



Region Hovedstaden,
Enhed for Hospitalsplanlægning
Att. Enhedschef Charlotte Hosbond

Sundhedsstyrelsens rådgivning vedr. fødeområdet i Region Hovedstaden

Region Hovedstaden udbad sig med henvendelse af 22. september 2017 Sundhedsstyrelsens faglige rådgivning til regionens overvejelser af muligheder vedr. udvidelse af kapaciteten og tilrettelæggelsen af fødeområdet, forud for den videre politiske proces.

Vi kan i den forbindelse anføre, at vores rådgivning gives i medfør af Sundhedslovens § 214 stk. 2, idet vi samtidig bemærker, at såfremt man i den videre politiske proces ønsker at gå videre med nogle af de beskrevne overvejelser, så vil det være at betragte som en væsentlig ændring af regionens sundhedsplan, hvorfor regionsrådet forud for endelig politisk behandling skal indhente ny rådgivning fra os jfr. Sundhedslovens § 206 stk. 4.

Udgangspunktet for vores rådgivning er bl.a. det generelle planlægningsprincip om, at 'øvelse gør mester', samt de generelle principper om lighed i adgang til sundhedsydelser, høj kvalitet i behandling, sammenhæng mellem ydelser, valgfrihed og let adgang til information, jfr. sundhedslovens § 2. Fsva. hjemmefødsler noteres regionens pligt til at yde jordemoderhjælp jfr. sundhedslovens § 83.

Som grundlag for vores rådgivning gælder desuden den netop reviderede specialeplan, herunder særligt de gældende specialevejledninger i gynækologi/obstetrik og i pædiatri, samt vores publikationer 'Anbefalinger for Svangreomsorgen' (2013, under revision) og 'Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen' (2007, under revision).

I nærværende rådgivning har vi inddraget regionens egne analyser som fremlagt for Sundhedsudvalget d. 20. juni 2017.

Endeligt bemærkes det, at vi tidligere har ydet rådgivning vedr. fødeområdet i Region Hovedstaden, herunder til sundhedsplaner i 2009 og 2013 samt forslag til fødeplan i 2010. Vi kan henvise til disse svar i deres helhed, ligesom vi også kan henvise til vores rådgivning til Region Sjælland vedr. private fødeklিনikker jfr. breve af 25. februar 2012, 6. juli 2012 og 22. august 2017.

6. november 2017

Sagsnr. 4-1011-2/1

Reference PLAN

T 2526 5224

E plan@sst.dk

Det skal desuden indledningsvist bemærkes, at uanset type af fødested, er der tale om et behandlingssted, som er omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds risikobaserede tilsyn.

Sundhedsstyrelsens generelle kommentarer:

Siden årstusindeskiftet er der sket en generel og betydelig faglig forbedring på fødselsområdet. Der er således en udstrakt anvendelse af tværfaglige og evidensbaserede kliniske retningslinjer, hvor særligt det obstetriske område har været pionerer i Danmark, ligesom der har været en række succesfulde kvalitetsprojekter som bl.a. 'Sikre Fødsler', samt uddannelse og certificering af personale i føtalmedicinske undersøgelser, overvågning af fødsler, operativ forløsning, håndtering af fødselsbristninger m.v. Endelig har der på området været en udstrakt brug af kvalitetsdatabaser og andre monitoreringer.

Sundhedsstyrelsen har bidraget hertil, bl.a. med udarbejdelse af ovenstående anbefalinger, samt Nationale Kliniske Retningslinjer om dystoci og fosterdiagnostik. Det bemærkes også at Danmark, sammenlignet med andre lande, generelt er gode til at sikre hurtig og lige implementering af nye faglige tiltag på fødeområdet som f.eks. kliniske retningslinjer, fosterdiagnostik m.v.

Samtidig med at der strukturelt er sket en samling og specialisering af både de obstetriske, føtalmedicinske og pædiatriske funktioner, som følge af bl.a. strukturreformen og specialeplanlægningen, er der fagligt sket en betydelig udvikling med bl.a. styrkede tilbud om føtaldiagnostik, opsporing af diabetes og andre lidelser hos den gravide, igangsættelse ved overbåren graviditet, bedre overvågning af fødslen, systematisk træning af personalet m.v. Det generelle og betydelige kvalitetsløft på fødeområdet i Danmark afspejles bl.a. i den faldende spædbarnsdødelighed samtidig med, at raten af kejsersnit er faldet, og ved at fastholde en lav rate af bristninger m.v. Samtidig noteres generelt en stor tilfredshed blandt de fødende, hvilket bl.a. afspejles i resultaterne af den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP) på fødeområdet.

I Sundhedsstyrelsen anerkender vi samtidig, at fødeområdet udfordres af bl.a. det stigende fødselstal, som vil forventes at stige yderligere i takt med, at de store fødselsårge fra 1990'erne selv får børn. I det lys anerkender vi, at Region Hovedstaden kan have nogle særlige udfordringer på fødeområdet, som den største region med de største fødesteder, også set i lyset af mulig øget urbanisering af unge børnefamilier.

Vi anerkender i den forbindelse regionens behov for at overveje hvordan den øgede efterspørgsel imødekommes og herunder overveje forskellige organisatoriske modeller for fødetilbud i regionen. Vi finder dog samtidigt, at i en situation hvor udgangspunktet for kvalitet og tilfredshed er yderst tilfredsstillende, bør man være varsom med at eksperimentere med nye rammer uden et stærkt vidensgrundlag.

I den forbindelse savner vi generelt i regionens aktuelle overvejelser, at man i højere grad inddrager evalueringer af tidligere erfaringer i både egen og andre regioner, herunder særligt de forskelligartede faglige, organisatoriske og ledelsesmæssige erfaringer fra de fødeklinikker, der i nyere tid har eksisteret på hospitalerne i bl.a. Glostrup, Herlev, og Hvidovre samt på Rigshospitalet. Tilsvarende bør regionen i højere grad inddrage andre regioners erfaringer, herunder bl.a. organiseringen med sideordnede fødeafsnit på et stort fødested som Skejby Sygehus, Region Sjællands erfaringer med en fællesregional hjemmefødselsordning samt regionernes forskellige gode erfaringer med 'Kendt Jordemoder' m.v.

Samlet set finder vi således, at regionen i meget højere grad bør fokusere på overvejelser vedr. organisatoriske og faglige tiltag indenfor eksisterende rammer med hhv. fødsel på fødegang eller tilbud om jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet, herunder f.eks. opdeling af store fødeafdelinger i flere parallelle ligeværdige afsnit, styrket indsats for kontinuitet med f.eks. 'kendt jordemoder'-ordning, styrket hjemmefødselsordning, prioritering af ressourcer til området m.v.

I regionens aktuelle overvejelser savner vi samtidigt et klarere fokus på den fagligt bedste anvendelse af ressourcerne på fødeområdet. Det er i den forbindelse bl.a. vigtigt at skelne mellem førstegangsfødende, flergangsfødende med tidligere kompliceret fødsel og flergangsfødende med tidligere ukompliceret fødsel. Generelt bør der sikres et betydeligt fokus på, at sikre den førstegangsfødende en god første fødsel, og for de fleste førstegangsfødende vil det med den nuværende organisering af fødeområdet i Danmark, være en god og tryk fødsel på en fødegang.

Det er tilsvarende meget vigtigt, at der etableres en god information til den fødende om valg af fødested, med en stringent og fagligt baseret visitation, således, at de fødende får det tilbud og den fødselshjælp, der passer bedst til dem, under hensyntagen til paritet, komplikationer mv.

Ved overvejelser om øget brug af tilbud om fødsel uden for fødegang, herunder både ved styrket hjemmefødselsordning, og ved oprettelse af fødeklinikker i eller udenfor sygehuse, skal regionen have et særligt fokus på de risici og ulemper, kvinden og hendes partner kan opleve i forbindelse med overflytning under eller efter fødslen.

Selv med en optimal visitation og selektion af gravide og fødende vil der kunne opstå uventede komplikationer i alle faser af fødselsforløbet. Generelt må man forvente en høj overflytningsfrekvens, særligt for førstegangsfødende, for alle fødsler der ikke finder sted på en fødegang. I forlængelse heraf skal regionen have særligt fokus på de krav, som overflytninger stiller til kompetencer i det præhospitale beredskab, og de øgede ressourcer det kan være nødvendigt at tilføje de præhospitale område. Endelig skal regionen være opmærksom på, at en udflytning af fødsler fra fødegangene dels kan bevirke en udtynding og kompe-

tencetab ift. håndtering af ukomplicerede fødsler på fødegangene, og dels kan medføre et samlet øget ressourceforbrug, da der skal opretholdes kapacitet til håndtering af overflyttede fødende med komplikationer.

En overflytning til fødegang fra enten eget hjem eller fra fødeklinik under eller efter en fødsel kan i sig selv være et betydeligt og belastende traume for den fødende, hendes partner og deres barn, samtidigt med at der ofte vil være risiko for tab af kontinuitet mellem de involverede fagpersoner.

Generelt vedr. vidensgrundlaget på området

Generelt er der ikke stærk evidens på området vedr. de faglige rammer for forskellige tilbud om fødselshjælp. Den videnskabelige evidens på området er bl.a. blevet resumeret af det britiske National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Med baggrund i den gennemgang kan det konstateres, at der ikke findes robust evidens fra store, veltilrettelagte randomiserede og kontrollerede studier (RCT), og at det nok heller ikke er realistisk, at det kommer på dette område.

Der foreligger en række kohortestudier, der overvejende er retrospektive, og – bortset fra enkelte – er det studier som sammenligner hjemmefødsel med fødsel på fødegang under specialafdeling på sygehus. Der er derfor et sparsomt vidensgrundlag for anbefalinger vedr. fødsel på fødeklinik på sygehus med fødegang. I gennemgangen fra NICE er evidensen generelt vurderet som 'very low' ud fra en række forhold.

Et af de større og mere omtalte studier, der indgår i gennemgangen fra NICE, er det store 'Birthplace England'-studie. Vi finder, at man generelt bør have en række forbehold ved at udlede meget håndfaste konklusioner af dette, og andre studier, på området. Studierne kan være forbundet med en vis skævvridning, bl.a. som følge af 'selvseleksion' (f.eks. at fødende, der måtte ønske smertelindring ved rygmarvsbedøvelse, forhåndsvælger en sygehusfødsel), ligesom der er betydelige socioøkonomiske forskelle mellem de kvinder, der vælger fødsel på fødegang henholdsvis fødsel i eget hjem eller på klinik. Endeligt bemærkes det, at datamaterialet fra 'Birthplace England' er selektivt, idet kun få procent i perioden ikke var sygehusfødsler, ligesom der kan være forhold ved organiseringen i det britiske sundhedsvæsen, som ikke kan sammenlignes med danske forhold, herunder øget brug af forløsning med tang, forskelle i opgavedeling mellem jordemoder og læge, større lægeinvolvering i normale sygehusfødsler m.v.

Med disse forbehold finder vi dog at man på baggrund af den foreliggende evidens kan konkludere:

- at det generelt er sikkert at føde under forhold sammenlignelige med vores
- at der er ca. dobbelt risiko for alvorlige medicinske problemer med barnet hvis førstegangsfødende føder hjemme; der er tale om en lille øgning i absolutte tal, men samtidig er det risici som både forældre og fagpersoner generelt vil opfatte som alvorlige

- at planlagt fødsel udenfor fødegang kan være forbundet med færre indgreb i fødsel, som dog negativt kompenseres ved en højere risiko for overflytning under eller efter fødsel, særligt for førstegangsfødende.

Sundhedsstyrelsens kommentarer til de enkelte fødetilbud

Fødsel på fødeklínik på sygehus med fødegang, 'sygehuskliníkfødsler'

Sundhedsstyrelsen noterer sig, at dette er en type klinik der tidligere har eksisteret i en årrække i regionen. Vi efterlyser således, at regionen i forbindelse med overvejelser omkring genetablering af tilbuddet kortlægger de tidligere erfaringer med denne type fødetilbud, herunder hvilke organisatoriske, faglige og ledelsesmæssige udfordringer der kan være ved at have både en fødeklínik og en fødeafdeling på samme matrikel, herunder med udfordringer vedr. forskellige kulturer, skævheder i rekruttering samt udfordringer med at sikre faglig sparring og kontinuitet for de fødende i deres fødselsforløb m.v.

Generelt finder vi, at det er uhensigtsmæssigt at arbejde med beskrivelser som 'fødeklínikker for ukomplicerede fødsler': selvom man godt kan sikre meget faste rammer for, at der ikke må foretages indgreb på klínikkerne (selv ikke akutte indgreb som f.eks. kopforløsning ved dårlig hjertelyd), så vil dette blot forskyde mod flere overflytninger til fødegangen, og man vil aldrig kunne sikre den enkelte kvinde et ukompliceret fødselsforløb.

Såfremt regionen ønsker at arbejde videre med sådanne modeller finder vi bl.a. at man bør beskrive følgende:

Fødeklínikkens belígenhed íft. fødegang, under hensyntagen til behov for hurtig overflytning m.v. samt sikring af tilstrækkelig og stabil bemanning af begge fødesteder. Det kan i den forbindelse være nødvendigt at opretholde beredskab på fødeafdelingen/matriklen, som skal kunne varetage alle overflytningerne fra fødeklínikken (både obstetrikberedskab samt anæstesi- og pædiatriberedskab).

Der bør endvidere beskrives hvordan man vil sikre kompetenceudvikling af jordemødre mv. på både fødeafdeling og fødeklínik, eksempelvis ved en rotationsordning, der desuden kan fremme faglig udveksling og undgå silodannelse mellem fødegang og fødeklínik.

Sundhedsstyrelsen forventer, at en fødeklínik placeret på et sygehus vil følge fælles faglige retningslinjer med fødegangen, og at regionens samlede fødetilbud har ensartet faglig kvalitet. Der bør således beskrives hvordan man vil sikre retningslinjer for visitation, der omfatter hele forløbet for den gravide, både den primære visitation når kvinden bliver gravid, undervejs i graviditeten og under selve fødslen.

Sundhedsstyrelsen finder det væsentligt, at Region Hovedstaden i det videre forløb med udvikling af fødetilbud afdækker både fordele og ulemper ved denne konstruktion – herunder de organisatoriske og ressourcemæssige forudsæt-

ninger - for derved at sikre, at tilbuddet reelt vil højne kvaliteten for de fødende i forhold til de allerede eksisterende fødetilbud.

Fødsel på fødeklínik uden for sygehus

Generelt finder vi at fødsel på en jordemoderbemandet fødeklínik udenfor sygehus – uanset om den er privat eller regional – hvor der ikke er mulighed for assistance fra speciallæger i gynækologi/obstetrik, anæstesiologi og pædiatri, fagligt er at sammenligne med en hjemmefødsel mht. mulighed for assistance og risiko for overflytning ved komplikationer under fødslen.

Vi finder i den forbindelse, at der ved utilstrækkelig information om rammerne for en fødsel udenfor sygehus, kan opstå en falsk tryghed ift. klinikfødsel fremfor fødsel i eget hjem. Vi finder derfor, at regionen – såfremt man vil arbejde videre med modeller for klinikfødsler udenfor sygehus – bør have et særligt fokus på at beskrive, hvordan man vil sikre, at den fødende og hendes partner informeres om fordele og ulemper ved de forskellige tilbud, herunder risiko for overflyttelse under eller efter fødsel, og manglende mulighed for relevant lægeassistance udover det præhospitale tilbud m.v. Denne skærpede informationsforpligtelse er ekstra vigtig ved denne type tilbud, da de fødende ved fødsler på en fødeklínik med 'hospitalslignende indretning' eventuelt kan komme til at forvente, at sikkerheden ved fødeklínikken er bedre end ved en fødsel i eget hjem.

Regionen bør sikre sig, at der foreligger klare visitationsretningslinjer, som nøje tager stilling til, hvem dette tilbud er relevant for, blandt andet med opmærksomhed på, at en undersøgelse peger på meget høj overflytningsrate for førsteangsfødende på op mod 36 %.

Det er vigtigt, at man tilstræber at sikre sammenhængende forløb, blandt andet ved etablere en overflytningsordning, og regionen bør udarbejde klare retningslinjer for overflytning af fødende med komplikationer fra denne type fødeklínikker til fødeafdeling. Eftersom der er tale om overflytninger med komplikationer, stilles der som før nævnt, særlige krav til det præhospitale beredskab der skal sikre assistance til den fødende og/eller barnet under overflytningen. Regionen bør således sikre de nødvendige ressourcer og kompetencer i det præhospitale beredskab for at imødegå den forventede høje overflytningsrate. I vurderingen af om regionen ønsker brug af private fødeklínikker, bør der sikres et tæt formaliseret samarbejde med alle relevante parter.

Regionen bør sikre, at også private fødeklínikker, hvis dette planlægges inkluderet i de regionale fødetilbud, har den nødvendige kvalitet.

Etablering af en samlet regional hjemmefødselsordning

Regionen skal jfr. sundhedslovens § 83 yde jordemoderhjælp til kvinder, der ønsker at føde i eget hjem, selvfølgelig under hensyntagen til øvrige lovkrav om faglig omhu og samvittighedsfuldhed m.v.

Vi anerkender, at en samlet regional hjemmefødselsordning vil kunne medføre en mere stabil organisering, som kan sikre, at bemandingen på den enkelte fødeafdeling oplever mindre belastning af vagtberedskabet grundet mindre fravær af jordmødre.

Vi finder i den forbindelse at det er vigtigt, at sikre relevant efteruddannelse og løbende kompetenceudvikling af de jordemødre, der deltager i en sådan ordning, f.eks. ved at etablere ordningen med en rotation så jordemødrene kan vedligeholde kompetencer ved jævnligt at være på en fødeafdeling. Da setuppet ved en hjemmefødsel adskiller sig væsentligt fra fødsel på en fødegang, kan det med fordel være jordemødre med en interesse for feltet samt erfaring, der arbejder i ordningen.

Vi finder, at regionen skal sikre visitationsretningslinjer, der nøje tager stilling til, hvilke fødende dette tilbud er særligt relevant for, herunder at en undersøgelse peger på en øget risiko for alvorlige komplikationer for barnet og en meget høj overflytningsrate på op mod 45 % for førstegangsfødende. Dette med henblik på at yde den mest hensigtsmæssige information og rådgivning til den gravide, så hun kan træffe et informeret valg.

Det er vigtigt, at regionen sikrer klare retningslinjer for overflytning af fødende med komplikationer fra en hjemmefødsel til fødeafdeling. Eftersom der er tale om overflytninger med komplikationer, stilles der som før nævnt særlige krav til det præhospitale beredskab, der skal sikre assistance til den fødende eller barnet under overflytningen.

Sundhedsstyrelsen skal også her tilføje, at regionen ved fødselstilbud uden tilknytning til fødeafdelinger bør sikre, at borgerne er indgående informeret om det begrænsede tilbud, hvad angår umiddelbar assistance fra relevante speciallæger udover det præhospitale beredskab.

Nyt fødested på Frederiksberg og Bispebjerg Hospital

Vi noterer os, at regionen med sin henvendelse af 22. september 2017, blot ønsker at orientere os om overvejelserne vedr. etablering af et nyt sygehusbaseret fødested, med tilhørende gynækologisk og pædiatrisk sygehusafdeling, på Bispebjerg Hospital, og derfor ikke specifikt beder om rådgivning hertil på nuværende tidspunkt.

Som anført indledningsvist anerkender vi, at regionen kan have særlige demografiske udfordringer som kan begrunde disse overvejelser, herunder ikke blot det stigende fødselstal, men også den øvrige demografiske udvikling med flere børn og unge. Vi anerkender samtidigt, at overvejelserne samtidigt tager sigte på en generel styrkelse af Bispebjerg Hospital som akutsygehus, herunder med muligheder for generel gynækologisk og pædiatrisk akutbetjening af hospitalets optageområde, der rækker udover funktioner relateret til fødeområdet. Vi note-

rer os dog samtidigt, at der kan være udfordringer med at sikre et tilstrækkeligt volumen af gynækologiske og ikke-neonatologiske pædiatriske funktioner, ligesom der kan være rekrutteringsmæssige udfordringer ved etablering af disse specialafdelinger, herunder afledte konsekvenser for naboregionen.

Vi noterer os, at udgangspunktet for regionens overvejelser er at der ikke blot etableres et sygehusbaseret fødested, men også tilhørende gynækologisk/obstetrisk afdeling samt børneafdeling med tilhørende neonatologisk funktion. Vi har noteret os, at der generelt sigtes mod varetagelse af hovedfunktionssydelser, men regionen bør alligevel være opmærksom på specialevejledningerne for gynækologi og obstetrik samt pædiatri, herunder krav til samarbejde ved varetagelse af specialfunktioner.

Sundhedsstyrelsen bemærker desuden, at planerne om denne organisering potentielt er en større ændring til hele Hovedstadens Hospitalsplan 2020 (HOPP2020), som ikke kun vedrører fødeområdet, men også pædiatri og gynækologi og obstetrik, og regionen skal derfor være opmærksom på at indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning i forbindelse hermed, såfremt det bliver aktuelt.

Sundhedsstyrelsen stiller sig afslutningsvis til rådighed ved behov for uddybning af ovenstående.

Med venlig hilsen



Janet M. Samuel

Enhedschef, Planlægning