

Att. Sundhedsstyrelsen

Sundhedsplanlægning
Kontakt: Kirsten Frost Lorenzen
kfl@rsyd.dk
Direkte tlf. 2159 8152

30. september 2020
Side 1/3

Region Syddanmarks høringssvar på Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet"

Sundhedsstyrelsen har sendt "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet" i høring den 2. juli 2020. Regionsrådet i Region Syddanmark takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Først og fremmest vil vi gerne udtrykke stor ros og anerkendelse for det store arbejde, Sundhedsstyrelsen har gjort i forbindelse med udarbejdelse af anbefalingerne. Det er meget positivt, at Sundhedsstyrelsen, på baggrund af de kritiske høringssvar der fremkom i 1. høringsrunde, genbesøgte evidensgrundlaget og gennemskrev anbefalingerne på ny. De nye anbefalinger fremstår meget velformuleret og gennemskrevet.

Region Syddanmark hilser de nye anbefalinger velkommen. Sondringen i det faglige set-up mellem sygehusfødsler, fødeklinik på sygehus, hjemmefødsler og fødsler uden for sygehus er gavnlig i forhold til at skabe klarhed over fødselstilbud, og de muligheder patienterne har for valg af fødested. I den forbindelse er det også positivt, at Sundhedsstyrelsen vil udarbejde beslutningsmateriale til fælles beslutningstagning omkring valg af fødested. Det tror vi, vil være til stor værdi for den gravide og hendes partner.

Idet der findes forholdsvis sparsom evidens på området, vil vi opfordre Sundhedsstyrelsen til, at det sikres, at der bliver lavet forskning på området, når det er relevant. Eksempelvis kan der laves forskning på de fødeklinikker, der er etableret i Region Hovedstaden samt de private fødeklinikker, der er indgået samarbejde med i Region Sjælland. Det vil på sigt kunne give Sundhedsstyrelsen et stærkere evidensgrundlag for anbefalinger på området. Forskning og studier på området bør naturligvis foretages i samarbejde med sygehusejere og relevante faglige selskaber.

Det noteres, at anbefalingerne er i overensstemmelse med gældende specialevejledninger på området, og at der i materialet er beskrevet følgende anbefalinger ved fødsel på en fødeafdeling:

- En fødeafdeling bør kunne varetage både komplicerede og ukomplicerede fødsler inden for sit specialiseringsniveau.
- Der bør løbende i graviditeten foretages revurderinger af visitationen, da forudsætninger, behov, præferencer og risikoen for komplikationer kan ændre sig.
- Hvis graviditets- og fødselsforløb fordrer en specialfunktion, tilbydes den gravide visitation til relevant Sygehus.
- Der kan med fordel sikres kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson, eksempelvis en jordemoder eller en jordemoderstuderende, fra kvinden er i aktiv fødsel eller tidligere ved behov.
- På et sygehus med fødeafdeling på hovedfunktionsniveau bør det være muligt at få assistance fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik, pædiatri og anæstesiologi inden for minutter, og der skal i relevant omfang sikres samarbejdsaftaler med øvrige relevante specialer som kirurgi, urologi, børnekirurgi m.v. På fødeafdelinger, der varetager special-funktioner, er dette et krav.
- Organiseringen på fødeafdelingen bør understøtte samarbejdet mellem jordemødre, læger og andet

personale og sikre, at de involverede sundhedspersoner har veldefinerede kompetenceniveauer og -områder.

- Der bør foreligge faglige evidensbaserede retningslinjer for undersøgelse, behandling og visitation, samt faste rammer for løbende kvalitetssikring og monitorering.

I forhold til pædiatrien fremgår følgende i Sundhedsstyrelsens anbefalinger:

- *”Der bør som udgangspunkt kun foregå fødsler på sygehuse, der har mindst hovedfunktion i pædiatri. I tyndt befolkede områder med ø- eller ø- lignende forhold, hvor dette ikke kan opfyldes, vil andre løsninger være nødvendige” (s.25)*

Det vil være ønskeligt, at Sundhedsstyrelsen definerer, hvornår der er tale om ø- lignende forhold. Denne afklaring er af stor betydning i forhold til beslutning om, organisering af fødeområdet i Region Syddanmark.

- *”Det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få assistance fra en speciallæge i pædiatri umiddelbart, dvs. inden for minutter. På sygehuse, der varetager regionsfunktioner inden for neonatologi, skal der være pædiatriske kompetencer inden for neonatologi, og det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra speciallæge i pædiatri inden for minutter.” (s. 25)*

I Region Syddanmark varetager Sygehus Sønderjylland, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Lillebælt og OUH (Odense) regionsfunktioner indenfor neonatologi. I Odense er der speciallæger i neonatologi i alle vagter. Dette er ikke altid muligt på regionens jyske sygehuse, men vagterne er altid besat med læger, der har godkendte neonatale kompetencer. Vi vil kraftigt opfordre til, at sætningen ændres således, det ikke skal være en ”speciallæge” men i stedet for en ”læge med godkendte neonatale kompetencer”. Hvis sætningen ikke ændres, risikerer Region Syddanmark, at de jyske sygehuse skal afgive deres regionsfunktioner. Dette vil på ingen måde være hensigtsmæssig. Regionens specialråd for pædiatri støtter denne ændring.

Vi noterer os derudover, at Sundhedsstyrelsen indledningsvist beskriver udviklingen i antallet af fødsler på området, og at prognosen viser, at der vil ske en udvikling i antallet af fødsler i Danmark i løbet af de kommende år. Stigningen i antallet af fødsler vil betyde, at regionens kapacitet på området vil blive presset. Dette både i forhold til fødestuer, rekruttering af jordemødre, læger, sonografer m.fl. I Region Syddanmark vil vi i forbindelse med udarbejdelse af ny fødeplan også forholde os til dette aspekt. Det vil dog være relevant, at der på nationalt niveau laves en kortlægning, der fx peger på fælles initiativer og løsningsmuligheder til gavn for alle regioner.

Endelig noterer vi os, at der i anbefalingerne beskrives ambitiøse mål for kvalitetssikring og udvikling af kompetencer på fødeområdet. I tilbagemeldingerne fra sygehusene gives der udtryk for, at det inden for den nuværende økonomiske ramme, kan være en udfordring at skulle opfylde disse mål samtidig med, at fødselstallet forventes at stige.

Vi ser i Region Syddanmark frem til at arbejde videre med de endelige anbefalinger for organisering af

fødeområdet, når disse foreligger. De vil indgå bl.a. indgå i vores beslutning om fremtidens organisering af fødeområdet på Fyn.

Som bilag til vores høringssvar fremsender vi de tekstmære bemærkninger og kommentarer, som sygehusene og specialeråd har sendt til administrationen.

Med venlig hilsen



Stephanie Lose
Regionsrådsformand

BILAG 1: BEMÆRKNINGER TIL HØRINGSMATERIALET FRA SYGEHUSE OG SPECIALERÅD

Kommentarer fra gynækologisk- obstetrisk specialeråd v. formand Bjarne Rønde Kristensen, specialeansvarlige overlæge OUH

Fra Specialerådet i Gynækologi og Obstetrik finder vi det fremsendte høringssvar fra Region Syddanmark dækkende.

Kommentarer fra anæstesiologisk specialeråd v. formand Henrik Stougaard, ledende overlæge OUH

Det bør præciseres, hvad der menes med formuleringen vedr. "pædiatriske kompetencer inden for neonatologi".

Kommentarer fra pædiatrisk specialeråd v. formand Thomas Houmann Petersen, Ledende overlæge Sygehus Lillebælt

Gode anbefalinger Sundhedsstyrelsen har udarbejdet. I forhold til de pædiatriske funktioner fremgår det på side 25:

"Det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få assistance fra en speciallæge i pædiatri umiddelbart, dvs. inden for minutter. På sygehuse, der varetager regionsfunktioner inden for neonatologi, skal der være pædiatriske kompetencer inden for neonatologi, og det skal være muligt at få umiddelbar assistance fra speciallæge i pædiatri inden for minutter."

Vi har både speciallæger og kursister i vagt, og jeg ved, at det samme gør sig gældende i hele landet. Dette er sikkert og fornuftigt, så hvis vi skal sikre dette, og sikre fødestederne, burde vi vel have dette skrevet med. I Odense har de nu speciallæger i alle vagter på neonataldelen, de jyske sygehuse har blandede besætning, så med formuleringen ender vi med at skulle afgive vores regionsfunktioner på den jyske side. Jeg så hellere, at speciallæge udskiftes med en længere formulering: "læge med godkendte neonatale kompetencer jf. målbeskrivelsen for pædiatri"

Kommentarer fra Jordemoderfagligt-råd v. Anette lund Frederiksen, Chefjordemoder OUH

Overordnet set er oplægget meget positivt, og vi kan kun tilslutte os anbefalingerne, dog er der fortsat noget sprogligt, som skal tilrettes.

Vedrørende hjemmefødsler og betoningen af risici for hhv. første og flergangsfødende, er det værd at bemærke, at hjemmefødsler bliver organiseret meget forskelligt i den verden, vi plejer at sammenligne os med. Det er spørgsmålet, om de anførte procenter (med kilder i ældre eller udenlandsk litteratur) er retvisende for risici og gevinster når det relaterer sig til et nutidigt dansk fødetilbud.

De senere år er hjemmefødsler i Danmark langt overvejende organiseret i forbindelse med fødeafdelingerne og bliver betjent af jordemødre med samme kompetenceprofil som de jordemødre, der indgår i sygehusenes beredskab. Der er etableret et velfungerende præhospitall beredskab som bidrager til hurtige og sikre overflytninger ved behov, og ved at jordemødrene er tilknyttet sygehusene, foregår der et løbende ledelsesmæssigt tilsyn i forhold til kvaliteten af hjemmefødslerne og de jordemoderfaglige kompetencer. For at opretholde den høje faglige standard, er det vores anbefaling, at hvis hjemmefødsler bliver varetaget af privatpraktiserende jordemødre eller på fritstående fødeklিনikker bør det sikres, at der foregår løbende kvalitetssikring og tilsyn af den leverede graviditets-fødsels og barselsbetjening. Anbefalinger om

færdighedstræning og kompetenceudvikling bør gælde for alle former for fødetilbud i Danmark, inklusive de private.

Vedrørende kapacitet og normering: Det stigende fødselstal kalder på en konkret vurdering og handleplan for hver region, så man er rustet til at håndtere det stigende fødselstal.

Det gælder både kapaciteten i form af de fysiske rammer på fødestederne, personalenormeringer til graviditets- fødsels- og barselstilbuddet, og understøttende strukturer omkring ledelses, udviklings- og uddannelsesopgaver. Vi mener, at der bør fokuseres endnu mere på ledelse af det akutte fødegangsområde, således den jordemoderfaglige ledelse, der skal understøtte fagligheden, patientsikkerheden og arbejdsmiljøet i alle døgnets 24 timer prioriteres og lægges uden for fødeområdet nuværende normering og tilskrives en særlig normering.

Den stigende andel af gravide med kroniske sygdomme –og både fysisk, psykisk og social sårbarhed - øger behovet for bedre rammer til fødende i tidlig fødsel, igangsættelse og/eller længere indlæggelse i barselsperioden. Det er forhold, som allerede nu udfordrer rammerne på mange fødesteder i landet.

S. 24 i afsnittet om jordemoderens kompetencer mangler der et væsentligt afsnit fra Cirkulære om jordemødre øverst på siden.

Jf. §8 er der ved en fødsel tilkaldt læge, påhviler det jordemoderen at bistå denne ved den behandling, som lægen skønner det nødvendigt at foretage.

Stk. 2 Indtil ansvaret for behandlingen kan overtages af en læge, skal jordemoderen yde den fornødne hjælp.

Det betyder, at jordemoderen også er tilstede i de komplicerede forløb, bistår lægen i dennes behandling og bliver ved patienten igennem hele forløbet.

Kommentarer fra Sygehus Sønderjylland

Vi kunne ønske, at Sundhedsstyrelsen ville anbefale regionerne særlig opmærksomhed på, at gravide med risikofaktorer og/eller komplikationer bør tilbydes samme standard af faglig kontinuitet og samme fysiske rammer, der understøtter den naturlige hensigtsmæssige udvikling af fødslen, når der overvejes fødeklিনikker i forbindelse med fødeafdelinger. Fødende med risikofaktorer og/eller komplikationer vil være mere ressourcekrævende, hvilket er vigtigt at være opmærksom på ved fordeling af ressourcer og kompetencer. Det bør følges, om arbejdsvilkårene begge steder er attraktive mhp, at det ene sted (mest forventeligt fødeafdelingen) får rekrutteringsudfordringer. Jordemødre på fødeafdelingerne må forventes at stå i flere akutte situationer med højt stressniveau samt blive udsat for flere følelsesmæssige hårde oplevelser. Deres arbejdsmiljø og ressourcer bør derfor prioriteres og følges særligt nøje.

s. 40: Vi undrer os over, at det kun er førstegangsfødende, som skal informeres om risikoen for akutte komplikationer under en hjemmefødsel. Det kan også ske for flergangsfødende. Et forslag kunne være, at flergangsfødende informeres om en meget lille risiko for akutte komplikationer under en hjemmefødsel, men at der samlet set ikke ses en signifikant forskel i outcome.

Skulle en af de sjældne alvorlige komplikationer alligevel forekomme, så vil tidsfaktoren for transporten potentielt være afgørende for outcome.

s. 40: Ved valg af fødeklınik uden for samarbejde med regionerne, vil vi mene, at de gravide bør informeres om, hvilken kvalitetskontrol disse er underlagt.

s. 40/74: fødsel på sygehus, første pkt: "der vil som udgangspunkt være mulighed for assistance fra specialerne gynækologi og obstetrik, anæstesi og pædiatri". Andre steder i dokumentet står der, at "der bør være mulighed" fx på side 6. Det skal sikres, at der er overensstemmelse i sprogbrug.

kommentarer fra OUH - opdelt på faggrupper

Pædiatriens kommentarer:

s. 25: "Afdelinger med hovedfunktion i pædiatri skal kunne varetage neonatologi på et niveau, så der på matriklen kan foregå forventede ukomplicerede fødsler og fødes forventede raske børn fra gestationsalder 32+0".

Kommentar: børn der fødes mellem uge 32-36 er ikke raske.

s. 25: "Derudover skal det være muligt at få umiddelbar assistance fra speciallæge med kompetencer i genoplivning af nyfødte inden for minutter".

Kommentar: hvilken type speciallæge - anæstesi, obstetrik eller pædiatri?

Obstetrikens lægefaglige kommentarer:

Vedrørende evidensgrundlaget

Den relativt sparsomme evidens, der ligger til grund for anbefalingerne (og det forhold at det eneste RCT studie på området ikke viser samme resultater som de inkluderede kohortestudier) kunne friste til, at man i forbindelse med instituering af kommende fødeklinikker på sygehusene (såkaldte "alongside klinikker") opfordrede sygehusejerne og de faglige selskaber til at stille mod at anmode de forventeligt normalt fødende lav-risiko gravide til at lade sig randomisere til fødsel på enten fødeklinik eller konventionel fødeafdeling. Dette ville kunne tilvejebringe en unik multicenter baseret kohorte med henblik på opsamling af hhv- kort- langtidssudkommedata på et dansk/nordisk grundlag og hermed give et reelt indblik i, om der reelt er forskel i de "core outcome parameters", der er så vigtige for beslutningen om valg af fødested.

Vedrørende hjemmefødsler

Risikoen (neonatale risici) ved hjemmefødsel og fødeklinik udenfor hospitalet kommer ikke tydeligt nok frem. Fremgår først langt nede i dokumentet i baggrundsteksten i afsnit 1.5. Bør nævnes i øverste resumeskema med anbefalinger, samt i informationsteksten til den gravide. De fleste læser kun det første skema og/eller patientinformationen, så her bør det væsentligste stå- altså en beskrivelse af hvad risici for barnet reelt kan være (dødfødsel, tidlig neonatal død, hjerneskade, mekoniumaspiration etc).

Det virker som om, man ikke tør nævne f.eks. hjerneskade i de væsentlige afsnit.

Tidsperspektivet ved overflytning bør også fremhæves her, som en alvorlig faktor for barnet, hvis der f.eks. er dårlig hjertelyd. Dette gælder for både første- og flergangsfødende, selvom risici for flergangsfødendes er sjældne, bør der stå hvad de udgør, også for barnet.

Nu står det som om, det er helt ufarligt at føde hjemme for flergangsfødende.

Der lægges vægt på at opremse årsager til overflytning i form af smertelindring, dystoci og lign, men føtale- og neonatale årsager til overflytning er nærmest udeladt.

Det bør fremhæves, at fødeklinikker skal arbejde evidensbaseret.

Fødeklinik på hospital:

Det nævnes i skemaet over anbefalinger, at der skal kunne overflyttes til en fødegang med henblik på f.eks. akut forløsning indenfor 15 min. Dette tidskrav kan udelades, idet det er nævnt, at vi arbejder under samme faglige retningslinjer som på fødegangen- og dette må være dækkende. Man kan komme til at hænge på sådan en tidsgrænse i en forkert sammenhæng, og det er unødigt.

Side 8/74 og side 40/74. Under anbefalinger til indhold i information/gravide/fødeafdeling (☒nr 4): "ved planlagt fødsel på en fødeafdeling kan der være flere indgreb – IKKE - vil der være

Side 28/74 – næstsidste afsnit : " Der bør opretholdes et beredskab.... " Her bør man være opmærksom på, at dette potentielt kan være enormt ressourcekrævende, og at man i dimensionering og planlægning så vidt muligt bør tilstræbe, at den samme jordemoder følger med den fødende fra klinik til fødeafdeling.

Side 31/74- andet afsnit, sidste linje: der mangler et ord: *sygehus* i slutningen af sætningen.

Jordemoderfaglige kommentarer:

Side 8, under Fødsler udenfor sygehus:

Her bør teksten være enslydende og ordet beskeden erstattes med lille (men at den forøgede risiko i absolutte tal er lille), således bliver der stringens i ordvalget.

Side 17 under Indgreb i fødslen og overflytning til sygehus. Det er utroværdigt, at anvende ordet "muligvis". De fleste studier peger på flere indgreb.

Side 22: Forvirrende at bruge "ø og ø-lignende forhold". Det passer ikke sammen med, at et sygehus kan varetage fødsler fra gestationsalder 32+.

Side 23 under afsnittet jordemoder.

Det er underligt, at jordemoderens autorisation og virksomhedsområde skal udpensles, når de andre faggrupper ikke tilsvarende skal.

Side 24 under afsnittet "Fødeafdelinger" kan også have sygeplejersker ansat til at assistere. Det forekommer mig bekendt ikke i DK.

Side 27 under "Overvejelser vedrørende organisering af fødeklinik på sygehus". Det er bekymrende, at denne passus med tidligere klinikfødsler er med, fordi dokumentationen af, at der er færre indgreb og ikke dårligere udkomme på klinikfødsler. Hvorfor skal der så henvises til klinikker, som er mere end 20 år gamle?

Side 35 under ansvarsfordeling. Det er godt at få præciseret.

Fra sygeplejefaglig side:

S. 8.

Ved planlagt fødsel på fødeafdeling vil der hos gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel være flere indgreb i fødslen som f.eks. igangsættelse, smertelindring ved rygmarvs-bedøvelse, generel anæstesi, kejsersnit, klip i mellemkødet, og forløsning med sugekop, sammenlignet med planlagte fødsler uden for sygehus.

Svar: Der arbejdes aktivt og kontinuerligt med at nedbringe antallet af indgreb på alle landets

fødesteder. Nogle fødesteder 'performer' bedre end andre; vi synes denne formulering bør udgå. Ellers skal der måske også vejledes i hvilke sygehuse der har laveste indgrebsrate ift. at træffe valg om fødested?

S. 8. Absolutte tal

Svar: Denne formulering bør omformuleres ved formidling til den gravide, da den enkelte gravide formentlig ikke kender til 'absolutte tal'; hvad indeholder dette tal, og hvordan skal det tolkes?

S. 23 Uanset størrelsen på en fødeafdeling skal normering af det sundhedsfaglige personale, herunder både jordemødre, læger og speciallæger inden for forskellige specialer, social- og sundhedsassistenter m.v. afstemmes i forhold til det aktuelle fødselsvolumen, beredskabsbehov og kompleksiteten hos de gravide/fødende. Nedenfor beskrives de sundhedsfaglige kompetencer nærmere.

Svar: Her skal sygeplejersker vel også nævnes, da de også er en del af fødeafdelingen?

S. 24 Fødeafdelinger kan også have sygeplejersker ansat til at assistere ved fødslerne, hvor der kan være tilsvarende opgaver og selvstændigt ansvar.

Svar: Korrekt. Nogle fødesteder har sygeplejersker ansat på fødegangen og deres opgaver og selvstændige ansvar rækker ud over det der er beskrevet for social- og sundhedsassistenter. De må adm. væskebehandling, iv medicin, osv. Hvis sygeplejersker fra disse afsnit havde været inddraget i en arbejdsgruppe kunne de have bidraget med viden om ansvar og kompetencer.

s. 28. For anbefalinger vedr. jordemoderen og øvrig sundhedsfagligt personales rolle, herunder tilstedeværelse, se samme overskrift i afsnit 3.1 (fødeafdeling). I afsnit 3.1. er påpeget at sygeplejerske også bør beskrives mere præcist ift. ansvar og opgaver.

Generel bemærkning: Der må generelt set rettes en opmærksomhed på den estimerede frekvens af overflytninger imellem enheder (hjemmefødsel, hospital, fødeafdeling), idet der generelt ses en større risiko for fejl i overgange (på tværs af afsnit og sektorer). Til trods for at der findes samarbejdsaftaler, instrukser etc. for at minimere fejl i overgange, så er det stadig her at der ses en større risiko for fejl.