

Danske Regioner

Telefon 3866 6000
Direkte 38666015
Mail hanne.s.rasmussen@regionh.dk

Journal-nr.: 17016649

Dato: 17-01-2020

Høringssvar på "Retningslinjer for svangreomsorgen"

Sundhedsstyrelsen har fremsendt "Retningslinjer for svangreomsorgen" i høring, og Danske Regioner har bedt om bemærkninger senest den 2. januar 2020.

Region Hovedstaden finder, at det er positivt, at der i retningslinjerne lægges stor vægt på en individuel og behovsorienteret indsats og med stort fokus på sårbare grupper og tæt samarbejde med kommuner og almen praksis. Det er også rigtig positivt, at der er rum for lokal tilrettelæggelse af indsatsen fx, at der ikke fastlægges et specifikt antal dage for indlæggelsen af førstegangsfødende.

Overordnet er de beskrevne retningslinjer fagligt velfunderet, ambitiøse og med gode intentioner. Beskrivelsen af indsatsen for svangreomsorgen fremstår imidlertid meget detaljeret og omfangsrig. Detaljeringsgraden i sig selv bliver forventningsskabende, og det synes ikke som om, der er rum for den individuelle og behovsorienterede tilrettelæggelse af fx jordemoderkonsultationer, fødselsforberedelse og hjemmebesøg.

Region Hovedstaden skal gøre opmærksom på, at der mangler jordemødre i vores del af landet, og samtidig er antallet af fødsler i regionen stigende, og det øger behovet for flere jordemødre. Der prioriteres således hele tiden på fødestederne, og der ses på modeller for at organisere sig ud af manglen på jordemødre. Der er nogle nye og udvidede tiltag i retningslinjerne, som er positive, men som kan skabe øget travlhed på fødegangen, og som er et generelt serviceløft, der har rekrutteringsmæssige og økonomiske konsekvenser for regionen. Det er således en udfordring, om alle tiltag kan realiseres i en tid med mangel på jordemødre samtidig med, at der ikke synes at være mulighed for den individuelle tilpasning, som der generelt lægges op til i retningslinjerne.

Region Hovedstaden har herudover følgende konkrete bemærkninger:

Der savnes et større fokus på og retningslinjer for håndtering af rygere. Rygning er uden sammenligning den væsentligste risikofaktor for alvorlige gravidi-

tetskomplikationer. Der nævnes intet om, hvordan man kan opspore og forbygge komplikationer hos den gruppe gravide på linje med andre risikogrupper.

Det ville være ønskeligt med mere omtale af de psykiske lidelser (prævalens, tabu, lidelse og personlige omkostninger for den gravide, kvinden i postpartumforløbet, barnet, partner og familien i det hele taget), både hvad angår indhold, men også placering i udkastet. Foranlediget af de psykobiologiske forhold omkring graviditet og fødsel kan symptomerne være lumske og kræver speciel opmærksomhed. Desværre ses det alt for ofte, at det psykiske placeres til sidst, hvilket alt andet lige er med til at placere området som mindre vigtigt. Endelig er det uheldigt med brug af ord som "fødselspsykose" og "fødselsdepression", som ikke findes i ICD-10.

Det fremgår af afsnit 2.7.1., at neonatal afdelingerne bør have familie-barnstuer, fordi mor og barn ikke skal adskilles. Region Hovedstaden er enig heri, dog giver de fysiske rammer flere steder ikke mulighed herfor, og det vil først være muligt med ibrugtagning af de nye super-sygehuse.

Det fremgår af afsnit 2.7.3 Barselsbesøg efter hjemmefødsel, at der bør tilbydes hjemmebesøg før og efter hjemmefødsel til alle. Dette har været målsætningen i regionen, men kan aktuelt ikke realiseres alle steder til flergangsfødende, men kun til førstegangsfødende.

Det fremgår af kapitel 3.1. om prækonceptionel rådgivning, at kvinder mellem 18 og 30 år tilbydes en rådgivende samtale af de praktiserende læger. Det bør overvejes, om tilbuddet skal gives til alle, eller der skal gøres en individuel vurdering af eventuelt behov. Det kan desuden afføde behov for fornyede aftaler med PLO.

I afsnit 3.2.1. Grundforløbets overordnede struktur står opsummering af grundforløbet som to konsultationer hos egen læge og 5-7 konsultationer og 2 flexkonsultationer hos jordemoder. Det er uklart, hvornår der er dynamisk mulighed for tilpasning af de individuelle behov. Det bør fremgå tydeligere, ligesom det ville være ønskværdigt med en tydelig defineret grundpakke, som kan udvides efter behov. I de nuværende svangreanbefalinger tilbydes mellem 4-7 jordemoderkonsultationer, mens det i de nye retningslinjer er væsentligt forøget med op til 9 besøg hos jordemoder, hvilket har betydelige økonomiske konsekvenser.

De to skanninger, som alle gravide bliver tilbudt, og som næsten alle tager imod, bør skrives ind i skemaet, idet de er et overordentligt væsentligt element i et svangre forløb.

I Afsnit 3.2.3. fremgår det, at første jordemoderkonsultation skal ske senest i uge 10. Det vil medføre store udfordringer, fordi visitationen sker via praktiserende læge i uge 6-10, og fødeafdelingerne modtager typisk henvisningerne omkring uge 10. Det vil betyde, at den gravide skal have tid indenfor samme

uge, som afdelingen modtager svangre journalen, og med så kort frist vil det kræve en ret stor overkapacitet af tider i jordemoderkonsultationen.

Første jordemoderkonsultation er samtidig placeret inden nakkefoldskanningen, og frem til uge 10 vil ca. 10-15% af de gravide abortere og skal derfor ikke have et forløb hos jordemoder. Derudover er flerfoldsgraviditeter, syge fostre m.fl. ikke identificeret. Det er grupper, der skal visiteres til særlige forløb, og ikke almindelig 1. jordemoderkonsultation. Der vil således være store økonomiske konsekvenser ved forslaget.

Det foreslås derfor, at egen læge giver den information, som er beskrevet under 1. jordemoderkonsultation. Det bør desuden præciseres, at egen læge skal afstemme FMK.

I afsnit 3.5.1. fremgår det, at kvinden opfordres til at medbringe sin partner, når hun bestiller tid. Mange tider i almen praksis bliver bestilt elektronisk, og det skal præciseres, at opfordringen også skal ske, når kvinden bestiller tid elektronisk fx via et pop-up vindue.

Til afsnit 3.6.1. og 3.6.2. giver opremsninger af, hvilke patienter, der skal ses af "læge", og hvilke der skal ses af speciallæge, ikke mening. Dels er de enkelte afdelinger organiseret forskelligt. Dels er der ikke evidens for flere af patientgrupperne, og at de nødvendigvis skal ses af læge. Der kan stilles spørgsmålstegn ved, om der er behov for en sådan liste.

I afsnit 4 berøres det tværfaglige samarbejde. Det er naturligt, at de praktiserende læger deltager. I den eksisterende profylakseaftale der fastsætter honoreringen af de praktiserende læger, er der ingen ydelser, der honorerer lægerne for elektronisk kommunikation med kommunens sundhedspleje.

I afsnit 4 beskrives indsatsen til sårbare og socialt udsatte grupper. Det er positivt med det store fokus på et styrket tværsektorielt samarbejde for sårbare gravide med bedre kommunikation, tværfaglige møder allerede i graviditeten, fælles fødsels- og forældreforberedelse, og det er helt i tråd med målsætningerne i regionens Sundhedsaftale 2019-23. Etablering af tværfaglige team (netværksmøder) med kommuner og almen praksis, etablering af tovholderfunktion og tidligt hjemmebesøg sammen med sundhedsplejen vil kræve såvel tid som ressourcer.

Det beskrives, at regionerne skal lave fødeplaner, der beskriver det tværsektorielle, samarbejdsaftaler fx i regi af sundhedsaftalerne og med inddragelse af socialforvaltningen samt retningslinjer for et bredt og fleksibelt samarbejde mellem kommunale og regionale aktører om sårbare og socialt udsatte gravide (side 51). Det er uklart, om det skal aftales i regi af en fødeplan eller en sundhedsaftale, og hvad forskellen er. Det ville være ønskeligt, om der var en oversigt over disse forskellige aftaler og vejledninger.

Under afsnit 4.4.2. kontinuitet i jordemoderordningen beskrives kendt jordemoderordning. Det er en ordning, der er forsøgt på en del hospitaler med varierende resultat. Etablering af kendt jordemoderordning vil have økonomiske konsekvenser og kræve flere jordemødre.

I afsnit 9.10. omtales hindeløsning, men det bør afklares om der er evidens for at tilbyde alle hindeløsning.

Afsnit 10.1. om fødsels- og forældreforberedelse er skærpet i forhold til de tidligere anbefalinger. Alle skal tilbydes fødselsforberedelse, det skal tilrettelægges i mindre hold og med et minimum på 10 timer. Endelig skal fødselsforberedelsen planlægges i samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste. Det er retningslinjer, der har økonomiske konsekvenser for regionen. Det synes ikke hensigtsmæssigt at tilbyde alle fødselsforberedelse og minimum på 10 timer, da det kun en mindre del af de 2. gangsfødende, der deltager i forberedelsen, ligesom der kunne lægges op til at arbejde med forskellige former for fødselsforberedelse fx via digitale løsninger, der bedre imødekommer unges behov i dag. Det er desuden regionens vurdering, at det er nødvendigt for at udnytte de sparsomme jordemoderressourcer bedst muligt. Regionens fødesteder har aktuelt fødselsforberedelse som auditorieundervisning.

I afsnit 11.2.4. bør det indføres, at der ikke er evidens for doorstep CTG ved LAVRISIKO-fødende. Der skal foretages doorstep CTG ved risikofødsler.

I Afsnit 11.6. Færdighedstræning anbefales obstetrisk færdighedstræning i CTG-overvågning og håndtering af akutte obstetriske tilstande. Det indgik ikke i de tidligere anbefalinger. Fødestederne har færdighedstræning, men hvis der ønskes en målrettet indsats, hvor al relevant personale på fødeafdelingerne modtager færdighedstræning, har det økonomiske konsekvenser.

Endelig har Region Hovedstaden noteret sig, at det nu hedder "Retningslinjer for svangreomsorgen", mod tidligere "Anbefalinger", og der er således behov for en nærmere definition af betegnelsen "retningslinjer" og konsekvensen for regionerne.

Som anført synes retningslinjerne at øge presset på fødeområdet betragteligt, og regionen kan finde det nødvendigt at rejse behov for økonomisk kompensation (DUT).

Regionsrådet i Region Hovedstaden har godkendt høringsvaret den 4. februar 2020.

Med venlig hilsen

Svend Hartling
Koncerndirektør