

Fremtidens Fødemiljøer

Kort pressemeddelelse:

Ethvert nyfødt barn er et håb for fremtiden og en god start skaber grobund for et godt familieliv. Derfor skal der på landets fødeafdelinger være ressourcer og ligeværdig behandling til alle fødende kvinder, uanset om man er rask og ressourcestærk, eller har en sygdom, der kan besværliggøre graviditet og fødsel.

Det er korrekt og glædeligt at fødselstallet stiger. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi ser dog samtidig et stigende pres på fødselslæger, jordemødre og andet personale på fødeafdelingerne i Danmark. Afledt heraf er fødende kvinder kommet i klemme og har oplevet uacceptable og stressede fødselsforløb.

Løsningen er dog ikke, som flere parter har drøftet, at oprette jordemoderledede fødeklিনikker. Herved vil man efter vores mening bruge flere ressourcer på de raske fødende på bekostning af de syge og/eller ressourcesvage fødende og desuden vil fødsel udenfor fødeafdelingerne medføre en lille men ikke ubetydelig risiko for mor og barn. Oprettelsen af fødeklিনikker vil ikke tage presset af de nuværende fødeafdelinger, men vil dræne afdelingerne for ressourcer og personale. Blandt kvinder som vælger at føde på fødeklিনikker vil mellem 15 og 25% (ca. 1/3 af førstegangs- og ca. 1/10 af flergangsfødende) have behov for under eller efter fødslen at blive overflyttet til de almindelige fødeafdelinger for der at få hjælp fra et team af jordemødre, fødsels-, narkose- og/eller børnelæger. Det vil lægge yderligere pres på de eksisterende fødeafdelinger ifht. prioritering og behandling af de gravide og fødende, som pga sygdom eller andre behov skal føde på landets fødeafdelinger.

Endelig vil modellen med oprettelse af jordemoderledede fødeklিনikker medføre en lille men dog forøget risiko for kvinden såvel som fosteret. Der er sjældne men meget alvorlige og ofte uforudsigelige komplikationer under fødslen (så som navlesnorsfremfald, moderkageløsning eller anden iltmangel hos fosteret), som kræver akut forløsning og/eller håndtering af det nyfødte barn med hjælp fra et tværfagligt team. Disse tilstande forekommer også på landets fødegange, men forskellen her er alene afstanden og dermed tiden fra hændelse til akut behandling. Ved en fødsel på en jordemoderledet fødeklিনik vil transporttiden til fødeafdelingen kunne medføre en øget risiko for sygdom eller i værste fald død for det nyfødte barn.

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi mener derfor, at man bør bruge ressourcer på fortsat at styrke de danske fødeafdelinger, så vi kan håndtere det stigende fødselstal og bibeholde den høje kvalitet som kendetegner dansk obstetrik, for derved at give tryghed og ro til alle fødende og deres familier.

Indledning

Fødselsområdet udfordres i disse år på grund af en dramatisk stigning i fødselstallet og en deraf følgende presset organisation. Beregninger viser, at fødselstallet vil stige med 20-25% over de næste 15 år. På samme tid er der allerede nu en stor mangel på jordemødre og fødselslæger, samt

læger og sygeplejersker med specialkompetencer i at foretage ultralyd af gravide. Dette medfører, at vi til stadighed må revidere organiseringen af fødeområdet. I den sammenhæng har der været argumenteret for at genindføre fødeklinikker. Vi mener, at det vil være et tilbageskridt med negative og i sjældne tilfælde alvorlige konsekvenser for den fødende og det nyfødte barn. Målet med denne skrivelse er at diskutere de problemer og bekymringer vi ser ved en eventuel genindførelse af fødselsklinikker i Danmark.

Vi har i Danmark en kvalitet på fødeområdet, der ligger blandt de bedste i verden. Det kan aflæses på stort set alle parametre, herunder verdens laveste mødre- og spædbarnsdødelighed og verdens laveste indgrebsfrekvenser, bla. en lav kejsersnitsfrekvens, samt høj tilfredshed ved de årlige patienttilfredshedsundersøgelser (LUP), hvor danske gravide og fødende udtrykker en meget høj grad af tilfredshed og dermed en stor tillid til organiseringen af de danske tilbud til gravide og fødende.

Der har den sidste tid været diskuteret at indføre modeller for fødeområdet som i Storbritannien (UK). Den evidensbaserede tilgang til obstetrikken i Danmark ligner på mange måder den tilgang man har til fødeområdet i UK, men på samme tid er der markante forskelle, som vi gerne vil skitsere. I UK har man over de sidste 10 år oplevet en fremgang i kvaliteten på en række parametre, bl.a. har man via nationale retningslinjer arbejdet intenst med at forbedre såvel faglige som organisatoriske tiltag, alt sammen med en positiv effekt. Imidlertid skal dette ses i lyset af et dårligere udgangspunkt i UK med mange igangsættelser, mange kejsersnit, mange uorganiserede små fødesteder uden speciallæge i tilstedeværelsesvagt m.m. Trods dette massive arbejde har man i England ikke formået at nå et niveau svarende til det danske eller de øvrige nordiske lande, til eksempel er både mødredødelighed og kejsersnitsfrekvens fortsat højere i England.

Baggrund

Vi ser tre afgørende forklaringer på den høje kvalitet og patienttilfredshed i Danmark:

Fokus på en optimal behandling af alle gravide og fødende, raske såvel som syge, baseret på en lige adgang til sundhedsvæsenet for alle.

En tværfaglig tilgang til enhver gravid og fødende, hvori der ligger et stærkt partnerskab mellem jordemødre og fødselslæger.

En samling af ensartede tilbud og kompetencer på landets fødegange i kombination med centralisering af de komplicerede graviditeter og fødsler.

Fokus på en optimal behandling af alle gravide og fødende, raske såvel som syge, baseret på en lige adgang til sundhedsvæsenet for alle.

Det er DSOGs ambition, at alle gravide og fødende i det omfang det overhovedet er muligt skal have samme og ensartede tilbud på landets fødegange. Dette hvad enten man er helt normal andengangsfødende eller kompliceret førstegangsgavid. Med det stigende fødselstal og de deraf følgende prioriteringer er det nødvendigt at skulle udvikle både rammer og indhold for de gravide og fødende, så vi fortsat kan bevare det normale normalt samtidig med, at vi skal sikre høj faglig kvalitet og omsorg for de syge gravide og komplicerede fødsler. Her i ligger også at man skal huske at syge gravide og komplicerede graviditeter ofte kan have en normal fødsel, men med en anden årvågenhed og opfølgning end ved en normal graviditet og fødsel.

Kvaliteten i dansk obstetrik er grundlagt på et stærkt tværfagligt fundament, hvor medarbejderne på landets fødeafdelinger er uddannet til at tage imod og håndtere både de normale gravide og fødende samt de kvinder som har en kompliceret graviditet og fødsel.

Et bærende princip for dette arbejde bør efter vores opfattelse være et balanceret ressourceforbrug og prioritering af indsatser, så vi bevare fokus på *alle* gravide og fødende. Herunder, at vi prioritere tværfaglige indsatser på udvalgte særlige områder, hvor behovet er påtrængende. Til eksempel en fælles national indsats for at nedbringe antallet af kejsersnit. Et for énsidigt fokus på den normale graviditet og fødsel risikerer at lægge beslag på uforholdsvist store ressourcer til de normale fødende med den konsekvens, at der ikke er ressourcer til at håndtere og løfte forholdene for de syge gravide og komplicerede fødsler. Ergo skal vi værne om de gravide og fødende efter en korrekt prioritering og sætte ind med både ressourcer og hjælp til rette tid og efter det rette behov. Netop det tværfaglige samarbejde og det at landets fødsler siden slutningen 90'erne er samlet på de danske fødegange understøtter denne tanke.

En tværfaglig tilgang, hvori der ligger et stærkt partnerskab mellem jordemødrene og fødselslægerne.

Et andet meget afgørende punkt bag den høje kvalitet vi kan fremvise i dag, er et meget velfungerende tværfagligt samarbejde mellem de danske jordemødre og fødselslæger. Det er en fælles opfattelse og en bærende kultur hos både jordemødre og læger, at fødsel og graviditet i udgangspunktet er en naturligt forekommende begivenhed. Med dette udgangspunkt planlægges fødsel og graviditet, hvorfor fødslen ledes af jordemoderen i partnerskab med den gravide. Danske jordemødre har selvstændig autorisation, dvs. de har ret til selvstændigt virke. Det betyder, at på de danske fødegange vil de fleste fødsler i udgangspunktet foregå udelukkende med tilstedeværelse af en jordemoder. Fødselslægen vil altid være en vigtig del af det tværfaglige team omkring den fødende både i graviditeten og under fødslen, men lægen bliver kun tilkaldt af jordemoderen ved behov, dvs. hvis der under fødslen opstår komplikationer der kræver lægelig assistance. Ca. 2/3 af alle gravide og fødende får brug for fødselslægens involvering enten før,

under eller efter fødslen.

I Danmark er vi således begunstiget af et stærkt tværfagligt samarbejde baseret på selvstændige faglige afgrænsninger mellem læge og jordemoder, der respekterer skellet mellem den raske og syge gravide. Denne organisering er fundamentalt forskellig i kultur og struktur i forhold til mange andre lande, heriblandt USA og England. Til eksempel vil man på de engelske fødegange opleve, at fødselslægen rutinemæssigt og flere gange dagligt går stuegang på alle fødestuer. Lægen har således ansvaret for og leder fødselsforløbet, modsat af den danske model hvor det i udgangspunktet er jordemoderen, der har ansvaret.

Den danske model med en fødegang hvor jordemødre arbejder selvstændigt og har mulighed for sparring og assistance fra fødselslægerne er et bærende princip og er efter vores opfattelse afgørende for både den tillid og den kvalitet, der er fællesnævnerne for det tværfaglige arbejde på de danske fødegange. Modellen indebærer, at der på landets fødeafdelinger er direkte adgang til akut forløsning med sugekop eller ved kejsersnit og behandling af den fødende og det nyfødte barn af et tværfagligt team af jordemødre, fødsels-, narkose- og børnelæger. *Fremtidens fødemiljøer bør efter vores opfattelse fortsat bero på denne tværfaglige tilgang, som har vist sig at være en styrke og nøglen til den danske og nordiske succes.*

En samling af ensartede tilbud og kompetencer på landets fødegange i kombination med centralisering af de komplicerede graviditeter og fødsler.

De danske fødeafdelinger er stærke garantanter for princippet om lige adgang til sundhedsydelser med den ovenfor beskrevne tværfaglige og multidisciplinære tilgang. Dette indbefatter ud over jordemoderen og en mulig involvering af fødselslæger også involvering af anæstesi- og børnelæger. Muligheden for smertelindring, tilkald af børnelæge til vurdering af det nyfødte barn samt fødselslægerens involvering bør og skal være en integreret del af fremtidens fødemiljøer.

I Danmark har man op gennem 80'erne og 90'erne forsøgt med differentieret tilbud til de fødende kvinder på en række af de større fødesteder, en differentiering baseret på kompleksitet og behov hos de gravide og fødende med udgangspunkt i en risikoprofil. Man oprettede fødeklিনikker, hvor jordemødrene alene tog sig af de fødende, i modsætning til de nuværende ovenfor beskrevne fødeafdelinger. Denne struktur blev siden opgivet, da mange fødende under fødslen blev overflyttet fra fødeklিনikken til den almindelige fødegang grundet ønske om yderligere smertelindring med epidural og/eller tilstødte komplikationer.

Strukturen med en opdeling synes kunstig og udfordrede dengang desuden i den grad både ressourcer, såvel som kvalitet. Herunder voldte det store udfordringer for den modtagende fødeafdeling og prioriteringen af de jordemoderfaglige ressourcer, idet der med overflytningerne kunne være mangel på jordemødre til at håndtere de risiko-fødende som allerede var i afsnittet, samtidig med man skulle have ekstra jordemødre til at modtage de fødende, der blev overflyttet. Både kapacitet, kvalitet og logistik var problematisk og man forlod modellen med differentieret fødselstilbud afhængig af risikoprofil til fordel for én samlet fødegang, men med en differentieret

tilgang til hver enkelt gravid og fødende afhængig af risikoprofil, men samlet på samme matrikel – én fødeafdeling.

Med den nuværende model med alle fødsler samlet på én og samme afdeling, har vi været med til at sikre udviklingen af det fødemiljø, vi har i dag og som de fleste lande i verden tilstræber at følge. Strukturen og kulturen på de danske fødegange er på verdensplan anset for at være et beundringsværdigt eksempel til følge.

Vi vil i DSOG arbejde for en vedvarende forbedring af de danske fødemiljøer, herunder understøtte de ukomplicerede graviditeter og fødsler, men det synes uambitiøst ikke at have samme målsætning for de komplicerede gravide og fødende, en gruppe som har stort behov for trygge rammer og kompetent fødselsvejledning.

Efter vores opfattelse, er det derfor et tilbageskridt at genindføre differentieret tilbud på separate fødeklিনikker til vores ukomplicerede fødende. Man genindfører et system der er komplekst, giver ringere kvalitet og er voldsomt ressourcekrævende, på bekostning af de komplicerede gravide og fødende, som har aller mest behov for kontinuitet og ro.

Vi er nået meget langt i Danmark og vi skal fortsat være ambitiøse på de gravide og fødende kvinders vegne, vi skal udvikle fremtidens fødemiljøer, men vi må ikke gå på kompromis med kvaliteten og miste de fødendes tillid ved at rulle tingene tilbage til fordums tid. Fødeafdelingerne skal i stedet udvikle det eksisterende fødemiljø i fællesskab med de gravide, fødende og deres familier ud fra deres behov og deres tillid med respekt for det individuelle valg. Men der bør og skal være et ens og fælles tilbud, *samlet på landets fødegange uanset om man er rask eller syg.*

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi bidrager gerne til den fortsatte dialog og står altid til rådighed såfremt man ønsker yderligere information om ovenstående.

Med venlig hilsen

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Dette skrift er udarbejdet i samarbejde med samtlige ledende overlæger på de danske fødeafdelinger.