeres om, at det er muligheden for umiddelbart at behandle alvorlige komplikationer, der ikke er til stede eller er begrænsede ved hjemmefødsler. Desuden at overflytning vil forsinke behandling af disse komplikationer.

Informationen til den gravide bør omfatte information om hyppighed af behov for overflytning under fødslen, årsagerne hertil og hyppighed af disse. Af danske data fremgår, at 28% af førstegangsfødende og 7% af flergangsfødende overflyttes under fødslen. Blandt de

førstegangsfødende var 8,7% - knap hver tredje overflytning - og blandt de flergangsfødende 2,5% - ca. hver tredje overflytning – på grund af alvorlige komplikationer som påvirket hjertelyd, post partum blødning, vejrtrækningsproblemer hos barnet og/eller lav Apgar score. (Se i øvrigt kommentar til tekst side 19).

- Flere steder i dokumentet er nævnt, at *der ikke er øget risiko for komplikationer ved hjemmefødsler hvis kvinden er flergangsfødende.*

Med den noget begrænsede litteratur, specielt på danske forhold, vil det være passende at tilføje, at dette er på baggrund af den eksisterende (noget begrænsede) litteratur.

Samtidig indebærer *det*, at risikoen ikke er øget ved fødsel i hjemmet sammenlignet med fødsel på hospital ikke, at alvorlige komplikationer aldrig optræder, men at de optræder med samme hyppighed som ved fødsel på hospital. I de tilfælde, hvor kritiske hændelser optræder, gælder de samme kommentarer som for førstegangsfødende vedr. den begrænsede eller manglende mulighed for umiddelbar behandling. Denne information bør således også gives til flergangsfødende.

- Flere steder i dokumentet er det anført, at *der ved fødsel på fødeafdeling er " flere indgreb i fødslen som f.eks. igangsættelse, smertelindring ved rygmarvs-bedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning med sugekop, sammenlignet med planlagte fødsler uden for sygehus."*

Forslag til ændret formulering

"...ved fødsel på fødeafdeling er " flere indgreb i fødslen som smertelindring ved rygmarvs-bedøvelse, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning med sugekop, sammenlignet med planlagte fødsler uden for sygehus."

Vedr. igangsættelse af fødslen: I de referencer, der er nævnt (12,15 og 17), er der ikke nævnt igangsættelse af fødsel – og det er heller ikke nævnt i de artikler, der er gennemgået i litteraturgennemgangen.

Igangsættelse er ikke et indgreb i fødslen og bør ikke nævnes som fødselskomplikation.

Vedr. generel anæstesi: I Danmark anvendes generel anæstesi meget sjældent ved fødsler og da kun i nogle tilfælde ved grad 1 kejsersnit, manglende effekt af regional analgesi eller ved ustabil tilstand hos den fødende f.eks. pga omfattende blødning.

Det er uklart for os, hvor fra evidensen bag udsagnet om den øgede brug af generel anæstesi stammer. Jf. det danske arbejde af Christensen et al (ref. 17) med sammenligning af fødsel på hospital og fødsel på klinik uden for hospital var risikoen øget for kejsersnit, kopforløsning og vestimulation, mens generel anæstesi ikke er nævnt. Vi finder, at bemærkningen om generel anæstesi bør fjernes med mindre, der foreligger evidens herfor fra danske studier.

Kommentarer til den øvrige tekst

Side 15, afsnit 3

Det bør tilføjes, at der også er forskel på indgrebsfrekvenser mellem de lande, der indgår i litteraturgennemgangen. Således er indgrebsfrekvenser f.eks. sectio i Danmark lave sammenlignet med bl.a. England.

Side 19, andet afsnit

- *Ud af alle de registrerede planlagte danske hjemmefødsler blev 3,8 % overflyttet pga. potentielt akutte årsager, herunder bl.a. føtal distress, alvorlig blødning før, under eller efter fødslen, manglende fremgang, opdaget sædestilling, lav Apgar score eller respirationsproblemer hos barnet.*

Det er imidlertid ikke det, der fremgår af artiklen, hvorfra data stammer, idet der i denne står:

- In total, 116 transfers (28.9% of all transfers and 3.8% of all deliveries) were classified as potentially urgent, of which 55 occurred before and 61 after the birth of the baby. Forty-eight (8.7%) nulliparous and 61 (2.5%) multiparous women had a potentially urgent transfer (difference 6.2%; 95% CI 3.9–8.9). The most common indications for potentially urgent transfers were suspected fetal distress, postpartum hemorrhage and respiratory problems/low Apgar score.

I potentielt alvorlige situationer indgår således påvirket hjertelyd, post partum blødning eller vejrtrækningsproblemer hos barnet/ lav Apgar score.

Manglende fremgang og sædestilling indgår ikke. Det er dermed 28,9% af overflytningerne, der skyldes potentielt kritiske årsager.

Ved at inkludere manglende fremgang i sætningen nedjusteres alvorligheden.

I studiet af Bernitz et al. skete 9,4% af overflytningerne på grund af føtal distress.

Information om ovenstående bør som tidligere anført inkluderes i informationen til den gravide.

Side 23, afsnit 6

- *Uanset størrelsen på en fødeafdeling skal normering af det sundhedsfaglige personale, herunder både jordemødre, læger og speciallæger inden for forskellige specialer, social- og sundhedsassistenter m.v. afstemmes i forhold til det aktuelle fødselsvolumen, beredskabsbehov og kompleksiteten hos de gravide/fødende.*

Vi deler fuldt ud den opfattelse, at normering af det sundhedsfaglige personale er helt afgørende for kvaliteten af den fødselsbetjening, der kan ydes.

Fødselsområdet har gennem længere tid været hårdt presset pga stigende fødselstal og en øget andel af gravide og fødende med komplicerende sygdomme. Derudover er området præget af problemer med at rekruttere og fastholde jordemødre og obstetrikere. Vi finder

derfor et stort behov for, at der centralt udarbejdes rammer for normering af de forskellige faggrupper.

Side 32, første afsnit

- Der er anført ” i egne vante omgivelser”.

Formuleringen er værdiladet og kan med fordel ændres til ”hjemme”

23.9.2020

Venlig hilsen

På vegne af Styregruppen for Obstetriske Guidelines

Lone Hvidman, overlæge ph.d.



Sundhedsstyrelsen
Planlægning
Islands brygge 67
2300 København S

Styrelsen for Patientsikkerheds bemærkninger til Sundhedsstyrelsens anbefalinger til organisering af fødeområdet

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 2. juli 2020 modtaget Sundhedsstyrelsens høring over anbefalinger til organiseringen af fødeområdet.

Styrelsen finder det positivt, at der er udarbejdet anbefalinger til organisering af fødeområdet, herunder at der er udarbejdet forslag til information til den fødende i forbindelse med valg af fødested.

Der gøres indledningsvis opmærksom på, at en ny "Vejledning for jordemødrenes virksomhedsområde" er under udarbejdelse.

Styrelsen har følgende kommentarer til selve teksten:

1. Side 6, dot 4:

"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."

Kommentar:

Styrelsen mener, dette skal ændres til "**bør**". Hvis en jordemoder skal have føling med progression, sikre tryghed for kvinden, bør hun være på stuen, fra kvinden er i aktiv fødsel. Dette aftales i samråd med kvinden. Definitionen på aktiv fødsel kunne med fordel anføres. Er det > 4 cm eller > 6 cm og regelmæssige progressive veer? Se desuden punkt 6, hvor I henviser til litteratur, der viser gavnlige effekter af tilstedeværelse på fødestuen.

2. Side 6, dot 11:

"Der bør sikres faste rammer for, at indgreb i fødslen som udgangspunkt ikke skal foretages på en fødeklinik på sygehus, og at den fødende, såfremt der opstår komplikationer eller behov for **smertelindring**, skal overflyttes til en fødegang med henblik på f.eks. akut forløsning indenfor 15 min."

Kommentar:

Bør ændres til "**medicinsk smertelindring**".

28. september 2020

Sagsnr. 31-1001-107/
Reference DGLA
T +4572229088
E dgla@stps.dk

3. Side 7, dot 3:

”Såfremt en gravid med kompliceret graviditet og forventet kompliceret fødsel ønsker hjemmefødsel, **bør hun tilbydes** en samtale med en speciallæge i gynækologi og obstetrik, gerne i et tværfagligt team med en jordemoder.”

Kommentar:

Iflg. cirkulære om jordemodervirksomhed (CIR nr. 149 af 08/08/2001) § 7 **skal** jordemoderen henvise til eller tilkalde læge ved sygelige tilstande eller komplikationer eller ved mistanke herom hos kvinden i forbindelse med graviditet, fødsel eller barsel, hos det nyfødte barn eller hos fosteret.

Det kan i øvrigt tilføjes, at jordemoderen ifølge vejledning om jordemødrenes virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv. afsnit 2.5. om hjemmefødsler har pligt til at informere kvinden, hvis der kan forudses komplikationer ved fødslen og skal i givet fald tilråde kvinden at føde på et sygehus, jf. lov om jordemødre, §§ 8 og 14, og cirkulære om jordemodervirksomhed, § 6.

Styrelsen foreslår derudover, at det tilføjes, at kvinden har ret til fortsat at vælge hjemmefødsel og få jordemoderhjælp hertil (jf. ovenstående vejledning).

4. Side 8, dot 8.

Ved planlagt hjemmefødsel vil der generelt hos gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel være færre indgreb i fødslen som f.eks. igangsættelse, smertelindring ved rygmarvsbedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning med sugekop, sammenlignet med en planlagt fødsel på fødeafdeling. Ved behov for **smertelindring**, ved komplikationer, manglende fremgang og behov for lægehjælp m.v. vil den fødende skulle anbefales overflytning til en fødeafdeling på et sygehus.

Kommentar:

Bør ændres til ”**medicinsk smertelindring**”. Der er fortsat mulighed for akupunktur, varme klude, vejledning i vejrtrækning og afspænding mm.

5. Side 27. dot 4.

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.

Kommentar:

Som skrevet tidligere. Når undersøgelser viser, at tilstedeværelse nedsætter risiko for medicinsk behandling og øger chancen for at fødslen forløber spontant (det vil sige uden brug af ve-drop), så undrer det, hvorfor ordlyden er "**kan med fordel sikres**" og ikke "**bør**".

Det kan hertil tilføjes, at det er styrelsens opfattelse, at ve-stimulation ikke bør anvendes unødigt, da det øger risikoen for hyperstimulation, asfyksi, mm. og dermed er en potentiel risiko for patientsikkerheden.

6. Side 24, 2. afsnit om Læger:

Det er styrelsens opfattelse, at der ikke er tale om førstehjælp, og at henvisningen til autorisationslovens § 42 skal udgå.

Der er i stedet tale om en almindelig, rutinemæssig behandling på sygehus, som stedet og personalet er gearet til, og hvor de sædvanlige krav gælder, jf. bl.a. autorisationslovens § 17 om omhu og samvittighedsfuldhed og kapitel 6 om journalføringspligten.

7. Side 32. 5. afsnit:

Gravide med kendt øget risiko for komplikationer, der ønsker hjemmefødsel, **bør tilbydes** samtale med speciallæge i gynækologi og obstetrik, gerne i et tværfagligt team med jordemoder.

Kommentar:

Samme som under punkt 3.

8. Side 37. Dot 3.

Kommentar:

Samme som under punkt 3.

I er velkomne til at kontakte Styrelsen for Patientsikkerhed for uddybning af høringssvaret.

Med venlig hilsen

Dia Graversen Larsen
Specialkonsulent, cand.jur.

Mette Jørgensen
Jordemoder, cand.scient.san.publ.

Ulla Bonde van Zwoll
Speciallæge i gynækologi og obstetrik, sektionsleder

Hanne Borch-Christensen
Speciallæge i gynækologi og obstetrik, fagområdeansvarlig