



NOTAT

04-04-2019

EMN-2019-00519

1270421

Mathilde Amalie Buchwald
Jessen

Danske Regioners høringssvar vedrørende udkast til "Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet"

Danske Regioner har d. 4. marts modtaget høring over Sundhedsstyrelsens udkast til "Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet".

Sundhedsstyrelsens anbefalinger er et vigtigt fælles grundlag for udviklingen og tilrettelæggelsen af svangreomsorgen i Danmark og regionernes arbejde med fødeplaner. Danske Regioner har en række bemærkninger til udkast til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Indledningsvist mener Danske Regioner, at publikationen bør hedde "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet", da publikationen indeholder anbefalinger og ikke krav. Dette vil desuden flugte med den semantik, Sundhedsstyrelsen i øvrigt anvender for denne form for publikationer.

Vedrørende fødeklinikker

Danske Regioner finder, at Sundhedsstyrelsen konklusioner hviler på et spinkelt grundlag i forhold til fødeklinikker.

Der omtales i udkastet to studier i form af "Birthplace England" og et hollandsk kohortestudie. Begge studier har en række metodemæssige svagheder. Der redegøres på side 16 for de generelle problemer med at udlede meget konkrete konklusioner af de foreliggende studier. Alligevel vælger Sundhedsstyrelsen at bygge sine konklusioner på det engelske studie i forhold til risiko forbundet med at føde på en fødeklinik. På den baggrund beskrives fødeklinikker negativt i anbefalingerne.

En nyere review-artikel fra 2018 "Planned home versus planned hospital births in woman at low-risk pregnancy" viser eksempelvis, at de to grupper; planlagte hjemmefødsler og "planlagte hospitalsfødsler", er ens i forhold til neonatal morbiditet og mortalitet. Det anbefales, at denne artikel indgår i Sundhedsstyrelsens videre arbejde med anbefalingerne.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at afsnit for lavrisikofødende fagligt og ledelsesmæssigt bør høre sammen med fødeafdelingen men underbygger ikke dette.

Sundhedsstyrelsen finder det uhensigtsmæssigt, at afdelingerne kaldes "fødeklিনikker for ukomplicerede fødsler". Det finder Danske Regioner irrelevant.

Vedrørende information til gravide

Danske Regioner finder, at anbefalingerne vedrørende information til gravide bør gennemgås med fokus på, at beskrivelser og vurderinger af henholdsvis fødsler i hjemmet, fødsler på hospital og fødsler på klinik, er neutralt og nøgternt beskrevet. Eksempelvis kan publikationen gøre brug af mere præcise beskrivelser af relative og absolutte risici. Kvaliteten af den information, der er tilgængelig for de gravide, er afgørende for deres valg af fødested.

Vedrørende hjemmefødsler

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kun erfarne jordemødre varetager hjemmefødsler. Jordemødre uddannes til at kunne varetage den ukomplicerede fødsel og har med uddannelsen opnået en autorisation inden for virksomhedsområdet. Derfor kan alle jordemødre principielt varetage hjemmefødsler. Danske Regioner mener, at det er en ledelsesopgave at planlægge og vurdere, hvilke jordemødre der udfører hvilke opgaver.

Vedrørende vidensgrundlaget generelt

Danske Regioner anbefaler, at Sundhedsstyrelsen i højere grad inddrager den videnskabelige dokumentation, der er på området i arbejdet med anbefalingerne. Anbefalingerne baseres på i alt 14 kilder, hvor af kun tre er videnskabelige artikler. Ni kilder er Sundhedsstyrelsens egne publikationer. Nyere systematiske sammenfatninger bør inddrages, fx Cochrane review 2012 og NICE 2014. Det anbefales, at der tydeligt redegøres for det faglige grundlag.

Vedrørende sprogbrug om risiko generelt

Danske Regioner anbefaler, at Sundhedsstyrelsen i højere grad beskriver risici og forskningsresultater mere præcist, således at de ikke kan fejlfortolkes.

Med venlig hilsen

Thomas I. Jensen

Bilag

- Side 5: *"Det er uhensigtsmæssigt at arbejde med begreber som 'fødeklinikker for ukomplicerede fødsler' da en fødsel er en kontinuerlig proces, og på trods af skarp visitation, vil der være fødsler der overgår fra komplicerede til ukomplicerede" (det er skrevet omvendt).*
- Side 6: *"Gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel kan visiteres til fødsel i hjemmet. Jordmoderen assisterer ved fødslen, i hjemmet, og ved behov for lægelig intervention under eller efter fødslen skal den fødende (anbefales at blive) overflyttes til en fødeafdeling".*
- Side 8: *"Et sygehus kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage personer fra andre sygehuses optageområde eller fra andre regioner".* Det formodes, at en sådan begrænsning af det frie sygehusvalg - som hidtil - kun kan ske efter regionsrådets beslutning i henhold til sundhedslovens § 86, stk. 2. Det kan eventuelt skrives direkte ind i teksten, idet det tilsyneladende giver anledning til fortolkningsmæssige spørgsmål fra fødestederne.
- Side 12: Det er uklart, om der skal være kryds i rubrikken "gynækologisk/obstetrisk afdeling". Bornholms Hospital har således samarbejdsaftaler med gynækologisk/obstetrisk afdeling på Rigshospitalet og Amager og Hvidovre Hospital (Side 12, oversigten):
 - "Herning Hospital" rettes til "Regionhospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest"
 - "Holstebro Hospital" rettes til "Regionshospitalet Holstebro, Hospitalsenheden Vest"
 - "Viborg Hospital" rettes til "Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenhed Midt"
- Side 14: Her fremgår det, at hjemmefødsler udgør ca. 3 % af alle fødsler i 2017. Det fremgår ikke, om der udelukkende er medtaget tal for planlagte hjemmefødsler eller om der indgår en andel af uplanlagte hjemmefødsler i tallet. For eksempelvis er der i tilknytning til optageområdet for Hospitalsenheden Vest i alt 2,6 % hjemmefødsler, men kun 1,8 % er planlagte hjemmefødsler, og 0,8 % føder uplanlagt hjemme.
- Side 15: Sprogligt upræcist, da børn ikke føder: *"Det er generelt sikkert forog barn at føde"*.
- Side 15: *".....datagrundlaget for at sammenligne de enkelte fødetilbud....."*. Det formodes, at der tænkes på hospitalsfødsler og hjemmefødsler. Det er ikke tydeligt. Der er gode data til at sammenligne kvaliteten af fødsler mellem hospitaler.
- Side 15: Her beskrives den relative risiko som næsten dobbelt så stor. Dog fremgår det at risikoen er på 75% og ikke 100%. Det anbefales, at man er mere præcis.
- Side 16: Der mangler kildehenvisning på "Et nordisk prospektivt kohortestudie".
- Side 16: *"Man bør generelt være forsigtig med at udlede meget konkrete konklusioner af de foreliggende studier om organisering af fødetilbud"*. På side 17 konkluderer man dernæst blandt andet: *"For førstegangsfødende med ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel vil der generelt være en næsten dobbelt så stor risiko for komplikationer hos barnet ved planlagt*

fødsel i hjemmet". Det kan tolkes som en optrappende retorik. De udvalgte komplikationer er sjældne og er derfor ikke noget, de fleste kvinder vil opleve, da den absolutte risiko er sjælden.

- Side 21: i sidste sætning før Anæstesiologi fremgår det, at "*det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra en speciallæge med særlige kompetencer i genoplivning af nyfødte*". Denne formulering fremstår som en stramning af kompetenceniveau, og ordet "særlige" bør derfor udgå. Derudover er det uklart, om det omfatter alle hospitaler, hvor der er fødsler, eller om det udelukkende drejer sig om særlige geografiske forhold.
- Side 22: Her bruges begreber som "stort antal fødsler", "lille fødevolumen" og "mindre afdelinger" samt fødesteder mindre end 1.500 og større end 5.000. Der er ingen reference på anbefalinger for fødestedets størrelse. Af-snit bør udelades, da det beror på følelser og fornemmelser.
- Side 21-24: Det bemærkes, at der ikke er enslydende formuleringer i de nye anbefalinger i forhold til hvilken speciallæge, med kompetencer i neonatologi, der skal være umiddelbar tilgængelig:
 - Side 21: "*Det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra speciallæge med særlige kompetencer i genoplivning af nyfødte*"
 - Side 24 (tekstboks 1, 5. bullet): "*...umiddelbar assistance fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik, pædiatri og anæstesiologi...*"
 - Side 24 (tekstboks 2, 1. bullet): "*...umiddelbar assistance fra specialerne gynækologi og obstetrik, anæstesi og pædiatri*".

Det foreslås, at disse formuleringer bliver mere enslydende, idet det anbefales at vælge formuleringen på side 21, jf. "*Det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra speciallæge med særlige kompetencer i genoplivning af nyfødte*".

- Side 24: Følgende formulering er uklar, og det anbefales, at man er mere præcis: "*Ved planlagt fødsel på fødeafdeling vil der generelt være en lidt højere hyppighed af indgreb i fødslen som f.eks. igangsættelse, smertelindring ved rygmarvsbedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet og forløsning med sugekop*".
- Side 24: Der er brugt to forskellige betegnelser om den samme smertelindringsform (epidural- og rygmarv).
- Side 25: Det anbefales, at den sidste del af følgende sætning omformuleres, så det fremgår, at lægen skal tilkaldes i disse tilfælde: "*I særlige tilfælde hvor det er umiddelbart patientsikkerhedskritisk for enten mor eller barn at bruge tid på overflytning til fødegang, kan intervention på afsnittet være nødvendigt, hvorfor der skal foreligge beredskab og instruks for dette. I disse tilfælde kan der være behov for tilkald af læge til afsnittet*" (ændringsforslag: I disse tilfælde skal læge kaldes til afsnittet)
- Side 28: 1. dot i anbefalinger er overflødig, idet det samme gør sig gældende for hjemmefødsler, som også kan blive komplicerede, ligesom komplicerede fødsler kan gå hen og blive ukomplicerede.
- Side 29: overflytning til fødeafdeling beskrives som en risiko: "*Omkring hver tredje førstegangsfødende og hver tiende flergangsfødende kan risikere at blive overflyttet til fødeafdeling...*". Dette beskrives f.eks. på side 17 (tekstboksen, 4. bullet) og igen på side 29 (tekstboksen, 3. bullet). Det foreslås, at sådanne formuleringer formuleres med en mere præcis angivelse af risiko. De største årsager til overflytning er manglende fremgang i fødselsforløbet eller kvindens ønske om stærkere smertelindring, og i disse tilfælde vil

overflytningen ikke foregå meget anderledes, end hvis kvinden og partneren selv havde været hjemme og f.eks. afventet tiltagende veer inden indlæggelse på fødeafdeling. Dette er dokumenteret i internationale undersøgelser: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29804782>. Således er årsagen til overflytninger sjældent af akut karakter, som det beskrives i udkastet. Afsnittet om overflytning bør revideres til en mere virkelighedstro beskrivelse og suppleres med fakta om overflytninger.

- Side 29: Regionerne vil derfor opfordre til, at man præciserer fordelingen af årsager til overflytning. Det beskrives, at størstedelen af overflytningerne sker grundet manglende fremgang.
- Det skal påpeges, at planlagte hjemmefødende familier oftest vil have behov for assistance til transporten, hvis overflytning til hospital bliver aktuelt.
- Side 31: Det er normalt, og i henhold til cirkulærer for jordemødre, at en hjemmefødsel går til 42+0, hvorfor der sættes spørgsmålstegn ved, at grænsen for gestationsalder er sat til 41+6.
- Side 32: Faglige forhold, der indikerer at den fødende bør anbefales fødsel på sygehus: *Mangler: ægdonation*
- Side 32: I afsnittet "*Faglige forhold der indikerer at den fødende bør anbefales fødsel på sygehus*", bør punktet: fødende der bærere af gruppe B streptokokker omformuleres, da vi i Danmark ikke har praksis for at pøde alle gravide, men blot tilbyder fødende i risikogruppen herfor podning og/eller profylaktisk behandling samt observation post partum.
- Side 34: Ved anbefalinger for overflytninger fra fødsel i hjemmet til sygehus bør jordemoderen tilføjes som mulig ledsager i de tilfælde, hvor den fødende ikke selv kan transportere sig fra hjemmet til fødeafdelingen og hvor det ikke skønnes nødvendigt at speciallæge fra akutlægebil gør det. Det vil øge den fødendes/partners oplevelse af trykthed og kontinuitet.
- Side 35: Under eksempler på faglige kriterier for overflytning bør følgende tilføjes: Under fødsel: Moderat til kraftig vaginal blødning
- Side 35: "Eksempler på faglige kriterier for overflytning" kunne eventuelt suppleres med flere eksempler som fx rigelig tegnblødning, blødning, smerter som ikke er ve-smerter og feber under fødslen (inden kvindens almentilstand er påvirket).
- Side 36: Kvalitetssikring og monitorering: Ved hjemmefødsler bør man sikre fælles faglige retningslinjer med fødegangen, og at regionens samlede fødetilbud har ensartet faglig kvalitet, herunder i det omfang at regionen har indgået kontrakt med private udbydere. *Såfremt en klinik- eller hjemmefødselsordning samarbejder med flere fødeafdelinger, vil det være en fordel, at disse ligeledes har enslydende retningslinjer.*
- Side 36: Der nævnes et ønske om et objektivt mål for barnets tilstand ved hjemmefødsler, og det anbefales i den forbindelse, at de relevante faglige selskaber beslutter og implementerer et sådant mål, der kan anvendes på tværs af landet. Der anvendes i dag henholdsvis Apgar score og PH-målinger i kvalitetsdatabasen. Med nuværende teknologi vil det ikke være muligt at checke PH i hjemmet, så det forventes fortsat, at Apgar score kan anvendes og være tilstrækkelig ved hjemmefødsler.
- Side 37: dot 2 skal skilles i to dot således, at anden dot starter med "Hvis den gravide mod givent råd.....".

- Side 37: Det anbefales, at formuleringen *”Der bør ved visitation lægges vægt på kvindens paritet, særligt ved førstegangsfødende informeres omkring potentielle risici ved fødsel i hjemmet. Hvis den gravide mod givent råd, fortsat ønsker at føde hjemme bør hun tilbydes samtale med en speciellæge i gynækologi og obstetrik”* omformuleres til: *”Der bør ved visitation lægges vægt på kvindens paritet, særligt ved førstegangsfødende informeres omkring potentielle risici ved fødsel i hjemmet. Hvis den gravide mod givent råd, fortsat ønsker at føde hjemme skal hun tilbydes samtale hvor både jordemoder og en speciellæge i gynækologi og obstetrik deltager”*
- Side 38: Formuleringen *”Ved fødsel på klinik uden for sygehus er der typisk tale om en klinik, som hverken geografisk, fagligt eller ledelsesmæssigt er en del af et sygehus med fødeafdeling”* bør omformuleres idet, fødeklinikker udenfor sygehus kan etableres både som en *”fritliggende fødeklinik som en del af et sygehus”* og som en *”privat fødeklinik”*.
- Bilag 1: Regionerne finder det positivt, at man inddrager erfaringer fra tidligere sygehusklinikker i bilag 1. Dog er det ikke hensigtsmæssigt, at man inddrager ’erfaringer’ uden at have nogen kildehenvisninger.
- Det forslås ligeledes, at man inddrager de erfaringer, man har gjort sig i regionerne med både hjemmefødselsordninger og fødeklinikker.