

## Høringssvar til National klinisk retningslinje for dystoci (vesvækkelse), 2014

1. Margrethe Møller, referencegruppen for NKR dystoci, [amm@rn.dk](mailto:amm@rn.dk)
2. Jordemoderuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol, [phm@phmetropol.dk](mailto:phm@phmetropol.dk)
3. DSOG, [dsog@dsog.dk](mailto:dsog@dsog.dk)
4. Jordemoderfagligt råd Region Syddanmark, [kontakt@rsyd.dk](mailto:kontakt@rsyd.dk)
5. Afdelingsjordemodergruppen, Rigshospitalet, [Mette.Kiel.Smed@regionh.dk](mailto:Mette.Kiel.Smed@regionh.dk)
6. VIP gruppen, Rigshospitalet, [Kristine.Sylvan.Andersen@regionh.dk](mailto:Kristine.Sylvan.Andersen@regionh.dk)
7. Jordemoderforeningen, [sek@jordemoderforeningen.dk](mailto:sek@jordemoderforeningen.dk)
8. Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y, Aarhus Universitetshospital, [tienge@rm.dk](mailto:tienge@rm.dk)
9. Lone Hvidman, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y, Aarhus Universitetshospital, [lonehvid@rm.dk](mailto:lonehvid@rm.dk)
10. Peter Damm, Obstetrisk Klinik, Rigshospitalet, [peter.damm@regionh.dk](mailto:peter.damm@regionh.dk)
11. Danske Regioner, [jnb@regioner.dk](mailto:jnb@regioner.dk)

Peer Review, Marie Berg, PhD, MNsci, MPH, RN, RM, Professor vid Göteborgs universitet

Peer Review Tom Weber, Overlæge Gynækologisk Obstetrisk Afdeling,

Amager og Hvidovre Hospitaler

Kære alle.

Stort arbejde, I har lavet.

Synes retningslinjen er klar og har ikke kommentarer.

Bemærker konsekvent 3-4 veer/10 min ved stimulation med S-drop. Klar over kilden.

Bliver nytænkning på fødegangene. Også i forhold til CTG e-learning.

Mange hilsner Margrethe

Referencegruppemedlem på NKR dystoci, 2014

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heidesgade 1  
2300 København S

PROFESSIONSHØJSKOLEN

**METROPOL**

Dato 20. august 2014  
Initialer khas

### Høringssvar til Sundhedsstyrelsen

Tak for udkastet til National klinisk retningslinje for dystoci. Dette vil kunne øge opmærksomheden på problematikken i klinikken og herved øge behandling/handling med forventet øget patientsikkerhed til følge. Med glæde ses, at der er lavet ændringer i anbefalingerne om håndtering af dystoci hvad angår forsigtighed med at diagnosticere dystoci hos 1. para, hvis orificium er dilateret 4 – 6 cm. Derudover giver det mening at sidestille kvinder med og uden epiduralblokade i den latente fase af 2. stadie.

Gennemlæsning af rapporten har givet anledning til at fremkomme med et par kommentarer.

Angående anbefaling omkring brug af akupunktur: Rapporten skriver rigtigt, at evidens-grundlaget for brug af akupunktur som vestimulation under fødslen er meget svagt. Herefter at man hverken har fundet negative eller positive effekter ved brug af akupunktur som vestimulation under fødslen. Alligevel konkluderer rapporten, at man må fraråde brug af akupunktur under fødslen. Dette stemmer ikke overens med erkendelsen af, at der ikke er foretaget tilstrækkelig veldokumenteret klinisk forskning. At man ikke ønsker at anden behandling udsættes p.g.a. behandling med akupunktur giver imidlertid god mening i kraft af den manglende evidens om akupunkturs virkning, men at fraråde brug synes der heller ikke at være evidens for. Man kan anbefale at fremme studier af høj kvalitet for at øge evidensniveauet omkring brug af akupunktur som vestimulation.

### Jordemoderuddannelsen

Institut for Ernæring og  
Jordemoderkundskab  
Det Sundhedsfaglige og Teknologiske  
Fakultet  
Tagensvej 86  
2200 København N  
Tlf. nr. 72 48 75 00  
phm\_jord@phmetropol.dk  
www.phmetropol.dk  
CVR. 3089 1732

Ligeledes må det gælde for brug af ”rebozo” som behandling til caputs rotation gennem bækkenet og dermed stimulation af sammenhæng mellem veer og caputs nedtrængen. Her er evidensgrundlaget om end mindre, og såfremt at man ikke udsætter anden behandling, burde man kunne anbefale det som en praktisk støtte til caputs nedtrængen på linje med stillingsskift, bevægelse, hvile og blæretømning. Og som det så rigtigt er foreslået: Sørge for at rebozo bliver opført med en kode, så klinikken har mulighed for at øge viden om brug af Rebozo.

I rapporten anbefales, at man overvejer brug af væsketerapi profylaktisk. Denne anbefaling stiller vi os undrende overfor, da de i Cochrane reviewet vurderer, at evidensen for IV-væsketerapi ikke er robust nok til, at man bør anbefale dette. De studier, der ligger til grund for arbejdsgruppens anbefaling, vurderes i rapporten at være af moderat til meget lav evidens og ydermere at overførbareheden kan være begrænset, da studierne er foretaget i lande med anderledes klima. Ved profylaktisk anlæggelse af IV-væsketerapi er der risiko for at lavrisiko-fødende forstyrres i den normale fødselsproces, bl.a. fordi kvindens bevægelsesfrihed indskrænkes med mulige konsekvenser for hendes fysiske og psykiske velbefindende.

I sammenfatningen i høringsudkastet lægges der vægt på, at et af formålene med vestibulation er, at kvinderne skal være tilfredse. Den evidens, der foreløbig foreligger på kvinders tilfredshed når de får stimuleret veer, er fortsat sparsom og går snarere i retning af, at de er mindre tilfredse og yderligere oplever fødslen som hårdere og mere frustrerende. Man kunne med rette udvide afsnittet om patientperspektivet til også at omfatte den evidens, der foreligger om kvinder og mænds oplevelse af ve-stimulation. Ydermere savnes en uddybning af krav om informeret samtykke i forhold til virkning, bivirkninger og alternative muligheder.

Samlet set giver Sundhedsstyrelsens sammenfatning af høringssvaret indtryk af nogle stærkere anbefalinger om væsketerapi, akupunktur og rebozo, end rapporten tilkendegiver, der er evidens for. Hermed kommer anbefalingen til at stå stærkere, end der er belæg for, hvilket vil være misvisende for fremtidens kliniske praksis.

Med venlig hilsen

Marianne Eiberg, Lea Brinkmann, Linda Skjoldborg, Eva Rydahl,  
Bodil Møller, Anne Mette Rasmussen, Vibeke de Lichtenberg,  
Kirsten Hasman

Undervisere på Jordemoderuddannelsen Metropol

Med venlig hilsen

Kirsten Hasman  
Adjunkt

khas@phmetropol.dk  
Direkte: 72487894



# DSOG

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi  
Danish Society of Obstetrics and Gynaecology

august 2014

## Høring vedr. den nationale kliniske retningslinje for dystoci

Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik takker for muligheden for at kommentere høringsversionen af national klinisk retningslinje for Dystoci.

Generelt er det en fin og velskrevet guideline, og arbejdsgruppen takkes for et stort arbejde med et emne, der er relevant hver eneste dag på landets fødeafdelinger.

DSOG har nogle kommentarer, hvoraf især spørgsmålet vedrørende vehyppighed findes vigtigt.

### Vehyppighed

DSOG er enig i at anvendelse af vestimulerende midler bør foregå under nøje observation af fosterets tilstand og veaktivitet.

Det forekommer os imidlertid overraskende, at man i retningslinjen gennemgående anfører, at der ikke bør stimuleres op til mere end 3-4 veer per 10 minutter, og efterspørger evidensen i forhold til denne anbefaling.

DSOG, har i forbindelse med udarbejdelse af Sandbjerg guidelines for "Dystoci i udvidelsesfasen"(1999), "Dystoci i uddrivningsperioden"(2000), "Vestimulation, hyperstimulation og uterusruptur"(2005) samt "Dystoci" 2011, (statusdokument under DSOG) efter nøje gennemgang af litteraturen hver gang anbefalet, at der stimuleres højst til 5 veer på 10 minutter eller 7 veer per 15 minutter.

Referencen til den i høringsversionens ændrede anbefaling er, såvidt vi kan se SSTs hjemmeside, hvor der henvises til en artikel i Tidsskrift for Jordemødre (2005).

DSOG og Jordemoderforeningen henvendte sig efter ovennævnte artikel d 2/5-2005 i fællesskab til SST mhp evidens for at anvende 3-4 veer pr 10 minutter. I Tidsskrift for Jordemødre, Årgang 2006, nr. 2 blev der refereret til SSTs svar, hvor man tilsluttede sig grænsen på "5 veer pr 10 minutter. eller 7 på 15 minutter". Os bekendt er der heller ikke efterfølgende fremkommet evidens for en ændring af denne anbefaling. Vi er heller ikke bekendt med, at der har været enighed om en ny grænse i arbejdsgruppen og vi er bekymrede for, at et maksimum på 3-4 veer per 10 minutter i praksis vil indebære, at det i en lang række tilfælde ikke vil være muligt at korrigere en vesvækkelse. Denne grænse anvendes ligeledes i den landsdækkende undervisning af læger og jordemødre i projektet "Sikre Fødsler" samt i de internationale certificeringskurser indenfor obstetrik (ALSO-kurser).

Vi efterspørger derfor som anført dokumentation for eventuel ny evidens eller lægger op til en ændret formulering til 5 veer på 10 minutter.

### Væsketilførsel

DSOG finder, at evidensen for at konkludere, at intravenøs væske kan anvendes til forebyggelse af dystoci synes lidt spekulativ. Den svage evidens der findes i de refererede studier (som vi læser det) går på, at der er påvist kortere forløb i umiddelbart ikke sammenlignelige populationer ifht den danske fødende population. Så, om end det kan synes harmløst, finder vi det indtil videre for dårligt belyst, og foreslår, at en sådan anbefaling afventer yderligere studier.



# DSOG

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi  
Danish Society of Obstetrics and Gynaecology

---

## Afgrænsning

DSOG foreslår, at man præciserer, at tids-anbefalingerne er under forudsætning af klart fostervand og normal hjertelyd/CTG, eksempelvis i afsnit 1.3, således at man skærper opmærksomheden ved tegn på stress hos barnet.

## Dosering

DSOG savner god evidens for at ændre den doserings-anbefaling (ændring hver 30. Minut fremfor hver 20. Minut), der blev udarbejdet i Sandbjergguidelinen "Syntocinon" (2013). Vi gør samtidig opmærksom på, at det signifikante resultat for flergangsfødende, der vises i tabellen side 29 bør sikres ikke at indgå i den samlede tolkning i nærværende guideline for førstegangsfødende (hvor der i samme undersøgelse var ikke-signifikant forskel ved høj-dosis hos førstegangsfødende) (side 29 i retningslinien).

## Referencer

DSOG gør opmærksom på, at hvor der anvendes DSOG guidelines som reference, bør tovholderen anses som førsteforfatter, da der generelt er anvendt alfabetisk rækkefølge.

Mvh på DSOGs vegne

**Karen Reinhold Wøjdemann**

Overlæge, ph.d., Formand for Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

## Høringssvar på National klinisk retningslinje for dystoci (høringsversion 1.0)

Meget flot gennemarbejdet retningslinje, der indeholder svar på de centrale spørgsmål i relation til diagnosticering og håndtering af dystoci til førstegangs fødende til termin med foster i hovedpræsentation. Gode overskuelige flowcharts. Generelt godt at der tages initiativ til fælles nationale retningslinjer udarbejdet af arbejdsgrupper med bred repræsentation.

### Spørgsmål og kommentarer

- 1) I retningslinjen hedder det, at det i fødselens første stadiums aktive fase er god praksis at gøre status *"hvis orificium har dilateret sig med < 2 cm over 4 timer i første stadiums aktive fase (dvs. ved dystoci). Ved manglende fremgang kan det være hensigtsmæssigt at gøre status tidligere"* (s.7).
  - Det er uklart hvad der menes med dette? Hvordan skal "manglende fremgang" forstås og hvad er begrundelsen for, at man skal gøre status tidligere i disse tilfælde?
  - Der synes også at være en anden uklarhed ift definitioner: *"Overvej at tilbyde den fødende anlæggelse af intravenøs adgang mhp. indgift af isoton Ringer laktat (...) særligt ved (...) langsom fremgang (dvs. allerede før der er gået 4 timer, og kriterierne for dystoci er opfyldt)"* s. 37. Kan diagnosen dystoci stilles tidligere end efter 4 timer – og hvordan lyder definitionen i så fald?
- 2) Det anføres at man ved tegn på vestorm under oxytocinstimulation omgående bør konferere med eller tilkaldes læge.
  - Der ønskes en definition af "vestorm".
  - Menes der, at man ved for hyppige veer skal konferere med læge og at det altså ikke er tilstrækkeligt at reducere oxytocininfusionen – eller henvises der ved "vestorm" til de tilfælde, hvor man ikke kan kontrollere veernes hyppighed?
- 3) Såfremt betingelserne er til stede for det, kan man ved < 3-4 veer/10 min. stimulere med oxytocin – men der må max stimuleres til 3-4 veer/10 minutter. Nationalt anvender vi en definition der hedder max 5 veer på 10 minutter (Sikre Fødsler og DSOGs guideline: *Syntocinon til vestimulation*: 2013). Og erfaringsmæssigt skal der ved dystoci ofte stimuleres til mere end 3-4 veer/ 10 min.
  - Der synes ikke at være fremlagt evidens eller øvrig begrundelse for, at der ikke må stimuleres til max 5 veer – derimod henvises til studier og guidelines fra NICE og Sverige, hvor max stimulation er 4-5 veer/10 min. Der er en risiko for, at man således vil kunne trække forløbene for langt ud med risiko for flere instrumentelle vaginale fødsler, flere sectio og større forekomst af svær post partum blødning. Endvidere synes det uhensigtsmæssigt (med mindre der naturligvis er evidens for det) at gå imod de anbefalinger der nu er udbredt og implementeret i regi af Sikre Fødsler.
- 4) Varighed af 2. stadium – uddrivningsfasen: Såfremt der først er indikation for at opstarte oxytocinstimulation efter at den fødende har presset i en time og s-drop max må øges hvert 20. minut – bliver det da ikke en for lang presseperiode, men risiko for intrauterin asfyksi ikke mindst set i lyset af at uddrivningsfasen helst skal afsluttes efter 2 timer?



- 5) Definition af aktiv fødsel er: Orificium 4 cm og *regelmæssige veer*. Kan der ikke blot stå veer – veer er jo langt fra altid regelmæssige ej heller i forløb med tilfredsstillende progression?
- 6) I retningslinjen anvendes max stimulationstid. Kunne det være mere hensigtsmæssigt at anvende dosis – eller i hvert fald også at have opmærksomhed på anvendt dosis? Jf DSOG guideline om Syntocinonstimulation fra 2013: *"(...) efter indgift af i alt 5 IE Syntocinon (500 ml af infusionsblandingen) anbefales det at gøre status med henblik på fortsættelse af Syntocinon infusionen.* Hvis man fastholder at se på varighed skulle det måske defineres som varighed efter etablering af veer, der forventes at medføre progression.
- 7) *"Tilkaldes en overordnet jordemoder (for eksempel en klinisk jordemodervejleder eller en afdelingsjordemoder), er det denne jordemoder, der har ansvaret, indtil der eventuelt tilkaldes en læge"*
- Der henvises i denne forbindelse til et notat fra SST om vestibulerende midler, hvor ovenstående er ekspliciteret (<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/medicin/haandtering/vestimulerende-midler.aspx>). Dette dokument har imidlertid ikke status af lovgivning. Vi forstår lovgivningen sådan, at hvorvidt en "overordnet jordemoder" (fx klinisk jordemodervejleder, koordinerende jordemoder, jordemoderspecialist eller hvad stillingsbetegnelserne end måtte være rundt op i landet) har ansvaret indtil en læge er kaldt, må bero på hvilke bemyndigelser de pågældende "overordnede jordemødre" er givet fra de individuelle fødesteders overlæger. Vi foreslår derfor, at dette tydeliggøres/præciseres i retningslinjen.
- 8) I forhold til den status, der går forud for en evt. oxytocinstimulation (afsnit 2.3 og 3.3) vil vi foreslå, at man helt eksplicit anvender elementerne fra Fødselstjeklisten (Sikre Fødsler) og som minimum medtager alle elementer af relevans for førstegangsfødende (dvs. GA, fosterskøn og risikofaktorer). Og at der under 3.3. tilføjes "blæretømning".
- 9) Væske - IV-infusion med isoton elektrolytopløsning.
- Som beskrevet i retningslinjen kan anlæggelse af iv-adgang hæmme den fødendes mobilitet, være forbundet med gene og medvirke til sygeliggørelse af raske, normale fødende. Set i lyset af, at der er tale om svag evidens for IV-infusion samt at man anbefaler er ret beskeden infusionshastighed på 125-250 ml/time, forekommer anbefalingen (omend den er svag) mindre relevant. Vi savner i stedet viden om indgift af ikke-hypotone væsker pr. os. samt om ernæring (i flow chartet anføres at man skal vurdere behovet for ernæring – men hvad skal den fødende i så fald spise).
- 10) Vi kunne ønske os et partogram, som er tilpasset denne nye retningslinje.

21. august 2014

**På vegne af Jordemoderfagligt Råd i Region Syddanmark**

Kirsten Faaborg

Udviklingsjordemoder

Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D, Odense Universitetshospital

**Fra:** Mette Kiel Smed [<mailto:Mette.Kiel.Smed@regionh.dk>]

**Sendt:** 21. august 2014 20:07

**Til:** Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

**Emne:** Høringskommentar vedr. NKR om dystoci under fødsler

## Høringssvar vedr. National Klinisk Retningslinje for dystoci

Afdelingsjordemodergruppen på Rigshospitalet ønsker at komme med følgende kommentar:

I udkastet til den Nationale Kliniske Retningslinje, som handler om dystoci under fødsler, forekommer flg. sentens flere gange: *"Tilkaldes en overordnet jordemoder (for eksempel en klinisk jordemodervejleder eller en afdelingsjordemoder), er det denne jordemoder, der har ansvaret, indtil der eventuelt tilkaldes en læge (15)".*

Vi foreslår denne sætning slettet fra retningslinjen på baggrund af følgende:

- Retningslinjen ikke er en organisatorisk beskrivelse, men derimod en standard for god faglig praksis. Det fremgår da heller ikke som en del af arbejdsgruppens kommissorium at beskrive ansvarsfordelingen ved behandling af dystoci.
- Det er forskelligt, hvordan arbejdet og ansvaret placeres fra afdeling til afdeling. En del afdelinger har ikke afdelingsjordemødre / kliniske jordemodervejledere i døgnvagt.
- Begrebet "overordnet jordemoder" er åbent for fortolkning – de fleste kliniske afdelingsjordemødre er f.eks. ansat på basisoverenskomst og har ikke direkte ledelsesopgaver.
- På Rigshospitalet arbejder jordemødrene selvstændigt, men har mulighed for faglig sparring fra afdelingsjordemødrene, som kan bidrage med solid klinisk erfaring og med indgående kendskab til bl.a. retningslinjer og ny evidens. Det er dog fortsat jordemoderen, der har ansvaret for den kliniske behandling i det enkelte forløb. Dette læses tydeligt ud af afdelingens interne vejledning om afdelingsjordemoderens funktioner, hvori der står: *"Afdelingsjordemoderen skal støtte og styrke det jordemoderfaglige arbejde med udgangspunkt i, at det er den jordemoder, som varetager fødslen, som har ansvaret for den".*

Vi ser frem til at læse den endelige udgave af den nationale retningslinje og står gerne til rådighed med yderligere kommentarer, hvis det ønskes.

Med venlig hilsen afdelingsjordemodergruppen på Rigshospitalet:

Annelise Klarup

Birgitte Hillerup

Charlotte Elklit Goodley

Kirsten Byder

Lise Roelsgaard Fischer

Lone Søndergaard

Mette Kiel Smed.

Med venlig hilsen / Best regards

Mette Kiel Smed

Afdelingsjordemoder

Rigshospitalet

Fødeafdelingen, afsnit 5022

Blegdamsvej 9

2100 København Ø

---

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

**Fra:** Kristine Sylvan Andersen [<mailto:Kristine.Sylvan.Andersen@regionh.dk>]

**Sendt:** 21. august 2014 18:18

**Til:** Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

**Cc:** Anne Berlin Barfoed; Annemette Simonsen; Henrik Christensen; Kristine Sylvan Andersen

**Emne:** Kommentarer til den nationale kliniske retningslinje for dystoci

#### **Kommentarer til udkastet til den nationale kliniske retningslinje for dystoci.**

1. Vi mener, at det er uhensigtsmæssigt, at de to aktuelle og store, nationale tiltag for at nedsætte antallet af fødselsskader under fødsler, nemlig "Sikre Fødsler" og denne Nationale Retningslinje, ikke kommer med samme anbefaling vedr. antallet af veer pr. 10 minutter. Vi mener, at man skal følge Sikre Fødslers grænse på højst 5 veer pr. 10 min. Alle jordemødre og obstetrikere i landet er blevet undervist og testet med udgangspunkt i dette.
2. Vi mener ikke at der bør indgå en formel ansvarsfordeling af afdelingsjordemødres/klinisk jordemodervejlederes ansvar, da det er en klinisk retningslinje og ikke en ledelsesorganisatorisk vejledning. Hvis det bibeholdes i vejledningen, bør det ændres til at jordemoderen på fødestuen har ansvaret indtil lægen kaldes, også selv om der er en afdelingsjordemoder/klinisk jordemodervejleder tilstede. Vi finder det ikke muligt at imødekomme udsagnet om, at en afdelingsjordemoder skal have ansvaret for alle de fødselsforløb med dystoci, hun er involveret i. Det drejer sig, som der står i retningslinjen, om temmelig mange fødsler om året, og afdelingsjordemoderen har ikke mulighed for at være ansvarlig for de enkelte forløb og samtidigt varetage sine andre forpligtigelser. Det er desuden vores klare overbevisning, at den enkelte jordemoder er uddannet til og kompetent til at have ansvaret for disse forløb – evt. sammen med en læge. Afdelingsjordemoderen er organisatorisk ikke placeret anderledes end basisjordemødre (modsat en evt. tilkaldt læge) og bør således ikke stå med ansvaret for basisjordemødrenes arbejde.
3. Vi undrer os over, at der kun for Rebozo og ikke for de andre tiltag anbefales, at der igangsættes forskningsprotokoller.

Med venlig hilsen

**VIP-gruppen på Rigshospitalet** (afdelingens interne gruppe med ansvar for Vejledninger, Instrukser og Politikker)

Henrik Christensen, overlæge, Rigshospitalet

Mette Kiel Smed, afdelingsjordemoder, Rigshospitalet

Anne Barfoed, udviklingsjordemoder, Rigshospitalet

Kristine Sylvan, kvalitetsudviklingsjordemoder, Rigshospitalet

beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

København, den 22. august 2014

## **Til Sundhedsstyrelsen**

### **Vedrørende høring over den nationale kliniske retningslinje for dystoci**

Jordemoderforeningen takker for fremsendt høringsmateriale vedrørende den nationale kliniske retningslinje for dystoci. Der er med materialet sat fokus på et væsentligt område indenfor obstetrikken, og overordnet finder Jordemoderforeningen, at materialet tegner nogle gode linjer for den fremtidige håndtering af dystoci.

Jordemoderforeningen vil dog gerne rette opmærksomheden på følgende fire aspekter i materialet:

#### **Ansvar, vedyppighed, akupunktur/rebozo og væskeprofylakse.**

##### **Ansvar**

Det fremgår flere steder, at det er god praksis at gøre status med en erfaren kollega. Det er vi enige i.

Det pointeres, at der ved 'erfaren kollega' forstås f.eks. afdelingsjordemoder eller læge, afhængigt af lokale forhold.

Samtidig fremgår det, at: *"Tilkaldes en overordnet jordemoder (for eksempel klinisk jordemodervejleder eller afdelingsjordemoder), er det denne jordemoder, der har ansvaret, indtil der eventuelt tilkaldes en læge"*.

Denne formulering strider mod gældende cirkulære og sundhedsautorisationslovgivning.

Den jordemoder, der yder jordemoderfaglig omsorg og behandling til en fødende kvinde, kan ikke fratages ansvaret, fordi hun har fået faglig sparring eller vejledning af den overordnede jordemoder (i det følgende kalder vi vedkommende en afdelingsjordemoder).

Selv om Sundhedsstyrelsen tidligere har skrevet om dette, vil Jordemoderforeningen fremhæve, at *kun* dersom afdelingsjordemoderen træder i sin kollegas sted og overtager behandlingen, overtager hun også ansvaret – og det har da også været gældende for Patientklagenævnets afgørelser med både basis- og

afdelingsjordemoder inddraget, at det ikke har været ansvarsfrigørende for basisjordemoder, at afdelingsjordemoder er til stede og også modtager kritik.

I dag er praksis således på de fleste (større) fødesteder, at afdelingsjordemoder tilkaldes, såfremt der er forhold under fødslen, der ønskes drøftet. Kontakten vil herefter blive journalført, og for de journalførte observationer og beslutninger kan vagthavende afdelingsjordemoder selvfølgelig holdes ansvarlig. Men vagthavende afdelingsjordemoder forbliver oftest ikke på stuen. Følgelig kan hun ikke tillægges det videre ansvar – det har den behandlende jordemoder selvfølgelig fortsat.

Af CIR 08-08-2001 fremgår det (§ 8), at: *'Er der ved en fødsel tilkaldt læge, påhviler det jordemoderen at bistå denne ved den behandling, som lægen skønner det nødvendigt at foretage', samt af stykke 2: ' Stk. 2. Indtil ansvaret for behandlingen kan overtages af en læge, skal jordemoderen yde den fornødne hjælp'.* Cirkulæret beskriver ikke ansvarsfordelingen ved tilkaldelse af erfaren kollega (her forstået som afdelingsjordemoder eller tilsvarende).

I øvrigt har jordemoderen i henhold til VEJ nr 151 af 08/08/2001 *"pligt til at afvise at udføre en ordineret behandling, hvis denne efter jordemoderens faglige vurdering ikke er forsvarlig. Jordemoderen skal i denne situation over for den behandlende læge afvise at medvirke, og såfremt lægen ikke er enig i jordemoderens vurdering, tilkalde en overordnet jordemoder eller læge"*.

Det er efter Jordemoderforeningens mening med til at understrege, at selv ved konference og tilkald består et ansvar hos den jordemoder, der yder jordemoderfaglig omsorg og behandling til kvinden/barnet.

## **Vehyppighed**

Af udkastet fremgår det også, at det er god praksis i udvidelsesfasen at øge dosis [...] indtil der er opnået 3-4 veer/10 minutter. Jordemoderforeningen har sammen med DSOG indsendt notat ad 2. maj 2005 vedrørende dette forhold. Sundhedsstyrelsen svarede, at "en angivelse på max 5 veer på 10 minutter eller 7 veer pr 15 minutter vil være i overensstemmelse med den fremtrædende litteratur"<sup>1</sup>. Jordemoderforeningen er derfor forundret over, at styrelsen nu fastholder oprindelige udmelding om 3-4 veer/10 minutter.

Både i guidelines fra NICE, ACOG og i de svenske guidelines anbefales, at der maksimalt stimuleres til 5 veer på 10 minutter (NICE anbefaler 4-5 veer på 10 minutter). Skulle Sundhedsstyrelsen - modsat tidligere ændrede anbefalinger –

---

<sup>1</sup> <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/vestimulation/>

fasthold maksimalt 3-4 veer/10 minutter, vil Jordemoderforeningen opfordre til, at der forinden gennemføres en dybtgående litteraturgennemgang af området med fremhævelse af ny litteratur, der på højt evidensniveau redegør for den ændrede anbefaling.

### **Akupunktur/rebozo**

Jordemoderforeningen anerkender på baggrund af den eksisterende litteratur, at brugen af akupunktur ved dystoci ikke bør udsætte andre tilbud som amniotomi og vestimulation med oxytocin. Jordemoderforeningen undrer sig dog over, at brugen af akupunktur ved dystoci har fået en svag/betinget anbefaling *imod*.

Ifølge Sundhedsstyrelsen bruges denne anbefaling, når det vurderes, at *ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Anbefalingen anvendes også, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.*

Det pågældende studie, der ligger til grund for anbefalingen, er vurderet til at være af meget lav kvalitet, men tyder ikke på, at der er 'evidens for både gavnlige og skadelige bivirkninger, hvor balancen er vanskelig at afgøre'. Altså må beslutningen for den givne svage anbefaling *imod* være truffet på baggrund af, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene. Dette vurderer Jordemoderforeningen til at måtte bero på individuelle skøn og præferencer, primært hos den fødende kvinde.

Jordemoderforeningen henstiller derfor til, at den svage anbefaling *imod* ændres. Dog vurderes det, at anbefalingen på den foreliggende evidens heller ikke kan bære en svag anbefaling for. Et system til evidensvurdering bør dog ikke være så rigtigt, at det ikke giver mulighed for en nuanceret vurdering, der reelt belyser området.

### **Væskeprofylakse**

Retningslinjen belyser også brugen af væsketerapi ved dystoci. Det anbefales, at man bør overveje *at tilbyde den fødende anlæggelse af intravenøs adgang mhp. indgift af isoton Ringer laktat som supplement til frit peroralt væskeindtag med henblik på forebyggelse af dystoci; særligt ved mistanke om dehydrering eller ved langsom fremgang.*

Jordemoderforeningen anerkender, at litteraturen *tyder* på, at væsketerapi *måske kan* forebygge sectio mv. Dog er fundene insignifikante.

Anbefalingen vil kunne tolkes således, at man kan (bør) give alle fødende kvinder iv-væsketerapi profylaktisk. Jordemoderforeningen finder, at evidensen herfor ikke er tilstrækkelig tungtvejende til en sådan ordlyd.



Det kan diskuteres, hvorvidt de tilgrundliggende studier er reproducerbare i en dansk kontekst, idet begge studier er foretaget i mellemøstlige lande, hvor blandt andet fødekultur er væsentlig anderledes end i Danmark.

Man ved således fx ikke, hvorledes det vil påvirke fødslerne for danske fødende, og i særdeleshed lavrisikofødende, at de får anlagt profylatisk iv-adgang, og jævnligt vil opleve, at de skal tilsluttes drop. Dertil kræves grundige studier, der i en dansk kontekst med relevant adækvat behandling af kontrolgruppe, fx gennem tilbud om peroral elektrolytblanding eller almindelig væske, undersøger problemstillingen.

Jordemoderforeningen vil derfor henstille til, at ordlyden i anbefalingen ændres, således at det tydeligere fremgår, at anbefalingen retter sig mod fødende, for hvem man har stærk formodning om, at de vil opleve dystoci. Tilsvarende i anbefalingerne for rebozo og akupunktur må det fremgå i afsnittet under de 'centrale budskaber', at brugen bør ajourføres, og at brugen bør indgå i veldesignede studier.

Jordemoderforeningen takker for høringen og stiller sig til rådighed for yderligere uddybning, skulle dette ønskes.

Med venlig hilsen,

A handwritten signature in blue ink that reads "Lillian Bondo". The script is cursive and fluid.

Lillian Bondo

Jordemoder, MPA, formand for Jordemoderforeningen.

[sek@jordemoderforeningen.dk](mailto:sek@jordemoderforeningen.dk)

Sundhedsstyrelsen

Sygehuse og Beredskab

**Høringssvar National klinisk retningslinje for dystoci  
Gyn. Obst. Afd. Y Aarhus Universitetshospital har følgende  
kommentarer til udkastet**



Forside

National klinisk retningslinje for dystoci

Dato 22.08.2014

Ref. Tienge

Direkte tlf. 7845 3308

tienge@rm.dk

**Kommentar**

- Titlen bør præcisere at det drejer sig om en retningslinje for dystoci hos førstegangsfødende med et barn i hovedstilling ved termin

Centrale budskaber side 7

Definition af dystoci i fødselens andet stadium hos førstegangsfødende

Side 1/3

Nedtrængningsfasen

Utilstrækkelig fremgang af ledende fosterdels nedtrængning i fødselsvejen.

**Kommentar**

- Definitionen er uklar – dystoci beskrives ved dets synonym – utilstrækkelig fremgang.
- Bør præciseres fx ved at dystoci foreligger, hvis ledende fosterdel ikke er på bækkenbunden efter 3 timer
- Det bør i afsnittet med Centrale budskaber fremgå, at retningslinjen kun omfatter fødsel med foster i hovedstilling ved termin, da tidsrammerne er for vide for fødsel med fostre i sædestilling

Uddrivningsfasen

Utilstrækkelig fremgang af ledende fosterdels nedtrængning i fødselsvejen i 1 time

**Kommentar**

- Definitionen er uklar – dystoci beskrives ved dets synonym – utilstrækkelig fremgang.
- Bør præciseres fx ved at dystoci foreligger, hvis fødslen ikke er umiddelbart forestående efter 1 time

Indikation for vestimulation med med oxytocin

- Det fremgår mange steder i rapporten, at det er god praksis ved dystoci og <3-4 veer /10 minutter at stimulere med oxytocin – samt at dosis kan øges indtil der er opnået 3-4 veer/10 minutter – bl.a. side 7, 8, 9, 11.

#### **Kommentar**

- Den definition af for tachysystoli (for mange veer), der anvendes af de faglige miljøer i Danmark – og som også indgår som grundlag i Sikre Fødsler – er mere end 5 veer pr 10 minutter – svarende til internationale anbefalinger.
- Det amerikanske selskab ACOG (2009) har et mål for stimulation på maximum 5 veer på 10 min og NICE guideline (2014) anbefaler stimulation op til 4-5 veer på 10 min. Tilsvarende anbefaler den svenske retningslinje oxytocin ved manglende fremgang og < 5 veer pr 10 minutter.
- Der redegøres ikke i den kliniske retningslinje for hvilken evidens, der begrunder grænsen på 3-4 veer. Der refereres til en artikel i Jordemoderbladet fra 2005 udfærdiget af læge Helle Landberg Johansen, Sundhedsstyrelsen, på baggrund af 4 cases fra Patientklagenævnet. Denne artikel indeholder ingen redegørelse for den bagvedliggende evidens. (Den nævnte artikel affødte en henvendelse til SST fra DSOG og Jordemoderforeningen i 2005 og et efterflg svar fra 8 mdr senere, hvor konklusionen fra Sundhedsstyrelsen var "at en angivelse på max 5 veer på 10 minutter eller syv veer pr 15 minutter vil være i overensstemmelse med den fremtrædende litteratur").
- I den kliniske retningslinje præciseres det, at formålet er at sikre en evidensbaseret indsats af høj kvalitet på tværs af landet. (S 13). Det må forudsætte at anbefalinger som max grænse for veer også bygger på den bedst mulige evidens.
- For så vidt der ikke foreligger evidens for det udmeldte, vil vi foreslå at retningslinjen revideres, idet et maksimum på 3-4 veer per 10 minutter i praksis vil indebære, at det ikke vil være muligt i en lang række tilfælde at korrigere en vesvækkelse, så man i stedet vil være henvist til at forløse ved kejsersnit.

#### *Side 22*

#### *3.3 Praktisk råd og særlige patientovervejelser*

*..Tilkaldes en overordnet kollega (for eksempel en klinisk jordemodervejleder eller en afdelingsjordemoder), er det denne jordemoder, der har ansvaret, indtil der eventuelt tilkaldes en læge.*

#### **Kommentar**

- Flere store afdelinger har organiseret sig med en gruppe mere erfarne jordemødre, der kan inddrages af den almindelige fødejordemoder. De erfarne jordemødre har imidlertid ikke en anden autorisation end de øvrige jordemødre.
- Tilkaldes en erfaren jordemoder mhp sparring fx om behandling af dystoci er indiceret, vil det efterfølgende være fødejordemoderen, der er hos den fødende. Den erfarne jordemoder har naturligvis et ansvar for, at behandlingen indledes på et relevant grundlag, men hun vil være involveret i en lang række af fødeafdelingens fødsler og kan derfor ikke have ansvaret for den efterfølgende håndtering af fødslen.

#### *Side 22*

### 3.3 Praktisk råd og særlige patientovervejelser

*Grønt fostervand, patologisk CTG og tegn på vestorm er tilstande der omgående bør føre til, at der konfereres med eller tilkaldes læge*

#### **Kommentar**

- Grønt fostervand optræder hyppigt – og er et tegn på at fosteret på et tidspunkt har været udsat for iltmangel, men siger ikke noget om barnets aktuelle tilstand. Det grønne fostervand er en risikofaktor, som afgiver indikation for at overvåge med CTG for at få klarhed over barnets aktuelle ressourcer. Er CTG normal, vil fødslen kunne fortsætte under CTG-overvågning. I tilfælde af tyndt grønt fostervand og en normal CTG behøver læge ikke involveres under forudsætning af, at afdelingen har en instruks for denne situation. Tykt grønt fostervand er imidlertid udtryk for samtidig oligohydramnios og således en mere kompliceret situation. I disse tilfælde bør læge involveres.
- Vi forslår at punktet ændres til at: *Tykt grønt fostervand, patologisk CTG og tegn på vestorm er tilstande der omgående bør føre til, at der konfereres med eller tilkaldes læge*

**midt**  
regionmidtjylland

#### **Overordnet kommentar**

- Vi finder det overraskende, at man i en klinisk retningslinje anvender en artikel i Jordemoderbladet fra 2005 som en central reference, uden at der i forbindelse med den oprindelige artikel eller i den aktuelle retningslinje gøres rede for baggrunden for evidensen bag artiklens udmeldinger, der har store konsekvenser for den kliniske håndtering – og som på flere punkter ikke er i overensstemmelse med de aktuelt foreliggende guidelines.

Side 3/3

### Kapitel 6

Intravenøs væsketerapi til forebyggelse af dystoci

#### **Kommentar**

- Vi finder ikke på det foreliggende, at der er grundlag for at anbefale intravenøs væsketerapi til forebyggelse af dystoci. De beskrevne studier er udført i lande, der afviger væsentligt fra Danmark og kvaliteten er beskrevet som relativt lav. Der mangler desuden information om de fødendes oplevelse af interventionen.
- Vi finder det relevant på baggrund af de foreliggende studier at anbefale yderligere forskning før man anbefaler at alle fødende skal behandles med i.v. væsketerapi.

Med venlig hilsen

  
Joan Lindholdt Dürr  
Chefjordemoder

  
Lone Hvidman  
Overlæge for fødeafdelingen

## ***Høringssvar National klinisk retningslinje for dystoci***

I udkast til national klinisk retningslinje for dystoci indgår dele af en artikel fra Tidsskrift for Jordemødre 2005 (Bilag 1) som en gennemgående reference (15).

Denne artikel er udfærdiget af læge Helle Landberg Johansen, Sundhedsstyrelsen, på baggrund af 4 cases fra Patientklagenævnet. Artiklen afsluttes med en række bemærkninger fra Sundhedsstyrelsen (SST) bl.a. at der max må stimuleres til 5 veer på 10 minutter.

Jeg var i 2005 formand for Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG). Sammen med Jordemoderforeningen rettede DSOG henvendelse til SST med kommentarer bl. til grænsen på de 3-4 veer (Bilag 2). Efterfølgende svarede SST "at en angivelse på max 5 veer på 10 minutter eller syv veer pr 15 minutter vil være i overensstemmelse med den fremtrædende litteratur", hvilket fremgår af Tidsskrift for Jordemødre 2006 (Bilag 3).

En grænse for at etablere vestimulation på 3-4 veer og en grænse for vestimulation til max. 3-4 veer vil indebære øget anvendelse af instrumentel forløsning og kejsersnit. En sådan anbefaling må hvile på god evidens, som ikke fremgik af den oprindelige artikel fra 2005 og heller ikke fremgår af den nationale retningslinje.

Det må derfor anbefales, at man - svarende til interantionale retningslinjer - ændrer grænsen fra 3-4 veer på 10 min. til max 5 veer på 10 min.

Venlig hilsen

Lone Hvidman  
Overlæge ph.d.  
Gyn Obst Afd Y  
Aarhus Universitetshospital

### **Bilag 1**

## **Brug af vestimulerende midler**

**Tidsskrift for Jordemødre, Årgang 2005, nr. 2, Patientklager**

Sundhedsstyrelsen følger op på alle afgørelser truffet af Patientklagenævnet. Fire afgørelser vedrørende brug af vestimulerende midler har givet styrelsen anledning til at henlede opmærksomheden på brugen af disse midler.

Af: Læge Helle Landberg Johansen, Sundhedsstyrelsen

På baggrund af Sundhedsstyrelsens opfølgning på klage- og indberetningssager er styrelsen blevet opmærksom på flere tilfælde af kritisable fødselsforløb, der involverede brug af vestimulerende



midler. I perioden februar til maj 2004 udtalte Patientklagenævnet således i fire sager kritik af seks jordemødre for blandt andet deres brug af vestimulerende midler.

**Den første afgørelse** drejer sig om en 31-årig førstegangsfødende, gravid i uge 41, der blev indlagt om aftenen efter vandafgang.

Da der var manglende fremgang i fødslen, blev der den følgende morgen opsat drop med vestimulerende middel (Syntocinon). Afdelingens overlæge tilså kvinden halvanden time senere og ordinerede øgning af det vestimulerende drop, da der fortsat ikke var fremgang. Tre kvarter senere, kl. 9.25, tilkaldte jordemoder A en reservelæge, da der kun var langsom fremgang i fødslen, og droppet blev øget yderligere. Kl. 9.50 begyndte den fødende at presse. I hele forløbet blev der overvåget med CTG, som viste svært patologisk mønster fra kl. 10.30. Kl. 10.50 blev en tredje læge blev tilkaldt, da jordemoderen vurderede, at fosteret nu kunne være påvirket. Kl. 11 blev barnet født. Barnet var præget af svær iltmangel, og har udviklet epilepsi med hyppige anfald trods behandling.

*Jordemoder A blev kritiseret for ikke at have kaldt læge efter 20 minutters med svært patologisk CTG-kurve i presseperioden.*

**Den anden afgørelse** drejer sig om en 30-årig førstegangsfødende, gravid i uge 40, der henvendte sig på fødegangen på grund af uregelmæssige, smertefulde veer.

Jordemoder A foretog hindsprængning, og der afgik en stor skylle grønt fostervand, hvorfor der blev påsat CTG-overvågning. Syv timer senere var livmoderhalsen udslettet, men da der ikke var særlig fremgang i fødslen, opsatte jordemoder B vestimulerende drop og noterede, at der var lidt blod og brunligt fostervæske på forlaget. To og en halv time senere blev barnet født. Det fik Apgar 4/1, 5/5 og havde navlesnors ph-værdi på 6,80. Barnet er hjerneskadet.

*Jordemoder A blev kritiseret for ikke at have tilkaldt læge, da der ved hindsprængningen afgik en stor skylle grønt fostervand.*

*Der blev endvidere udtalt kritik af jordemoder B for efterfølgende at have opsat vestimulerende drop uden at have konfereret med læge. I afgørelsen blev der lagt vægt på, at der tidligere var beskrevet grønt fostervand og at jordemoderen selv havde bemærket brunligt fostervand på forlaget. Samme jordemoder blev kritiseret for sin journalføring, idet noterne var uoverskuelige og håndskrevne med halv linjeafstand. Der manglede tillige initialer efter hvert notat.*

**Den tredje afgørelse** drejer sig om en 27-årig førstegangsfødende, gravid i uge 38, der henvendte sig på fødegangen på grund af tiltagende veer.

På grund af manglende fremgang i fødslen og påvirket hjertelyd hos fosteret opsatte jordemoder A drop med vestimulerende middel og påsatte CTG-overvågning. En halv time senere konstaterede jordemoderen, at fosteret havde en dårlig hjerterytme, hvorefter der først blev tilkaldt en overordnet jordemoder, der overtog fødslen, og kort tid efter en læge. Barnet blev forløst med sugekop, men var slapt og livløst, og døde på neonatalafdeling to døgn efter fødslen.

*Jordemoder A blev kritiseret for ikke at have påsat elektronisk overvågning, før hun opsatte vestimulerende drop. Jordemoderen havde forinden beskrevet hjertelyden som svingende og*

*usædvanlig. Jordemoderen kritiseres tillige for ikke at have konfereret med overordnet jordemoder eller læge tidligere i fødselsforløbet. Endvidere øgede hun droppet meget hurtigt på trods af, at veerne kom meget hurtigt efter hinanden. Patientklagenævnet anfører at jordemoderen burde have slukket for droppet og tilkaldt overordnet jordemoder eller læge med det samme.*

*Den overordnede jordemoder, der blev tilkaldt, blev kritiseret for ikke at have skruet ned eller slukket for droppet, da hun kom til fødestuen, og for ikke at have journalført sine observationer.*

**Den fjerde afgørelse** drejer sig om en 36-årig andengangsfødende (første fødsel ved kejsersnit), gravid i uge 42, der blev indlagt i dagtiden med henblik på igangsættelse af fødslen.

Fødselsforløbet var upåfaldende indtil kl. 23, hvor fosterets hjertelyd efter en ve var uregelmæssig og noget langsom. Der blev påsat CTG, som viste tegn på påvirkning af fosteret (sen deceleration). Herefter foretog jordemoder A, der forestod fødslen, punktur af fosterhinden, og der blev udtømt klart fostervand.

Ved 23.30-tiden overtog jordemoder B fødslen. Hun fandt fosteret påvirket ud fra CTG-kurven og tilkaldte afdelingsjordemoderen. For at fremme fødslen blev der opsat drop med vestimulerende middel (Syntocinon). Da der efter nogen tid fortsat var påvirket fosterhjerterefrekvens og tegn på truende iltmangel, øgede man indgiften af Syntocinon.

Lægen blev først tilkaldt kort efter midnat. Hun lagde blød sugekop med henblik på hurtig forløsning. Barnet var ved fødslen præget af svær iltmangel, og er hjerneskadet.

Under suturering af en vaginalbristning på operationsgang umiddelbart efter fødslen blev det konstateret, at der også var bristning af blære og livmoder. Der blev udtalt kritik af jordemoder A for ikke at have tilkaldt læge, da hun konstaterede, at der var tegn på iltmangel hos barnet (uregelmæssig og langsom hjertelyd med træstetoskop, samt sene decelerationer på CTG). Jordemoderen foretog hindsprængning på trods af dårlig hjertelyd og uden at konferere med læge først.

*Afdelingsjordemoderen, der blev tilkaldt, blev kritiseret for at opsætte et vestimulerende drop umiddelbart efter hindsprængning uden at have tilkaldt læge med henblik på vurdering af øjeblikkelig forløsning på grund af påvirket hjertelyd, dårlig registrering på CTG, samt tidligere kejsersnit.*

---

#### **Sundhedsstyrelsen skal gøre opmærksom på følgende i relation til de omtalte afgørelser:**

- der bør ikke iværksættes vestimulation, medmindre såvel veerne som barnets hjerterefrekvens kan registreres elektronisk. CTG bør påsættes inden vestimulation påbegyndes og overvågningen bør omfatte registrering af både veer og barnets hjerterefrekvens
- der bør udvises forsigtighed ved igangsættelse og stimulation og ekstra årvågenhed i overvågningen af fødslen, når kvinden tidligere har født ved kejsersnit. Risikoen for ruptur af uterus er øget hos kvinder, der tidligere har født ved sectio. Dette problem vil være tiltagende i takt med den øgede sectiofrekvens

- grønt fostervand, patologisk CTG og tegn på vestorm er tilstande, der omgående bør føre til, at der konfereres med eller tilkaldes læge
- ved vestimulation bør der ikke stimuleres op til mere end 3-4 veer per 10 min. Det forudsætter dog pauser af en rimelig varighed mellem veerne, almindeligvis af mindst et minuts varighed, og en normal CTG. Optræder veerne hyppigere, bør der skrues ned eller lukkes for droppet
- jordemoderen er forpligtet til at føre ordnede optegnelser. Også ved håndskrevne journalnotater er jordemoderen forpligtet til at sørge for, at disse kan læses, ligesom hun skal skrive initialer efter hvert notat
- tilkaldes en overordnet jordemoder (fx klinisk jordemodervejleder eller afdelingsjordemoder), er det juridisk set denne jordemoder, der har ansvaret, indtil der evt. tilkaldes en læge

## Bilag 2

Til læge Helle Landberg Johansen  
Til overlæge Michael von Magnus

2. maj 2005

Kvalitet, overvågning og tilsyn

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
DK 2300 København S

Vedrørende vestimulation

I forbindelse med Sundhedsstyrelsens opfølgning på afgørelser fra Patientklagenævnet har 4 afgørelser om brug af vestimulerende midler givet styrelsen anledning til at skærpe opmærksomheden ved brug af disse midler. Som led heri har læge Helle Landberg Johansen, Sundhedsstyrelsen, i en artikel i Tidsskrift for Jordemødre februar 2005 præciseret en række forhold i relation til brugen af vestimulerende medicin – jf. nedennævnte.

**Sundhedsstyrelsen skal gøre opmærksom på følgende i relation til de omtalte afgørelser:**

- *der bør ikke iværksættes vestimulation, medmindre såvel veerne som barnets hjerterefrekvens kan registreres elektronisk. CTG bør påsættes inden vestimulation påbegyndes og overvågningen bør omfatte registrering af både veer og barnets hjerterefrekvens*
- *der bør udvises forsigtighed ved igangsættelse og stimulation og ekstra årvågenhed i overvågningen af fødslen, når kvinden tidligere har født ved kejsersnit. Risikoen for ruptur af uterus er øget hos kvinder, der tidligere har født ved sectio. Dette problem vil være tiltagende i takt med den øgede sectiofrekvens*
- *grønt fostervand, patologisk CTG og tegn på vestorm er tilstande, der omgående bør føre til, at der konfereres med eller tilkaldes læge*
- *ved vestimulation bør der ikke stimuleres op til mere end 3-4 veer per 10 min. Det forudsætter dog pauser af en rimelig varighed mellem veerne, almindeligvis af mindst et minuts varighed, og en normal CTG. Optræder veerne hyppigere, bør der skrues ned eller lukkes for droppet*



- *jordemoderen er forpligtet til at føre ordnede optegnelser. Også ved håndskrevne journalnotater er jordemoderen forpligtet til at sørge for, at disse kan læses, ligesom hun skal skrive initialer efter hvert notat*
- *tilkaldes en overordnet jordemoder (fx klinisk jordemodervejleder eller afdelingsjordemoder), er det juridisk set denne jordemoder, der har ansvaret, indtil der evt. tilkaldes en læge.*

DSOG og Jordemoderforeningen deler styrelsens opfattelse af, at anvendelse af vestimulerende midler bør foregå under nøje observation af fosterets tilstand og veaktivitet og at ekstra årvågenhed er påkrævet ved tidligere kejsersnit.

Det forekommer os imidlertid overraskende, at styrelsen anfører, at der ikke bør stimuleres op til mere end 3-4 veer per 10 minutter. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, DSOG, har i forbindelse med udarbejdelse af Sandbjerg guidelines for 'Dystoci i udvidelsesfasen' (1999) og 'Dystoci i uddrivningsperioden' (2000) og 'Vestimulation, hyperstimulation og uterusruptur' (2005) efter en nøje gennemgang af litteraturen anbefalet, at der 'stimuleres højst til 7 veer per 15 minutter' ([www.dsog.dk/sandbjerg](http://www.dsog.dk/sandbjerg)). Det må undre, at SST vælger at melde således ud – i modsætning til specialeselskabets guideline.

Vi vil gerne bede styrelsen om at redegøre for begrundelsen herfor. For så vidt styrelsen ikke har nogen evidens for det udmeldte, vil vi bede styrelsen om at revidere udmeldingen, idet et maksimum på 3-4 veer per 10 minutter i praksis vil indebære, at det i en lang række tilfælde ikke vil være muligt at korrigere en vesvækkelse.

Ydermere angives det, at *grønt fostervand*, patologisk CTG, vestorm er tilstande, der omgående bør føre til, at der konfereres med eller tilkaldes læge.

For så vidt angår de to sidste forhold, er vi ganske enige i, at det er indikation for at involvere læge.

Anderledes forholder det sig med grønnt fostervand. Grønnt fostervand optræder ved en meget stor andel af fødsler. Grønnt fostervand er en indikation på, at fosteret på et tidspunkt har været udsat for iltmangel, ofte forbigående, men siger ikke noget om barnets aktuelle tilstand. Det grønne fostervand er en risikofaktor, som afgiver indikation for at overvåge med CTG, for at belyse hvordan barnets aktuelle ressourcer er. Er CTG normal, vil fødslen kunne fortsætte under CTG-overvågning. I tilfælde af tyndt grønnt fostervand og en normal CTG behøver læge ikke involveres under forudsætning af, at afdelingen har en instruks for denne situation. Tykt grønnt fostervand er imidlertid udtryk for samtidig oligohydramnios og således en mere kompliceret situation. I disse tilfælde bør læge involveres bl.a. mhp stillingtagen til amnioinfusion.

Vi vil opfordre styrelsen til at udmelde korrigerede retningslinier for anvendelse af vestimulation – og vi anbefaler, at disse retningslinier forud for offentliggørelsen sendes til vore to organisationer. Vi stiller os meget gerne til rådighed for udfærdigelse af sådanne retningslinier, hvis styrelsen skulle ønske det. Det gælder også fremover i lignende sager, som forudsætter særlig viden inden for dette område.

Venlig hilsen

På vegne af

Jordemoderforeningen

Dansk Selskab for Obstetrik og  
Gynækologi (DSOG)

Lillian Bondo  
Formand for Jordemoderforeningen

Lone Hvidman  
Formand for DSOG

### Bilag 3

## Vestimulation

### Tidsskrift for Jordemødre, Årgang 2006, nr. 2

Nye anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om hvor hyppigt veer bør forekomme under den aktive del af fødslen. Styrelsen, Jordemoderforeningen og DSOG er dermed enige om god praksis på området.

Af: Anne-Marie Kjeldset

Op mod hver anden førstegangsfødende i Danmark får stimuleret veerne medicinsk i løbet af fødslen. Den hyppige brug af vestimulation har medført et stigende antal klager til Patientklagenævnet, som følge af overstimulation og manglende observation af barnets hjertelyd samt de skader, det kan påføre barnet.

På baggrund af en række afgørelser truffet i Patientklagenævnet, opsummerede Sundhedsstyrelsen for et år siden her i tidsskriftet de faglige retningslinjer for medicinsk vestimulation. Først og fremmest bør der ikke iværksættes vestimulation, med mindre både veerne og barnets hjertefrekvens kan registreres elektronisk. Sundhedsstyrelsen satte desuden en øvre grænse for, hvor mange veer der maksimalt må stimuleres til under den aktive del af fødslen. Denne grænse blev sat til 3-4 veer pr. 10 minutter.

### Undren

Under overskriften 'Hvad skal jordemødre rette sig efter?' gav jordemoder Kirsten Østergaard i Tidsskrift for Jordemødres martsudgave udtryk for sin undren over, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger ikke stemmer overens med DSOG's retningslinjer på området. Obstetrikere mener, at der kan tillades op til 7 veer pr. 15 minutter, svarende til 4,67 veer pr 10 minutter. Den samme anbefaling står skrevet i det kompendium, der ligger til grund for ALSO-kurserne, som mange jordemødre har deltaget i.

Anbefalingerne svinger altså mellem 3 og 4,67 veer pr 10 minutter som øvre grænse for hvor mange veer, der max bør skabes ad medicinsk vej.

- En ikke banal forskel, bemærker Kirsten Østergaard i sit indlæg og spørger om, hvordan hun og hendes kolleger skal vide, hvilke anbefalinger, de skal rette sig efter.

## **Henvendelse**

I starten af maj 2005 skrev Jordemoderforeningen sammen DSOG til Sundhedsstyrelsen, hvor de to foreningers formænd beder styrelsen om at redegøre for evidensen bag anbefalingen. I brevet til Sundhedsstyrelsen står der blandt andet:

"For så vidt styrelsen ikke har nogen evidens for det udmeldte, vil vi bede styrelsen om at revidere udmeldingen, idet et maksimum på 3-4 veer pr. 10 minutter i praksis vil indebære, at det i en lang række tilfælde ikke vil være muligt at korrigere en vesvækkelse".

## **Enighed**

Den tyggede Sundhedsstyrelsen så på i de næste otte måneder. Litteraturen blev endnu engang gennemført, og kort før jul meldte Sundhedsstyrelsen tilbage. Konklusionen fra Sundhedsstyrelsen lyder "at en angivelse på max 5 veer på 10 minutter eller syv veer pr 15 minutter vil være i overensstemmelse med den fremtrædende litteratur".

Dermed er der altså enighed mellem Sundhedsstyrelsen og de faglige organisationer om, hvor mange veer man max bør påføre mor og barn.

Sundhedsstyrelsen pointerer i sin henvendelse, at man også skal være opmærksom på længden af pauserne mellem veerne, hvor iltningen af barnet foregår og på barnets tilstand.

"Således vil der være mulighed for individuel situationsbestemt afvigelse fra standarden", slutter Sundhedsstyrelsen.

Generelt er det en fin og velskrevet guideline og arbejdsgruppen bør takkes for et stort arbejde.

Jeg synes, at der flere steder er uklarheder, når der refereres til fødselens andet stadie. Forfatterne er godt klar over denne problemstilling – men alligevel bliver jeg forvirret flere steder.

Uddrivningsfasen defineres i guideline som presseperioden, og det er vel sådan de fleste danskere indenfor fødselshjælpen forstår det.

I f.x. **NICE guideline** beskrives andet stadie som "passive second stage" og "active second stage" – som jeg læser det indeholder "active second stage" både noget af nedtrængningsfasen og uddrivningsfasen. Der skrives: således tilstræbes at "active second stage" ikke varer over 3 timer samt at der foretages amniotomi, når fasen har varet 1 time. Jeg tænker ikke, at der menes, at der presses 1 time og ved mgl fremgang gøres amniotomi. Jeg tænker heller ikke, at man må presse op til 3 timer. Synes derfor at omtalen af NICE skal præciseres.

Side 7: citat

Første stadiums aktive fase

✓

Det er god praksis at gøre status med en erfaren kollega, hvis orificium har dilateret sig med < 2 cm over 4 timer i første stadiums aktive fase(dvs. ved dystoci).

Ved manglende fremgang kan det være hensigtsmæssigt at gøre status tidligere.

**Kommentar [PD1]:** Det er meget vanskeligt at forstå hvad der menes med dette? Hvori adskiller det mgl fremgang sig ved dystoci?

Det er god praksis at overveje kejsersnit eller instrumentel forløsning, hvis den samlede varighed af uddrivningsfasen når 2 timer

**Kommentar [PD2]:** Skal det forstås således at der kan presses i 2 timer så længe hjertelyden er god? I så fald er det et stort brud med gældende praksis

side 14: citat

Den faglige arbejdsgruppe har besluttet at anvende følgende definition

På dystoci i fødselens andet stadium hos førstegangsfødende

:

Nedtrængningsfasen:

•

Utilstrækkelig fremgang af ledende fosterdels nedtrængning i fødselsvejen

I 3 timer

.

Uddrivningsfasen:

•

Utilstrækkelig fremgang af ledende fosterdels nedtrængning i fødselsvejen

I 1 time

Valget af definition er baseret på andre gældende retningslinjer (6,12) og studier, der viser en høj andel af vaginale forløsninger uden væsentligt øget risiko for komplikationer hos mor og barn ved en samlet varighed af andet stadium på op til 3 timer" (13,14) . Arbejdsgruppen finder, at den let øgede risiko kan forebygges og håndteres, og man har vægtet muligheden for

**Kommentar [PD3]:** Hvordan harmonerer disse op til 3 timer med at der tillades 3+1 = 4 timer til andet stadium før man skal "gøre noget"

vaginal forløsning højt. Litteraturen gennemgås endvidere i de fokuserede spørgsmål, der omhandler fødselens andet stadium.

Side 23: *citat*

NICE 2007 anbefaler, at fødslen afsluttes, inden **uddrivningsfasen** har varet 3 timer. Man anbefaler derfor amniotomi efter en time med utilfredsstillende progression, og instrumentel forløsning efter to timer med mindre fødslen skønnes nært forestående.

Herudover undrer jeg mig generelt over at der max må stimuleres til 3-4 veer/10 min – også dette er meget anderledes end generel praksis samt ”sikre fødsler”.

Venlig hilsen

Peter Damm  
Obstetrisk klinik  
Rigshospitalet

**Kommentar [PD4]:** Er dette ikke en mindre korrekt oversættelse af ”active 2. stage” – som jeg læser er NICE’s active second stage ikke det samme som uddrivelsesperioden på dansk, der jo ofte opfattes som presseperioden.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

Att.: Jannie F. Hansen



22-08-2014

Sag nr.

Dokumentnr.

Jane Brodthagen

Tel. 29170904

E-mail: jnb@regioner.dk

### **Svar på høring over national klinisk retningslinje: Forebyggelse og behandling af vesvækkelse (dystoci)**

Danske Regioner har den 1. august 2014 modtaget høring over national klinisk retningslinje: Forebyggelse og behandling af vesvækkelse (dystoci) fra Sundhedsstyrelsen. I den forbindelse har Danske Regioner spurgt regionerne, om der er bemærkninger til retningslinjerne.

Overvejelserne vedrørende implementering af retningslinjen er relevante, dog kan det ligeledes være relevant at sikre, at også pædiatrien er velorienteret om ændringerne på området.

Konkrete bemærkninger:

- Man kunne med fordel tilføje et afsnit omkring kodning samt en gennemgang af, om det er "god klinisk praksis" at reducere S-droppet ved etablerede veer
- Det er problematisk, at NKR-dystoci introducerer nye kriterier for anbefalet ve-hyppighed for førstegangsfødende. Er evidensen tilstrækkelig til at afvige fra det undervisningsmateriale, som netop er udarbejdet i forbindelse med "Sikre Fødsler", og som fødestederne aktuelt har blevet certificering i? Både Sikre Fødsler og STAN undervisningsmateriale anbefaler max 5 veer/10 min hos førstegangsfødende, men NKR's anbefaling er max 3-4veer/10 min, og det anses i retningslinjen for ikke-god-praksis at stimulere, hvis veaktiviteten er  $\geq 3-4$  veer/10 min. Hvis NKR-gruppen fastholder denne anbefaling, bør det diskuteres/pointeres yderligere, således at evidensen klarlægges.

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E regioner@regioner.dk

- Det er endvidere problematisk, at NKR-dystoci indfører en ny retningslinje for dosisøgningsinterval for Syntocinondrop (30 min i udvidelsesfasen), efter at landets obstetrikere samlet har vedtaget en vejledning for samme i 2013 med et andet øgningsinterval (20 min i udvidelsesfasen). Hvis NKR-gruppen fastholder denne anbefaling, bør også dette diskuteres og sammenholdes med DSOG's vejledning.
- Der bør redegøres for, om man kan afvente med intervention, når orificium er 4-6 cm (jvf. at aktiv fødsel ikke er entydigt defineret) – altså om umiddelbar eller sen intervention er ligeværdig praksis under denne del af fødslen. Hvis NKR-gruppen fastholder anbefaling om umiddelbar intervention som eneste gode praksis, bør evidensgrundlaget præciseres.
- Der bør redegøres for, om man efter fuld dilatation af orificium *skal* være afventende indtil 3 timer – eller om man ved manglende progression i nedtrængningsfasen kan tilbyde amniotomi og evt. stimulation inden da, også af hensyn til kvindens bækkenbund.
- Det bør pointeres, at man ved stimulation med oxytocin skal gøre status mindst hver 4. time, og ved normal fremgang overveje at reducere/slukke s-drop, særligt ved igangsatte fødsler.
- Grønt fostervand, patologisk CTG og tegn på vestorm. I retningslinjen står, at der skal konfereres med eller tilkaldes læge. Det bør tydeliggøres, at lægen skal tilkaldes til stuen med henblik på vurdering af mor og barn, og at evt. oxytocin skal pauseres, indtil den kliniske vurdering er foretaget.
- NKR-gruppen anbefaler intravenøs væske ved ”langsom fremgang”, uden at dystocidiagnosen er stille. Evidensen bør gennemgås for, om denne behandling skal tilbydes raske kvinder med normale fødselsforløb.
- Der henvises flere steder til (fx side 7), at når en erfaren jordemoder tilkaldes, fx en afdelingsjordemoder, så har den tilkaldte jordemoder ansvaret indtil, at der evt. tilkaldes en læge. Blandt andet i Region Hovedstaden fungerer det ikke i praksis sådan, at den erfarne jordemoder overtager ansvaret. Afdelingsjordemoderen fungerer i situationen som en basisjordemoder, der er sparringspartner for kolle-

gaerne, men hun overtager ikke ansvaret. Kollegaen har fortsat sit faglige ansvar. Ofte er afdelingsjordemoderen ind og ud af stuerne og kan ikke beholde ansvar i de situationer. Det er således problematisk at formulere denne ansvarsoverdragelse på denne måde.

- Andre regioner beskriver, at for at opfylde retningslinjen forudsætter det, at afdelingen har en afdelingsjordemoder/klinisk jordemodervejleder i døgndækkende funktion, hvor det vil kunne indgå i hendes funktion og ansvarsområde. Ikke alle afdelinger har dette.
- For afdelinger, hvor der ikke er en døgndækkende afdelingsjordemoder/klinisk jordemodervejleder, skal ansvarsfordelingen og de juridiske forhold beskrives nærmere:

Hvad menes med en ”mere erfaren kollega”, som kan påtage sig ansvaret? Hvilke kompetencer skal være til stede?

Hvordan håndterer man en situation, hvor den almindelige vagtbærende jordemoder ikke ønsker at påtage sig ansvaret for en kollegas fødsel, fordi man kun har sparret omkring forløbet og ikke er yderligere involveret, fordi man varetager sine egne fødende?

- Der undres over, at anbefalingen om at reducere eller slukke for s-drop ved gode veer og tilstrækkelig fremgang, ikke nævnes i guidelinen. Den er ellers nævnt i DSOG's syntocinon-guideline.
- Det er tankevækkende, at guidelinen anbefaler oxytocin-stimulation i nedtrængnings- og pressefase, under visse forhold og afhængigt af kvindernes ønsker, på trods af at NICEguidelines (som vurderes til at have høj kvalitet) generelt fraråder oxytocin-stimulation i de faser pga. risikoen for uterusruptur. Anbefalingen gives på baggrund af "klinisk erfaring mht den fødendes præferencer [...] og tiltro til forebyggelse af instrumentel forløsning" (side 25) - noget, der vel ellers sjældent skal kunne overrule evidens af god kvalitet...? Der tænkes her, at de fødendes præferencer i en vis grad afhænger af hendes forventninger, hvad hun er informeret om osv.
- Der er behov for at blive grundigere informeret om det Cochrane-review, der nævnes (side 18), og som sammenligner vestimulation med oxytocin umiddelbart efter konstatering af dystoci med afventen i 3-8 timer, og som finder at afventen øger risikoen for kejsersnit. Forfatterne skriver, at der ikke er mulighed for subgruppe-analyse, - som ellers kunne være interessant, men det kunne da være spændende at høre, hvad der ellers er foregået i de 3 - 8 timer. - Hvilken omsorg? Hvilke oxytocinfremmende foranstaltninger? o.a.



Retningslinjen omhandler desuden dystoci i forbindelse med spontan fødsel. Der kunne med fordel udarbejdes en tilsvarende retningslinje vedrørende igangsættelser, særligt med henblik på evidens for eller styrken af de indikatorer, da indikationerne kan være uklare. Diskussioner herom kan fylde meget såvel intrakollegialt som med de gravide.

*Økonomiske konsekvenser*

Regionerne finder, at anbefalingerne vil give anledning til økonomiske konsekvenser, og ønsker derfor at tage for behold ved DUT-behandling.

Jeg beklager det forsinkede svar.

Med venlig hilsen

Jane Brodthagen

Göteborg 8 augusti 2014

Marie Berg PhD, MNsci, MPH, RN, RM

Professor vid Göteborgs universitet, innefattande klinisk tjänstgöring som barnmorska vid Sahlgrenska universitetssjukhuset

---

## Review av förslag till National klinisk retningslinje för dystoci

Tack för förtroendet att vara peer reviewer av förslag till "National klinisk retningslinje för dystoci" daterat 1 Augusti 2014. I uppdraget ingår att med utgångspunkt i den konkreta problemställningen och formulerade frågor bedöma rekommendationens *relevans* och *styrkeindikering* samt i vilken *grad* dessa guidelines (retningslinjen) rekommendationer stöds av *evidens*. Fyra huvuddelar skall ingå i bedömningen: 1) manuskriptets styrka; 2) manuskriptets väsentliga svagheter och vad som saknas; 3) eventuella förslag till ändringar; 4) AGREE II värdering.

### 1. Manuskriptets styrka

- Mycket relevanta riktlinjer. Förstagångsföderskor är den viktigaste målgruppen då handläggning av första förlossningen är riskfylld och starkt påverkar de kommande förlossningarna
- Bra med "centralt budskap inklusive flowcharts.
- Tydlig ämnesavgränsning (s 15)
- Bra med samma återkommande struktur/rubriker för alla PICOs
- Styrka att våga gå ifrån de traditionella gränserna för dystoci med hänvisning till senare års rön; dvs att aktiv fas troligen skall räknas senare i cervix öppningsgrad (4-6 cm).
- Bra att ta med alternativa icke farmakologiska behandlingar
- Bra med avsnittet "Arbetsgruppens överväganden"
- Lätt tillgängligt språk. Dokumentet är skrivet så det är tillgängligt både för professionella inom fältet och för gravida/födande och deras anhöriga.
- Styrka att i bilaga 1a: bakgrund ge en vidgad litteraturgenomgång och ståndpunkt för förlossning och synen på att använda oxytocin med senaste rön som indikerar negativa effekter av oxytocinanvändning (ref 82). detta visar på en mycket viktig öppenhet då användning av oxytocin har ökat oroväckande mycket med hänsyn till att det inte finns tillräcklig forskning som fokuserar eventuella negativa effekter hos barnet på kort och lång sikt.

### 2. Manuskriptets väsentliga svagheter och vad som saknas

#### **Centralt budskap**

Otydligt med vad menas begreppen "det är god praxis" respektive "överväga", samt användning av symboler framför rekommendationerna (pil nedåt, pil uppåt samt en annan symbol som jag inte lyckas återge här). Ser inte att olika grad av evidens påverkar hur rekommendationen formulerats/språkbruk. Tex för de spörsmål som anges i s 15 stycke "arbetsgruppens medlemmar..." ha låg/saknar evidens.

## **Syfte (Formål)**

Syftet är (s 13 första två styckena): att säkerställa ett evidensbaserat program för jämn och hög kvalitet över hela landet avseende patientförlopp med kunskap inom olika sektorer och yrkesgrupper, samt prioriteringar inom folkhälsa. Retningslinjen rör dystoci hos förstföderskor och stimulering med oxytocin avseende indikation och administration samt icke-medikamentella åtgärder som potentiellt kan användas för att förebygga och behandla dystoci.

Det är inte tillräckligt tydligt att/ det gäller förstagångsföderskor med spontan förlossningsstart och med induktion med annat är Oxytocin Detta behöver förtydligas redan i syftet/formål.

Först i avsnittet 1.3 "avgränsning av patientgrupp" anges exakta målgruppen. Även här är det ngt. otydligt uttryckt. Det gäller förstföderskor i aktiv fas – är det spontant värkstart (spontaneous onset?). Dessutom gäller det induktioner utan bruk av oxytocin – gäller det enbart förstföderskor?

Önskvärt är också att det ges en kort motivering varför denna avgränsning -varför inte omföderskor?

Även i retningslinjens rubrik (framsida) bör det framgå vilken grupp födande med dystoci som avses.

## **Ämnesavgränsning**

Sidan 15 stycket som börjar: "Arbetsgruppens medlemmer.....". Detta stycke är ostrukturerat och otydligt. T ex: Saknas motivering varför som icke medikamentell behandling välja just akupunktur och rebuzu. Varför t ex inte bad för vilket det finns en hel del studier? Sammanfattningen att evidensgrad var sparsam för flera frågor finns otydlig motivering kring denna sparsamhet samt detta med indirekt evidens osv.

Indelning i *kritiska* respektive *viktiga* effektmål. Önskat motivering för varför denna indelning, verkar vara mkt fokuserat barnutfall. Varför är t ex inte kejsarsnitt ett kritiskt frågämål vilket ju ger stora effekter hos både mor och barn och kommande förlossningar? På flera ställen i rapporten anges att tillfredsställelse är viktigt vilket är i kongruens med många moderna nationella riktlinjer. Varför är inte detta också kritiskt. Behövs denna indelning i kritisk och viktig? Hur påverkar det rekommendationerna?

Dessutom: I det centrala budskapet s 7-10 framträder inte gradskillnaden mellan kritiskt och viktigt i rekommendationerna.

## **Definition av dystocia (1.5, s 14; Bilaga 1b s 67, s 23; andra sidor där NMI Sverige refereras)**

Bilaga 1b är mycket informativ och viktig. Därför viktigt att den är korrekt.

Dock, skrivningen återger inte Svenska nationella medicinska indikationer, NMI, korrekt. Angående nedträngningsfasen så säger NMI minst 1 timme, inte 1 timme.

Sida 23: "Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning fra 2011 (9) anbefaler amniotomi efterfulgt af oxytocin ved utilfredsstillende progression i en time. Här framstår det som att NMI rekommenderar amniotomi + oxytocin infusion efter 1 timme vilket inte är vad som avses utan det kan räcka med amniotomi.

Krystfasen: NMI säger minst 30 minuter, inte (exakt) 30 min. som det framställs i dessa riktlinjer,

I bilaga 1b står det att NMI def dystoci i utvidelsefasen ( öppningsskedet) som " < 3 cm dilatation på 3 timer." vilket inte stämmer". Det skall enligt NMI vara: " Förväntad normal progress under öppningsskedets aktiva fas (i genomsnitt 1 cm/timme) har fördröjts med 3 timmar." Detta innebär 0 cm /3 timmar eller långsam progress över längre tid än så. 2 cm/3 timmar är ok enligt NMI.

### **Arbetsgruppens överväganden (2.7 samt återkommande i rapporten för varje PICO)**

Är inte lika uppbyggt i de återkommande PICO:er för detta avsnitt. Gäller t ex när det nämns om evidens föreligger.

### **Rationale för rekommendation, s 21**

Oklart vad som är "tidig stimulering", definiera detta.

### **Bakgrund för val av fråga: s 18, 23 osv återkommande rubrik för varje PICO**

Detta avsnitt är olika uppbyggt när det återkommer. T ex finns inga referenser angivna på sidan 23 medan det finns på sidan 18.

### **Litteratur (s 18-19 och återkommande för varje PICO)**

Inte lika avseende struktur på detta avsnitt. T ex på sidan 19 med början andra stycket är väl inte "litteratur" utan analys av litteratur, d.v.s. ett resultat. Jag bedömer att det skall stå på annan plats än under denna rubrik, eller formuleras om.

Sid 27: Saknar ref 43 här.

### **Summary of findings-tabel (2.6 samt återkommande motsvarande i rapporten för varje PICO)**

Otydlig introduktion av detta avsnitt, gäller återkommande alla PICO:er i rapporten. Varför står detta på engelska "summary of findings-tabel"?

Sidans 19-20: Hur dessa referenser valt samt hur uträkningen skett i tabellen. De två referenser som används är en en literatursammanställning (Bugg et al 2013) och en är en enskild studie (Bergqvist et al 2013, som för övrigt fanns i Bugg et al men då användes Dencker et al).

I tabellen finns flera ställen där konfidensintervallet innefattar 1, vilket därmed inte kan anges ha ngn evidens då det inte är statistiskt signifikant. Detta behöver förklaras då inte alla som läser rapporten kan detta och kan vilseledas att det finns evidens för de angivna RR.

### **Akupunktur ved dystoci, s 41.**

Här anges: "Det er god praksis, intil det förligger yderligere evidens...." Varför skall denna passus (intil det förligger yderligere evidens) läggas in just för detta PICO? Så kan man ju skriva för många PICO:er. Här behövs konsekvens genom rapporten.

### **Samlad evidensgradering /styckrekindikering**

Svårt att följa processen till vald evidensgradering. Saknar delar i denna för att kunna se trovärdigheten och logiken i det slutgiltiga valet av evidensnivå. Korta kommentarer (upphöjda siffror) nedanför "finding tabeller" är otillräckligt.

### **Referenser (s 57)**

Referens nr 9 är felrefererad. Tag bort personnamnen Törnqvist och Moa. Enligt kommunikation med socialstyrelsen (som nu tagit över denna rapport) skall det refereras på följande sätt vilket jag fått från socialstyrelsens kontaktperson (som skrev slutrapporten: Sofia von Malortie och arbetar på socialstyrelsen Sverige). Nedan ges korrekt referens på svenska och engelska:

Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Svenska läkaresällskapet och Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2011. Rapport 2011:08 från samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer.

Indication for oxytocin augmentation during the active phase of labour. Stockholm: Swedish Association of Local Authorities and Regions, National Board of Health and Welfare, Swedish Society

of Medicine and Swedish Council on Health Technology Assessment; 2011. Report 2011:08 from the joint project National medical indications.

### **3.Eventuella förslag till ändringar**

- Förtydliga syfte, även i rapportens titel
- Se över struktur avseende hur respektive återkommande för varje PICO rapporteras blir stringent samma struktur. Se över otydligheter som anges ovan.
- Justera referens nr 9 samt hur denna återges återkommande i rapporten
- Lägga till förslag på övervakningslista” att användas när oxytocinstimulering påbörjas. Detta ges förslag på i svenska NMI samt har vidareutvecklats till en bättre övervakningslista i ett pågående RCT för värdering av dos av oxytocin (M Berg PI). Viktigt för att säkra handläggningen.
- lägga till ”Evidenstabell” för varje PICO för tydligare redovisning av hur den samlade bedömningen fastställdes. Detta då det ju starkt påverkar/ger underlag för slutgiltiga rekommendationen. I en evidenstabell noteras den preliminära evidensstyrkan och de justeringar som görs i nästa steg till slutgiltig evidensgradering.

### **4. AGREE II värdering**

Har gjort som särskilt dokument, PDF. Se denna.

# BEDØMMELSE AF NKR DYSTOCI

---

I henhold til aftale om peer-review af høringsudgaven af "National klinisk retningslinje for dystoci" er jeg blevet bedt om at bedømme følgende:

1. Manuskriptets styrker
2. Manuskriptets væsentligste svagheder og mangler
3. Eventuelle forslag til ændringer
4. AGREE II-vurdering af retningslinjen ([www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org)<<http://www.agreetrust.org>>)

## Indledning

Dystoci er på den ene side et begreb, der anvendes meget hyppigt i forbindelse med fødsler, men som på den anden side er meget svært at definere. Herudover er der i Danmark en anden opdeling af fødsels faser end den, der oftest beskrives internationalt, hvor second stage sjældent deles op i nedtrængningsfasen og uddrivningsfasen. Dette medfører, at litteraturen om specielt uddrivningsfasen er ret sparsom.

Herudover er emnet dystoci præget af forholdsvis få randomiserede undersøgelser og derved en begrænset evidens, når det gælder de fleste områder. Således ses, at ved en gennemgang af anbefalingerne, er disse kun baseret på "god praksis" i 20 tilfælde, og de øvrige 4 anbefalinger er klassificerede som svage/betingede.

I det følgende vil jeg gennemgå retningslinierne, som de er beskrevet, idet jeg vil se på såvel styrker som svagheder og mangler og foreslå eventuelle ændringer for de enkelte afsnit.

Jeg har desuden vedlagt AGREE II-vurderingen som en PDF fil.

## Centrale budskaber

*Definitionen* af dystoci kan diskuteres, men de valgte definitioner finder jeg acceptable. Jeg finder dog, at en nedtrængningsfase på 3 timer er i overkanten (se nedenfor).

*Indikationerne for vestimulation med oxytocin* i første stadiums aktive fase finder jeg velbegrundede, selv om evidensen for dette er mangelfuld.

Derimod finder jeg, at man risikerer et meget langt forløb, hvis man venter 3 timer i *nedtrængningsfasen* inden oxytocin gives ved < 3-4 veer / 10 minutter. Hvis der er behov for maximal ve-stimulation, vil der gå yderligere 4½ time inden der er sufficient ve-arbejde (iht punkt 4.), hvorefter et instrumentelt indgreb oftest vil være uundgåeligt (iht punkt 10).

*Doseringsregimer for oxytocin* anbefaler lavdosis-behandling med 20 ml/time som startdosis og stigning med 20 ml/time hver 30. minut (20. minut i uddrivningsfasen). Jeg mener, at et højdosis regime er mere hensigtsmæssigt (se kommentar til punkt 4). En øvre dosis-grænse på 180 ml/time er ikke underbygget (ref. 1 handler ikke om dette).

*Varighed af vestimulation med oxytocin* er relevant og nødvendig, da der først opnås maximal dosis efter 4½ time, hvis de anbefalede retningslinier følges.

*Flowchart for dystoci første stadiums aktive fase* giver god oversigt. Hvis man følger dette, vil der kunne gå op til 11 timer med dilatation uden fremgang (dystoci-diagnose efter 4 timer, oxytocin efter 1 time, ingen fremgang i 4 timer, dårlige veer i yderligere 2 timer – i alt 11 timer). Hvis der herefter er en fremgang over 2 cm, og dette forløb gentager sig, er tidsrammen ikke acceptabelt. Der bør måske sættes en grænse for den totale fødselsvarighed.

*Flowchart for dystoci i fødselens andet stadium* omhandler både nedtrængningsfasen og uddrivningsfasen. Nedtrængningsfasen er kommenteret ovenfor (se *doseringsregimer*). Uddrivningsfasen bør ikke overstige 1 time ved gode veer. Dette er vigtigt af hensyn til barnets faldende pH i denne periode. Ved <3-4 veer / 10 minutter anbefales oxytocin, men først efter 1 time, og der sættes ikke i flowchart en øvre tidsgrænse for det videre forløb. Dette vil blive diskuteret senere.

## 1. Indledning

En udmærket indføring i emnet og problemerne vedrørende definitionerne af dystoci.

Emnet afgrænses til 11 yderst relevante fokuserede spørgsmål, og opdelingen i *kritiske* og *vigtige* effektmål er ligeledes vigtig og relevant

## 2. Indikation for vestimulation med oxytocin i første stadiums aktive fase

Anbefalingerne er baseret på god praksis i 2 tilfælde og svag/betinget evidens i 1 tilfælde.

Dette afsnit er velskrevet og argumenterne for en tidlig anvendelse af oxytocin er acceptable trods den ringe evidens. Det nævnes flere gange, at der er færre kejsersnit og flere instrumentelle forløsninger ved tidlig intervention, men dette underbygges ikke af sædvanlige statistiske overvejelser, som de ses i "Summary og Findings-tabellen". Man savner en forklaring på dette.

Mindre fejl:

P. 18, l.4 fra bunden: navlesnors-pH<7. Bør være <7,00 (man inkluderer altid 2. decimal).

P. 19 – tabellen: Bergquist et al er ref 26 (ikke 25)

## 3. Indikation for vestimulation med oxytocin i andet stadium

Dette afsnit er efter min mening det mest kontroversielle og dårligst belyste. Således er alle 4 anbefalinger baseret på god praksis.

Overordnet er det et stort problem, at andet stadium internationalt ofte ikke opdeles i nedtrængnings- og uddrivningsfasen. Herved indskrænkes mængden af litteratur væsentligt. Dette er specielt uheldigt, da nedtrængningsperioden formentlig ikke medfører en større belastning af fosteret end udvidelsesperioden, hvorimod uddrivningsfasen, specielt ved anvendelse af Valsalva-presseveer medfører et konstant pH-fald hos fosteret, væsentligst pga nedsat placentaperfusion ved de meget stærkere veer.

Det fremgår af gennemgangen af de fundne publikationer, *"at den øgede risiko ved at forlænge uddrivningsperioden til 1-3 timer kun er associeret med en relativ beskeden stigning af den føtale risiko, og ingen af dem sandsynliggør, at denne øgede risiko kan reduceres ved intervention som vestimulation eller*

*instrumentel forløsning*". Dette mener jeg ikke er en rimelig konklusion. Ved at betragte Bilag 1c ses det, at kun to af de refererede arbejder (ref 31 og 32) ser på uddrivningsfasen og den nyfødtes tilstand. De øvrige arbejder ser på hele andet stadium. I arbejde 31 er der en population på 1.862, hvorimod arbejde 32 analyserer 22.812 fødsler.

Ref 31 viser ingen forskel ved forlænget uddrivningsfase, men OR for arterielt pH < 7,10 er 1,6 (0,8-3,0) (ikke som anført 1,1) og ved længere forløb faldende (0,4 efter 2-3 timer og 0,2 efter > 3 timer). Dette er muligvis en tilfældig variation, men virker besynderligt.

Ref 32 virker mere troværdig og har et meget større materiale. Der er her tale om en mere væsentlig pH-grænse (pH < 7,00). OR for en sådan lav pH værdi er 7,3 (3,1-17,5) *efter 1½-2 timer* (og ikke som beskrevet i Bilag 1c: 3,8 (1,7-8,4)) – en risikoøgning, som jeg finder væsentlig. Risikoen for lav Apgar (<7 / 5) efter 1½-2 timer er ligeledes signifikant forøget 2,3 (1,1-5,0) – en risikoøgning, som jeg også finder væsentlig. Hvis de nævnte tal i Bilag 1c er korrekte, må det forklares, hvorfor de afviger fra den originale publikation.

Mindre fejl:

P. 24, l. 9 fra neden: Ref 39 omhandler ikke urogynækologiske skader, men post partum blødning.

#### **4. Doseringsregimer for oxytocin**

Tre af de fire anbefalinger er her baseret på god praksis og en anbefaling er baseret på svag/betinget evidens.

Der anbefales et regime, som ligger i den øverste del af lavdosis-regimet, hvis man definerer lavdosis som < 4 mU/min som start- og stignings-dosis. Samtidig redegøres for litteraturen, som ved anvendelse af højdosisregime i forhold til lavdosisregime viser en 40%'s reduktion af kejsersnit hos 1-gangsfødende og 60%'s reduktion hos flergangsfødende samt en reduktion af fødselsvarigheden på 3,5 timer uden forværring af neonatale outcome. Herudover ses en let (ikke signifikant) stigning i antallet af uterine hyperstimulationer og et fald (ikke signifikant) i risikoen for chorioamnionitis. I et observationelt studie ses desuden en mere end halvering i antallet af børn med Apgar < 7 / 5 minutter, hvis der anvendes et højdosisregime.

På baggrund af ovennævnte kan det undre, at der ikke er anbefalet et højdosisregime.

#### **5. Dystoci i andet stadium hos fødende med epidural**

Anbefalingen er baseret på god praksis og omhandler udelukkende nedtrængningsfasen af andet stadium. Uddrivningsfasen er ikke selvstændigt behandlet. Det er interessant, at der ikke er evidens for at fødende med epidural behandles anderledes, hvilket er et væsentligt bidrag til kommende håndtering af fødende.

Det havde været interessant, hvis der også var set på uddrivningsfasen, men dette var ikke inkluderet i de fokuserede spørgsmål.

#### **6. Intravenøs væsketerapi til forebyggelse af dystoci**

Jeg er helt enig i arbejdsgruppens anbefalinger, som dog er baseret på svag/betinget evidens.



En effekt af iv væske hos danske kvinder er dog nok begrænset, da der - i modsætning til i ikke-skandinaviske lande - er tradition for at drikke og spise under fødslen i Danmark.

## **7. Akupunktur ved dystoci**

To af anbefalingerne er baseret på god praksis, 'en på svag/betinget evidens.

Der er ikke dokumentation for effekten af akupunktur, som det anvendes i Danmark. Jeg er derfor enig i anbefalingerne. Dog synes jeg, at man i l. 8 i anbefalingerne bør fjerne ordet "endnu", da det peger i retning af en effekt, som bare endnu ikke er bevist.

## **8. Rebozo**

De to anbefalinger er baseret på god praksis.

Jeg er enig i konklusionerne og anbefalingerne og det er bekymrende, at der slet ikke findes litteratur, der undersøger virkningen af rebozo. En mulig skadelig virkning kan derfor ikke udelukkes. Det kunne for eksempel tænkes, at rebozo kunne "ryste caput mere fast i bækkenet", så fødsel af hovedet ved sectio vanskeliggøres. Man bør derfor anbefale randomiserede, kliniske undersøgelser af denne metode.

## **9. Rækkefølge på amniotomi og vestimulation med oxytocin**

De 3 anbefalinger er alle baseret på god praksis. Der er tale om en vægtning af kortere fødselsforløb og færre med Apgar < 7 / 5 minutter (+ amniotomi) mod øget infektionsrisiko (- amniotomi). Jeg synes, man burde have understreget, at der var signifikant færre med lav Apgar (en halvering), hvis der anvendtes amniotomi (Cochrane review baseret på 4 studier med 2542 deltagere).

## **10. Varighed af vestimulation med oxytocin**

De 3 anbefalinger er alle baseret på god praksis. Jeg er enig i anbefalingerne, men efter 4 timer med fremgang < 2 cm, bør kvinden informeres om, at chancen for vaginal fødsel nu er ca 50 %, og at kejsersnit er en mulighed, hvis det ønskes.