

København den 12. januar 2023

## Hørings svar fra Dansk Jordemoderfagligt Selskab til Region Nordjylland vedrørende Fødselsplanen

Dansk jordemoderfagligt selskab (DJS) takker Region Nordjylland for at være inviteret som høringspart til regionens Fødselsplan. DJS bifalder det høje ambitionsniveau for svangreomsorgen i Region Nordjylland, herunder særligt styrkelsen af følgende områder:

- **Faglighed**, herunder kendt jordemoderordning, fastholdelse og rekruttering af specialiseret personale, samt øget fokus på forskning
- **Modvirke social ulighed**, herunder lige adgang til ydelser, flere adgange til svangreomsorgen, og samarbejde mellem sektorer
- **Bæredygtighed og bidrag til FN's Verdensmål**

DJS henleder Region Nordjyllands opmærksomhed på nedenstående konkrete kommentarer og nedslag i teksten.

### Digitale løsninger

- **Punkt 3.1** DJS bifalder generelt regionens ambition om at skabe let og lige adgang til sundhedsvæsenet og at digitale løsninger kan være bidragende hertil.
- DJS henstiller til, at følgende elementer sikres ved anvendelsen af digitale løsninger: Patientinddragelse i udviklingen, løbende lokal monitorering og evaluering, patientens valgfrihed i hvorvidt en kontakt foregår med fysisk tilstedeværelse eller som video/telefon/anden digital kontakt. Ligeledes, at der er fokus på sprogbarrierer og psykosociale forhold relateret til compliance, samt at implementering tilpasses de kliniske arbejdsgange, hvorfor en jordemoder bør være en del af arbejdsgruppen derom.

### Styrket forskning

- **Punkt 3.3.1** DJS bifalder og støtter Region Nordjyllands ambition om oprettelse af et jordemoderprofessorat ved Aalborg Universitet. Det vil kunne lede forskning initieret af jordemødre i universitært regi og i klinisk praksis. DJS gør dog opmærksom på, at et professorat ikke alene kan sikre udviklingen af bæredygtig og langsigtet forskning i jordemoderfaget.

- DJS opfordrer Region Nordjylland til at arbejde målrettet på at skabe karriereveje for jordemødre, der arbejder med forskning ved at oprette adjunktstillinger og lektorater på Aalborg universitet. Jordemødre med akademisk uddannelse og ønske om en forskningskarriere skal på lige fod med læger kunne tilknyttes universitetet og arbejde i delte stillinger mellem universitetshospitaler og universiteter. Dette vil styrke både det kliniske og akademiske niveau i regionen.
- DJS henstiller til, at regionen i højere grad gør det muligt for fødestederne at ansætte jordemødre med akademisk overbygning. Det kan være gennem oprettelse af stillinger som kliniske jordemoderspecialist, hvor afdelingen ansætter jordemødre med både kliniske og forskningsrettede opgaver (eksempelvis på kandidat og ph.d.-niveau). At sikre karriereveje for jordemødre med en akademisk overbygning og forskningskompetencer vil ligeledes medvirke til at opfylde Region Nordjyllands ambition om at ”anvende forskning som et strategisk redskab til at tiltrække og fastholde kvalificeret personale” (s.9).
- DJS påpeger, at det er strategisk opportunt at gøre brug af den betragtelige andel af velkvalificerede jordemødre med en akademisk overbygning indenfor fødselsområdet. I modsat fald er der risiko for, at de søger mod andre fag- og forskningsområder. Det vil være et tab for fødeområdet, som i disse år står over for en alvorlig krise med flugt af omsorgspersonale – herunder jordemødre.

## Det normale svangre, fødsels- og barselsforløb

Fødselsplanen fremstår med overvejende fokus på komplicerede gravide. DJS savner gennemgående et fokus på den ukomplicerede graviditet, fødsel og barsel, som netop er jordemoderens selvstændige virksomhedsområde. Gruppen af normale ukomplicerede fødende udgør fortsat langt størstedelen af fødende også i Region Nordjylland og er stigende i antal (DKF 2022). DJS savner desuden en opmærksomhed på, at det er en sundhedsmæssig central opgave at forebygge og reducere unødvendige indgreb, og dermed bevare fødendes ukomplicerede forløb, hvilket også reducerer omkostningerne for regionen.

- Fødselsplanen berører emnet i **punkt 4.2.1: ‘Fremme den vaginale fødsel og jordemodertilstedeværelse under fødsel’**. DJS henstiller til, at punktet udbredes til at omfatte hele det normale svangre, fødsels- og barselsforløb, og beskriver visioner og indsats herfor. DJS opfordrer til, at afsnittet nævner, at cirka to tredjedele af alle fødende er ukomplicerede gravide med et forventet ukompliceret forløb (DKF 2022), således at det normale forløbs relevans understreges.
- Der er evidens for at omsorg med jordemoderledet kontinuitet med individualiserede forløb under graviditet, fødsel og barsel, mindsker risikoen for indgreb samt risikoen for fosterdød og

præterm fødsel (Sandall et al 2016, Medley et al 2019) og endvidere har øget brugertilfredshed (Perriman, Davis og Ferguson 2018). Evidensen gælder således ikke kun kontinuitet i den aktive fase af fødslen, som nævnt i fødselsplanen (s.12). DJS henstiller til, at dette korrigeres.

- DJS opfordrer til, at det tilføjes til fødselsplanen, at en stor del af arbejdet med at holde forløb ukomplicerede, afhænger af, hvorledes svangreomsorgen organiseres, samt at der arbejdes hen imod en indretning af svangreomsorgen, hvor jordemoderledet omsorg med kontinuitet er et realistisk tilbud til fødende i Region Nordjylland.

## Differentieret tilbud og valg af fødested

DJS bifalder Regionens arbejde med differentierede tilbud. DJS opfordrer til, at der i fødselsplanen også sættes fokus på valg af fødested. Fødendes valg af fødested er en vigtig sundhedsfaglig opgave, og der er evidens for, at *hvor* man føder kan påvirke *hvordan* man føder (Hollowell et al 2017, BMJ 2011).

- **Punkt 4.1.1:** Der bør tilføjes 'information om valg af fødested' som et element i et individualiseret svangreforløb med fælles beslutningstagen. I dag har fødende ifølge Sundhedsstyrelsen fire muligheder for valg af fødested: I hjemmet, på fritstående jordemoderledet fødeklinik, på hospitalet på in-house klinik, samt på hospitalets specialiserede afdeling (SST 2021a, SST 2021b). DJS opfordrer til, at det fremgår af fødselsplanen, at sundhedsprofessionelle ved svangrekonsultationer og i almen praksis bør informere fødende om de fire mulige fødesteder, samt at give information om fordele og ulemper ved valg af fødested således kvinder/familier kan træffe beslutningen på et individualiseret og evidensbaseret grundlag.
- DJS noterer sig, at muligheden for fødsel på fritstående jordemoderledet fødeklinik ikke fremgår noget sted i fødselsplanen. Forskningen tyder på at fritstående jordemoderlede fødeklinikker, baseret på korrekt visitation og med velfungerende samarbejde med den specialiserede fødegang, kan tilbyde gode fødselsudfald, høj brugertilfredshed, flere spontane fødsler og færre indgreb (Sandall et al. 2016, BMJ 2011, Hollowell et al 2017). Et sådant tilbud kan bidrage med langtidssikret forebyggende sundhedsarbejde. DJS opfordrer til, at Region Nordjylland inkluderer fritstående jordemoderlede fødeklinikker i sit fødselstilbud til ukomplicerede fødende, i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Svangreomsorgen. DJS opfordrer til, at regionen inkluderer et afsnit om regionens visioner for sådanne i fødselsplanen.
- **Punkt 4.1.2.:** DJS bifalder at Region Nordjylland tilstræber at udbygge tilbuddet om Kendt Jordemoderordning (KJO) - en model, der styrker et sammenhængende forløb i svangreomsorgen. DJS bifalder at KJO kan anvendes strategisk som et middel til at modvirke ulighed i sundhed. DJS opfordrer derfor til, at KJO udbredes som et tilbud til alle gravide, der

måtte ønske at følges i en sådan ordning. DJS opfordrer ligeledes til at alle jordemødre, der ønsker at arbejde som kendte jordemødre, har mulighed herfor.

## Bedre igangsættelsesforløb

- **Punkt 4.1.3:** DJS bifalder at Regionen ønsker bedre rammer for det stigende antal igangsættelsesforløb. Set i lyset af den forgangne proces omkring en National Klinisk anbefaling (NKA) om igangsættelsestidspunkt for raske gravide over terminen vil vi henlede til at et beslutningsstøtteværktøj forventes udarbejdes på nationalt plan i Sundhedsstyrelsens regi og ikke i de enkelte regioner. DJS opfordrer i øvrigt Region Nordjylland til at forholde sig kritisk til den hastigt stigende igangsættelsesprocent blandt kvinder med ukomplicerede graviditeter og løbende holde øje med forskning på området.

## Bilag 2: Nøgletal og tendenser på fødselsområdet

Som fagligt selskab er det et vigtigt fokus for os, at evidens og kausale forklaringer anvendes korrekt og med alle de nuancer der kan være. DJS ønsker at påpege, at argumentationen i **bilag 2** vedrørende årsagen til stigningen i komplekse fødsler er mangelfuld og med fordel kan udbygges.

- I fødeplanen (s.32) står, at flere komplicerede graviditeter og fødsler er et resultat af at gruppen af gravide har *“(...) øget sårbarhed med flere kroniske sygdomme og psykiske sygdomme herunder angst, depression, spiseforstyrrelser, overvægt, forhøjet blodtryk og graviditetsbetinget diabetes”*. Dette savner referencer og disse bør tilføjes, eller teksten revideres.
- Region Nordjylland anvender tre indikatorer for kompleksitet: 1) indgreb (herunder igangsættelser), 2) blødning over 500 ml, samt 3) CTG i graviditeten. I fødselsplanen skrives der: *“Årsagen til den stigende kompleksitet i graviditets- og fødselsforløbene kan forklares ud fra de nuværende tendenser og udfordringer der ses i kvindernes sundhed. Gruppen af gravide kvinder med medicinske, psykiske eller sociale udfordringer af kompleks karakter er voksende. Indenfor de psykologiske problemstillinger ses en øget tendens i lidelser som angst, depression og spiseforstyrrelser. Derudover vokser andelen af gravide der har udfordringer med overvægt og kroniske sygdomme som forhøjet blodtryk og diabetes.”* (s.33)  
DJS påpeger, at fødeplanen ikke i tilstrækkelig grad underbygger en årsagssammenhæng mellem de tre proxyindikatorer for kompleksitet på den ene side og kvinders sundhed på den anden.
- DJS henleder regionens opmærksomhed på, at der er evidens for, at svangreomsorgens organisering påvirker antallet af indgreb, heraf følgende anvendelse af CTG, samt risiko for transfusionskrævende postpartum blødning (Petersen et al 2013, Rota et al 2017, Sandall et al

2016). En vigtig nuance er således, at fødselsintervention og outcome ikke kun er et resultat af de fødendes sundhedsprofil, men også påvirkes af rammerne. I dag er manglende kontinuitet mellem jordemoder og fødende det mest typiske forløb, og 97% af alle fødsler foregår på specialafdelinger (SST 2021b). Igen gør DJS opmærksomheden på de positive outcomes fra fritstående og in-house jordemoderledede fødeklিনikker. Det er oplagt at se nærmere på, om en reorganisering af den nuværende svangreomsorg kan reducere kompleksiteten, reducere indgrebskaskader og undgå overmedikalisering.

Ved behov for uddybelse af ovennævnte høringssvar, stiller bestyrelsen i DJS sig til rådighed for dialog og sparring.

**Med venlig hilsen**

På vegne af bestyrelsen i DJS

*Mie de Wolff*  
Mie de Wolff

Formand for Dansk Jordemoderfagligt Selskab



## Referencer

British Journal of Medicine, Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study, BMJ 2011; 343 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400> (Published 25 November 2011), BMJ 2011;343:d7400

Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (DKF) Dataindberetning og datadefinitioner 2022, version 3.0 12/7 2022

Hollowell J, Li Y, Bunch K, Brocklehurst P. A comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births: secondary analysis of 'low risk' births in the birthplace in England cohort. BMC Pregnancy Childbirth. 2017 Mar 21;17(1):95. doi: 10.1186/s12884-017-1271-2. PMID: 28320352; PMCID: PMC5359981.

Medley N, Donegan S, Nevitt S, Goodfellow L, Hampson L, Caldwell D, et al. Interventions to prevent spontaneous preterm birth in high-risk women with singleton pregnancy: a systematic review and network meta-analysis. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019;2019(10):CD013455.

Perriman N, Davis DL, Ferguson S. What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. Midwifery. 2018;62:220–9. pmid:29723790

Petersen A, Poetter U, Michelsen C, Gross MM. The sequence of intrapartum interventions: a descriptive approach to the cascade of interventions. Arch Gynecol Obstet. 2013 Aug;288(2):245-54. doi: 10.1007/s00404-013-2737-8. Epub 2013 Feb 16. PMID: 23417149.

Rota A, Antolini L, Colciago E, Nespoli A, Borrelli SE, Fumagalli S. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. Women Birth. 2018 Aug;31(4):313-318. doi: 10.1016/j.wombi.2017.10.001. Epub 2017 Oct 18. PMID: 29054342.

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016(9):Cd004667. Pmid:27121907

Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger for Svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen, 2021a.

Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger for organisering af fødetilbud, Sundhedsstyrelsen, 2021b.