

København 2.februar 2020

Hørings svar vedrørende Sundhedsstyrelsens udkast til retningslinjer for svangreomsorgen.

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstyrelsen vedrørende udkast til retningslinjer for svangreomsorgen.

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab har gennemlæst høring materialet og har følgende kommentarer til udkastet, som har særligt fokus på

- **formidlingen**
- **indholdsmæssige uklarheder**
- **organisation**

Der er tale om et meget grundigt og omfattende materiale, der omfatter alle områder i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Materialet kan bl.a. ved specifikke problemstillinger således fungere som opslagsværk og håndbog for professionelle med opdaterede retningslinier og standarder, hvilket Selskabet finder meget nyttigt og hensigtsmæssigt.

Formidling

Materialet er meget omfangsrigt og detaljerigt, hvilket kan indebære udfordringer i relation til om man decentralt vil have det fornødne overblik i relation til planlægning af indsatserne og det nødvendige løbende samarbejde og koordinering mellem de forskellige sektorer.

Selskabet skal således foreslå, at man overvejer mulighederne for at gøre materialet mere oversigtligt og herunder især overvejer muligheden af en form for resume, grafisk fremstilling eller lignende, der kan fremhæve og understøtte den vigtige sammenhængende planlægning og koordinering.

Man kan endvidere overveje, om det vil være lettere for de professionelle at tilegne sig retningslinjerne ved f.eks. at opdele svangreomsorgen i en almen del (det som gælder for alle) og en kompliceret del (komplicerede biomedicinske forhold) og en kompleks del (socialmedicinske og biomedicinske forhold). Alternativt kunne man eventuelt overveje at samle al socialmedicinsk svangreomsorg i et kapitel, så der skabes et tydeligt overblik over den biomedicinske del og den socialmedicinske del (kap. 4 og 5 samt afsnit i flere andre kapitler).

Endvidere vil vi anbefale, at man i en eller anden form fremhæver, hvor der er foretaget væsentlige ændringer fra de nuværende retningslinjer. Dette anbefaler vi for at sikre, at man meget hurtigt kan identificere tiltag, forhold og organisation, der skal ændres eller vises særlig opmærksomhed i forhold til de nye retningslinjer.

Indholdsmæssige uklarheder

Selskabet finder, at der kan være uklarhed omkring retningslinjernes karakter. Hvornår og i hvilket omfang er der tale om krav og faglig god standard, som bør efterleves og hvornår tales der om muligheder, man eventuelt kan indføre i sine tilbud. Dette fremstår ind i mellem noget uklart, hvilket eventuelt kan medføre, at det kan blive væsentlige forskelle i de tilbud, kvinderne og deres familier vil få landet over. En klarificering heraf, der tager udgangspunkt i den brede faglige viden og de principper der beskrives i materialet, må vurderes at hjælpe med til at sikre en ensartet høj og god standard for indsatsen.

I den senere tid er der forekommet situationer, hvor der har været uklarhed om karakteren af centralt udmeldte retningslinjer og hvorvidt disse skulle eller blot eventuelt kunne følges. Sådant uklarhed er særdeles uhensigtsmæssig for alle involverede parter og bør derfor så vidt muligt undgås. I den forbindelse bør man således også vurdere retningslinjernes sproglige formuleringer. Vi skal her blot pege på et par enkelte sproglige eksempler, der er faldet Selskabet i øjnene.

2.5.3 (p. 23) "...Ved behov **kan** neonatologisk ekspertise inddrages." Man må antage, at hvis der er behov for neonatologisk ekspertise så **skal** en sådan naturligvis inddrages.

2.7.1 (p.24) " Ved komplicerede barselsophold **kan** opholdet foregå på et obstetrisk specialafsnit." Umiddelbart må man vel antage at der snarere burde stå **skal** eller evt. **bør**.

I store dele af retningslinierne beskrives opgaverne i nutid f.eks

2.5.4 (p.23) "Sundhedsplejersken **sikrer** i samarbejde med jordemoderen efter fødslen, at sektorovergangen finder sted". Man kan ønske en præcisering af om sådanne formuleringer er udtryk for krav dvs. skal sikre eller bør sikre og hvor ansvaret i givet fald er placeret.

Selskabet har herudover enkelte mere konkrete kommentarer og betragtninger

Kap. 1.3. p. 9 Familieperspektivet

Her bør endvidere også inddrages familiedannelse samt eventuel graviditetsforebyggelse. Det bør kunne italesættes hvordan en familie sikrer sig tilstrækkelige ressourcer til at kunne magte en ny graviditet førend en sådan indtræffer.

1.5.1. p. 12. 2. afsnit

Udover gennemsnitsalderen for fødende bør angives spredningen på alder, da forskellige aldre er predictor for socialmedicinske forhold/ vanskeligheder i forbindelse med fertilitet, uddannelse, job og partnerskab

1.5.3. Der savnes information om alderens betydning

1.5.4 Her savnes tilføjelse om, at rygning hos gravide kan være en vigtig socialmedicinsk indikator.

1.5.6 For tidlig fødsel, især afsnit 5

Der savnes overvejelser om denne sammenhæng for, at man kan forvente, at personalet kan etablere sekundære forebyggende indsatser.

1.6.2 Neonatal dødelighed

Der savnes i afsnittet en tilkendegivelse og ambition om at få nedbragt den neonatale mortalitetsrate i Danmark til et niveau svarende til de øvrige nordiske lande. Ratens betydning som generel kvalitetsindikator bør ikke undervurderes, men påkalde sig anbefalinger af initiativer og særlig opmærksomhed for områder for kvalitetsforbedring.

1.7. Social ulighed i reproduktiv sundhed.

Dette er et godt og vigtigt afsnit, som dog kan udbygges med flere anbefalinger, der bl.a. tager systematisk udgangspunkt i de foregående epidemiologiske afsnit.

Det er vigtigt at understrege den professionelle udfordring, der ligger i den sociale ulighed i reproduktiv sundhed. Denne sociale ulighed viser sig i forekomsten af hårde epidemiologiske data om graviditets- og fødselskomplikationer, dødfødsler, lav fødselsvægt, for tidlig fødsel, misdannelser og børnedødeligheden. Samtidigt anføres i teksten også at socialt dårligt stillede generelt gør mindre brug af sundhedsvæsenets tilbud herunder svangreomsorgen

Selskabet er fuldstændig enig i sætningen om, at det er sundhedsvæsenets ansvar at række udover denne viden- og kompetencekløft, men man kan godt i nogen grad savne anbefalinger af mere operationel og handlingsanvisende karakter.

I lyset af udfordringerne forekommer det noget uambitiøst og utilstrækkeligt, at man i retningslinierne på baggrund af den overordnede viden og indsigt om disse generelle og systematiske sammenhænge, ikke finder grund til at anbefale en mere offensiv og systematisk indsats for at etablere et bedre grundlag for at ændre på denne ulighed i leveforhold i relation til muligheden for at føde sunde børn i robuste fungerende familier.

I afsnittet nøjes man således med at pege på en række kendte enkeltrisikofaktorer, der er overrepræsenteret i disse grupper samt disse gruppers mangelfulde sundhedskompetence og mindre brug af sundhedsvæsenets tilbud. Dermed risikerer man i svangreomsorgen blot at stille yderligere krav til den enkelte kvinde (rygestop, vægtreduktion, fysisk aktivitet, kost mv.) og dermed yderligere belaste grupper, der snarere har behov for reduktion af belastninger, udvidelse af handlemuligheder og flere ressourcer og støttende omsorg for at kunne gennemføre relevante risikoreducerende og sundhedsfremmende aktiviteter.

1.7.1 Migranter fra ikke vestlige lande

Det er positivt at afsnittet refererer den viden, som foreligger om betydningen af migranter og flygtninges leveforhold og sundhedstilstand for komplikationer under graviditet, fødsel og efter fødslen.

I den forbindelse finder Selskabet faglig anledning til at understrege, at en relevant og fyldestgørende kommunikation med sundhedspersonalet om væsentlige sundhedsmæssige og sociale forhold er en forudsætning for at reducere og håndtere de beskrevne risici.

Selskabet skal i den forbindelse påpege, at den eksisterende tolkebekendtgørelse må anses for at være særdeles u hensigtsmæssig og kontraproduktiv og Selskabet skal derfor kraftigt anbefale en ændring heraf. Helst i form af en fuldstændig afskaffelse af tolkegebyr i sundhedsvæsenet, da dette helt generelt indebærer u hensigtsmæssige og eventuelt sundhedsfarlige barrierer i kommunikationen mellem brugere og sundhedspersonale, men i det mindste bør hele svangreomsorgen være undtaget herfor.

Organisation

Kap 2. Tilrettelæggelse af svangreomsorgen

2.6 Valg af fødested

Man savner i høj grad Sundhedsstyrelsens udmelding om *krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet* i relation til det her foreliggende udkast til retningslinjer for svangreomsorgen, idet der naturligvis bør være sammenhæng imellem disse udmeldinger. Det er således væsentligt at vide hvor smal eller bred Sundhedsstyrelsens udmelding vil være for en bedømmelse af om udmeldingerne tilsammen vil udgøre et fulgyldigt materiale for organisering og kvalitet på området.

2.7 Organisering af det sundsfaglige tilbud i barselperioden.

Bl.a. i relation til ovenstående finder Selskabet også, at der især bør sættes særlig fokus på organiseringen og tilbuddene i forbindelse med fødslen og den umiddelbare barselsperiode. Det må anses for væsentligt at familien, mor og barn tilbydes en kvalitetspræget og tryk fødsel og barsel. Stigningen i ambulante fødsler og valg af hjemmefødsel bør således ikke være et resultat af fravalg af hospitalsfødsler pga. f.eks. overbelægning, begrænsede standardtilbud, for lidt personalestøtte og f.eks. rutinemæssig hurtig udskrivning. Selskabet er i øvrigt enig i, at det ikke er tilfredsstillende, at genindlæggelserne af dehydrerede/og eller ikteriske nyfødte nu blot er stagnerende.

Det er klart at de korte barselsindlæggelser med deraf følgende behov for effektiv koordinering mellem fødeafdeling, den kommunale sundhedstjeneste og den praktiserende læge indebærer en øget risiko for, at familier falder mellem flere stole. Der bør således både stilles tydelige krav til organiseringen og kvaliteten af fødsel- og barselindsatsen, ligesom kvaliteten heraf bør monitoreres løbende. De i retningslinjerne tre nævnte punkter: screeninger, genindlæggelser af dehydrerede nyfødte mv. og observation af moderens tilstand bør anses som absolut minimum for vurdering af kvaliteten, og der bør være eksplicite krav og opstilles kvalitetsmål herfor.

2.7.1.

I relation til de tidligere beskrevne sociale forskelle og uligheder bør det understreges at barselsophold bør kunne tilbydes på steder, hvor der er let tilgængelig fornøden faglig støtte. Der bør således stilles krav om relevante muligheder samt krav til den sundhedsfaglige bistand og tilgængelighed.

3.1. Prækonceptionel rådgivning

Som udgangspunkt finder selskabet overvejelserne om prækonceptionel rådgivning positiv.

I retningslinjerne anbefales prækonceptionel rådgivning tilbudt til alle kvinder mellem 18 og 30 år med henblik på hvilke sundhedsmæssige tiltag de med fordel kan gøre, inden de bliver gravide. Herefter anerkendes, at det er en udfordring at finde det rette tidspunkt herfor.

Selskabet skal i relation hertil foreslå, at man foretager en klarere adskillelse af almen sundhedsfremmende information og rådgivning herunder også vedr. fertilitet og seksualadfærd og en smallere og mere målrettet rådgivning ved ønske og planer om nærmerestående graviditet.

Selskabet lægger vægt på tankerne om den generelle sundhedsfremme og finder således, at sundhedsfremmende information ikke bør begrænses til kvinder, idet dette også er yderst

relevant for mænd. Dette kan hensigtsmæssigt være et led i en generel almen information til både mænd og kvinder om sundhedsfremme, herunder vedr. fertilitet mv. Det har stor relevans for begge køn både i relation til at få sunde børn og helbredet i det hele taget. I relation hertil kan man naturligvis også nævne muligheden for at få en individuel konkret rådgivning når/hvis man planlægger at få børn.

Den prækonceptionelle individuelle rådgivning, herunder bl.a. tilskud af folsyre mv. er imidlertid anderledes idet den er specifikt målrettet opnåelse af en graviditet med sundt barn og mor. Også problemer i relation til at opnå graviditet kan indgå i sådan individuelle rådgivningssamtaler med kvinden og partneren.

Når Selskabet finder det væsentlige at skelne mellem disse to typer aktivitet er det bl.a. fordi tilgangen og strategierne for disse to forskellige typer tilbud grundlæggende bør tænkes og planlægges forskelligt.

I relation hertil bør det også erkendes, at kvinder fra 18 -30 år ikke nødvendigvis alle ønsker at få anvisninger på hvordan de skal leve for at føde sunde børn, hvis dette ikke forekommer dem relevant på et givet tidspunkt.

3.2.1.grundforløbets overordnede struktur

Det forekommer lidt underligt, at man refererer, at WHO anbefaler mindst 8 kontakter i graviditeten, hvorefter man anbefaler 7-9. Selskabet finder det væsentligt, at dette ikke giver anledning til reduktion af kontakterne af økonomiske hensyn i planlægningen af svangreomsorgen.

Afsluttende

Afsluttende skal Selskabet fremhæve, at man finder, at der med udkastet foreligger et særdeles godt og grundigt materiale, der kan udgøre et solidt, fagligt og organisatorisk grundlag for en nutidig svangeomsorg med høj kvalitet. Selskabet håber dog med sine kommentarer at kunne inspirere og bidrage til forbedringer på de nævnte punkter.

Med venlig hilsen
På vegne af DASAMS

Marianne Jespersen
Speciallæge i samfundsmedicin
Næstformand i DASAMS bestyrelse