

## Hørings svar fødeplan 2021

Jordemoderforeningen har med interesse læst Region Midtjyllands udkast til "Fødeplan 2021".

Vi vil i den forbindelse fremsætte en række kommentarer og forslag hertil.

### Overordnede overvejelser

Jordemoderforeningen medvirker naturligvis gerne i videre drøftelser og samarbejde med Region Midtjylland om at forbedre vilkårene for de fødende - deres børn og familier.

Ligeledes kan Dansk Jordemoderfagligt Selskab kontaktes ved behov for videnskabelig input på området.

Vi anerkender, at brugerne og familierne er i fokus i fødeplanen, og man mærker de gode intentioner. Af samme årsag undrer det os også, at udkastet synes at have et minimalt blik for sundhedsfremmende og sygdomsforbyggende tiltag, som er centralt i svangreomsorgen.

Tillige finder vi, at høringsudkastet har et noget ensidigt fokus på teknologi og patologi. Vi anerkender, at dette er et vigtigt element i en samlet optimeret svangreomsorg, men det er stadig kun et element ud af mange.

Der findes væsentlig viden om organisering og tilrettelæggelse af svangreomsorgen, som ikke er benyttet i udarbejdelsen af fødeplanen. Det er ærgerligt, idet den viden netop er genereret for at sikre mere involvering af de kommende familier, bedre udnyttelse af ressourcer og mere sundhed for pengene. Fokus og udviklingspunkter i fødeplanen virker mere selektiv end strategisk opbygget ud fra den viden, der er om emnet. (reference; Cochrane review: Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women af Sandall fra 2016, Antenatal interventions for preventing stillbirth, fetal loss and perinatal death: an overview of Cochrane systematic reviews af Ota fra 2020)

Ligeledes anerkender vi, at graviditeten er en periode med et åbent vindue, for potentielle livsændringer som ikke kan sammenlignes med noget anden tid i livet. Netop derfor er det så vigtigt, at man optimerer svangreomsorgen på alle niveauer. I denne proces er det væsentligt at have øje for alle brugerne – og at man ikke underkender, at de normale og ukomplicerede gravide kvinder og deres familier også har brug for brug for støtte og omsorg for at kommet styrket gennem graviditeten, fødslen og barslen. Noget konkret på hvordan man vil sikre tilbuddet til denne gruppe, har vi svært ved at finde.

Virkeligheden er, at svangreomsorgen er massivt presset af kravet om effektiviseringer i sundhedsvæsenet. Svangreomsorgen er dog meget svær at effektivisere, da den væsentligste behandling inden for dette område er kontinuitet, personale og nærvær. Der findes ingen smartere, billigere løsninger med udstyr, hvor end vi gerne vil. En graviditet kan ikke gøres kortere, ej heller kan fødslerne optimeres eller en barsel effektiviseres. Samtidig ved vi, at hvis personalet skal løbe stærkt og være meget effektive, kan det have den modsatte effekt; det skaber stres og

angst hos den gravide/fødende, og det manifesterer sig gennem mere komplicerede forløb.

## **Tekstnære kommentarer**

### **Side 6**

Beskriver at fødeplanen udstikker rammer og retning for driften og udviklingen af svangreomsorgen

- I planens beskrivelse af mindstetilbuddet er de forebyggende besøg hos jordemoderen, som det eneste tilbud ikke specifikt, men med en graduering på 4-7 forebyggende (s.26). Dette modsat praksislæger og scanninger. Hvilket betyder at en gravid kvinde, der modtager det lavest mulige tilbud om forebyggelse hos jordemoder, modtager samlet set cirka halvanden times kontakt med egen jordemoderen i HELE graviditeten – dette er til anamneseoptagelse, fysiske undersøgelser af mor og barn og resten af tiden, hvis der er noget tilbage, skal gå til almindelig samtale, opsporing og sundhedsfremmende tiltag. Det stemmer ikke overens med den øvrige del af fødeplanens beskrivelse om kvalitet.

Hele basisgrundlaget for svangreomsorgen er sundhedsfremme og forebyggelse. Kan det passe, at der ikke er et selvstændigt afsnit om sundhedsfremme og forebyggelse i fødeplanen? Og hvordan forventes det integreret i fødeplanen?

- Fødeplanen ”spiller sammen med..”. Menes der, at den udgør et samlet dokument udarbejdet på baggrund af de nævnte strategier? Eller at den skal læses og forstås sammen med de andre retningsgivende strategier?

### **Side 8**

- Afsnittet om interview af borgerne – der mangler en reference. Det er i øvrigt uheldigt at basere det hele på ét studie, som ikke er transparent.

### **Side 15**

- Vi kan kun bifalde den store indsats for at mindske sectiofrekvensen, hvilket har resulteret i at regionen ligger under landsgennemsnittet. Frekvensen nationalt har ligget stabilt ml. 19,5 og 20% gennem årene og er således ikke faldende, dog ikke opgjort siden 2018.  
(reference; Fødselsstatistik MIPAC 2020 af Rydahl fra 2020)
- Sikkerheden for mor og barn har været stabil gennem en del år, hvis der måles på mortalitet og morbiditet – at skrive at man for at øge sikkerheden har lavet faglige tiltag, herunder flere igangsættelser, er ikke retvisende – det er korrekt, at der er kommet flere igangsættelse, men vi har ikke set højere sikkerhed for børnene. Andelen af igangsættelse steg betydeligt i 2011 efter indførelse af ny

guideline – en evaluering af netop den praksisændring viser, at der ikke er færre døde børn op til 5 år efter guidelinen blev taget i brug (reference; [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31848171/](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31848171/).) Derfor bør teksten revideres.

I den forbindelse bør man også overveje praksis; skal man lave dyr behandling som ikke har nogen beviselig effekt? Ressourcer til dyre procedurer kunne måske give bedre udbytte ved at bruge ressourcerne på forebyggelse af de vilkår, man ved påvirker udkomme negativt, ex. rygning, diabetes, overvægt og social sårbarhed.

- Ligeledes skal man være varsom med at benytte LUP til at sige noget om tilfredshedsniveauet, da LUP kun undersøger få og meget selekteret udfald og fx fødselsoplevelse måles på et tidspunkt, hvor man får et ikke retvisende billede af fødselsoplevelsen grundet Haloeffekten (der får LUP et mere positivt svar, end hvis man målte på et mere validt tidspunkt).

## Side 18

### Valg af fødested

- I Region Midt kan de gravide ikke føde på en selvstændig fødeklinik (på hospitalet eller fritstående). Evidensen peger på, at kvinder med normal graviditet kan føde med lige så stor sikkerhed på en selvstændig klinik og har samtidig en reduceret brug af indgreb i fødslen – hvilket betyder at kvinderne kan få en mere ukompliceret fødsel med samme sikkerhed som på hospitalet. Ligeledes opleves større autonomi hos kvinderne til et mindre forbrug af ressourcer (reference; [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33131907/](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33131907/).) At kvinder ikke kan få lov at vælge fødeklinik går imod fødeplanens ønsker om at sætte kvinderne i centrum og sikre høj kvalitet og sikkerhed i fødselstilbuddene.

## Side 22

### Hjemmefødsler

- Ved hjemmefødsel mod givet råd – bør det anbefales, at der tager to jordemødre med ud til fødslen, både fordi der potentielt er større risiko for alvorlige komplikationer for mor og barn ved disse fødsler, og for at beskytte jordemødrene.

## Side 24

- Visitation foregår i primær sektor, hvorfor svangre- og vandrejournal sendes til jordemoderpraksis eller chefjordemoderen, ikke fødeafdelingen. Det påhviler

jordmoderen at visitere til læge, ikke omvendt og dette er del af jordmoderens selvstændige virksomhedsområde.

- Vores erfaring er, at svangreomsorgen i lægepraksis ofte uddelegeres til andre ansatte i praksissen, hvorfor det er vigtigt at fremhæve betydningen af, at opgaven varetages af personale med specialviden og/eller uddannelse indenfor svangreomsorg for at sikre optimal kvalitet af denne.

#### Side 25

- På nogle af regionens fødesteder er det kun få kvinder, der kan få et tilbud om Kendt Jordmoder Ordning(KJO). På AUH, regionens største fødested, er det blot 10%, og der er mange kvinder, der afvises i ordningen. Afsnittet bør afstemmes med den virkelighed, der er i regionen omkring det tilbud. KJO er den enkelt indsats i hele svangreomsorgen, der sikrer mest sundhed og tilfredshed og er cost effektiv (reference: Sandal Cochrane review), bør det overvejes at arbejde frem mod et mindstemål om, at fx 25-30% af kvinderne på hvert fødested kan tilbydes KJO, fremfor i dag hvor gennemsnittet for hele regionen er ca. 20%.
- Der er ikke beskrevet noget om kontinuitet i det ordinære basistilbud. Der er fødesteder, hvor det ikke længere er standard, at man har den samme jordmoder i graviditeten pga effektiviseringer – det er et særdeles bekymrende brud på kvaliteten af det forbyggende arbejde. Der bør indskrives, at det skal prioriteres, at graviditetsundersøgelser planlægges hos den samme jordmoder gennem graviditeten for at sikre patientsikkerheden.

#### Side 26

- Basistilbuddet bør ikke indeholde en variation på 4-7 besøg hos jordmoderen (minimumstilbuddet svarer samlet til ca halvanden time gennem hele graviditeten) – undersøgelser hos læge og scanningsundersøgelser er ikke graderet. Antal af mindste antal jordmoderbesøg bør følge internationale anbefalinger WHO (8 besøg frem til uge 40, + 1-4 besøg i ugerne 40-42 afhængig af graviditetslængde) samt SST. (reference; WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience fra WHO 2016) Som vi ser virkeligheden i dag, er der ikke ressourcer til at leve op til fødeplanens flotte ambitioner.
- Det bør specificeres hvor mange timers fødselsforberedelse, der tilbydes i mindste basistilbud, og at fødselsforberedelse er på mindre hold, bør afholdes i de samme små hold gennem forløbet – det er her der opnås læring af sundhedstilbuddet. (reference; Maimburg 2010)

- Regionens FF-program bygger ikke på den evidensbaserede viden for læring og indhold, – bør opdateres.

### Side 35

#### Amning

- Amning øger beviseligt sundheden og man finder også amning så vigtig, at man vil styrke monitoreringen af denne. Indsatsen for dette ligger i lige så høj grad i det regionale regi som i det kommunale, da ammestarten og forberedelsen i graviditeten er meget vigtig hvis en amningen skal lykkes. Hvordan vil man sikre kvaliteten af indsatsen for at understøtte og styrke amning, er svær at få øje på i dette afsnit.

### Side 37

- Efterfødselssamtalen bør ikke ligge lige efter fødslen, medmindre det har været en meget traumatisk oplevelse – efterfødselssamtalen bør først ligge senere for at kvinderne opnår den ønskede sundhedseffekt af samtalen (Haloeffekten)

### Side 42-45

I rapportens sidste del er fokus primært på medicinske, teknologiske aspekter, mens der ikke er fokus på de sociale, fysiologiske, mentale og sundhedsfremmende aspekter i forhold til udvikling og kvalitetssikring

### Side 45

#### Klinisk jordemodersupervisor

- Vi anerkender fordelene og bifalder, at funktionen nu findes på alle fødesteder hele døgnet.  
På hvilken måde vil man udvikle ordningen? Dette er ikke beskrevet. Fordele bliver beskrevet ved ordningen, man bør dog være opmærksom på, de ulemper der også kan være ved ordningen – ex. at ansvar og læring i det kliniske felt kan reduceres hos basisjordemødrene, fordi driften ikke levner tid til, at der kan sparres og basisjordemoderen dermed ikke drager fordel af supervisors erfaringer, og derved ikke får løftet sine kompetencer eller selvstændighed, dette er ofte virkeligheden på de travle fødegange. Risikoen er også stor for, at afdelingernes få midler til kompetenceudvikling vil gå til den lille gruppe mere specialiserede jordemødre, som jo skal kunne træde til. Derved risikerer man tab af kompetencer hele vejen rundt, da det er hos basisjordemødrene, man skal finde de fremtidige kliniske supervisorer.  
Jordemødre har den normale fødsel som selvstændigt virksomhedsområde, derfor er det vigtigt, at hele gruppen sikres evidensbaseret kompetenceudvikling.

Vi medvirker gerne til at uddybe ovennævnte kommentarer og forslag, ligesom vi gerne samarbejder med Region Midtjylland om at give kvinderne, familierne og børnene de bedste vilkår til at komme godt igennem denne meget vigtige livsbegivenhed med så stort et vækstpotentiale.

På vegne af Jordemoderforeningen, Region Midt kredsen

Med venlig hilsen

Tanja Lyth, Kredsformand