



SUNDHEDSMINISTERIET

Sundhedsudvalget 2021-22
SUU Alm.del - endeligt svar på spørgsmål 2
Offentligt

Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundhedsudvalg

Dato: 03-11-2021
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSEL
Sagsnr.: 2115711
Dok. nr.: 1966936

Folketingets Sundhedsudvalg har den 6. oktober 2021 stillet følgende spørgsmål nr. 1 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Jane Heitmann (V).

Spørgsmål nr. 1:

”Vil ministeren kommentere henvendelsen fra Det Nye Jordemodervæsen, jf. SUU alm. del – bilag 533? Vil ministeren herunder oplyse, om ministeren kan verificere de tal, som fremgår i henvendelsen på siden: Fagligheden, Evidens for kendthed og kontinuitet?”

Svar:

Der er til brug for besvarelsen af spørgsmålet indhentet bidrag fra Sundhedsstyrelsen, som oplyser følgende:

”I oplægget ’Det nye jordemodervæsen’ beskriver foreningen Jordemødre for ligeløn en ydernummer-baseret model for private fødeklinikker uden for sygehus.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. fødeklinikker uden for sygehus fremgår af de nylig offentliggjorte anbefalinger for organisering af fødetilbud. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at rammerne for fødeklinikker uden for sygehus fagligt skal ligestilles med hjemmefødsler. Dette gælder bl.a. i forhold til muligheder for lægefaglig assistance, herunder i forhold til smertelindring og indgreb.

På fødeklinikker uden for sygehus varetages fødselshjælpen af en jordemoder, som vil have det nødvendige udstyr til rådighed til den ukomplicerede fødsel, samt nødhjælpsudstyr til at påbegynde behandling ved komplikationer hos den gravide og barn. Ved behov for lægelig intervention, fx ved behov for akut forløsning, smertelindring med epiduralblokade, manglende fremgang og sjældne, men alvorlige komplikationer under eller efter fødslen, er en overflytning til sygehus med fødeafdeling nødvendig. Såfremt der opstår alvorlige fødselsrelaterede komplikationer, vil en hurtig forløsning i mange tilfælde mindske risikoen for et negativt udfald hos den fødende og barnet, og afstanden til fødeafdeling - og dermed øget transporttid til akut assistance og forløsning - vil være en væsentlig faktor i forhold til risikoen for et negativt udfald.

Ved behov for overflytning til fødeafdeling, skal det bemærkes, at det faglige ansvar for fødselshjælpen overgår til en jordemoder ansat på fødeafdelingen, og at privatpraktiserende jordemødre ikke kan fortsætte det faglige ansvar for fødslen ved ankomst til fødeafdelingen. Den privatpraktiserende jordemoder vil kunne være tilstede som en ekstra støtteperson til den fødende på lige fod med pårørende.

Aktuelt findes der ikke en ydernummerfinansieret model for jordemoderledet fødeklækker, men regionerne kan vælge at inddrage private fødeklækker i deres fødetilbud. Regionen Sjælland er den eneste region, der har valgt at organisere sig med tilbud om svangreomsorg, herunder fødselshjælp, på privat fødeklækker uden for sygehus. Sundhedsstyrelsen har af regionen fået oplyst, at 222 kvinder i 2020 påbegyndte fødsel på offentlig finansieret privat fødeklækker, og at omkring 27 pct. af disse blev overflyttet til sygehus under eller efter fødslen.

Region Sjælland har i perioden 2018-2020 indgået aftaler med i alt tre fødeklækker. Roskilde Fødeklækker er på nuværende tidspunkt den eneste klækker, regionen har aftale med. For historik vedrørende aftaler med private fødeklækker henvises til Region Sjælland.

Gravide som ønsker at føde på klækker uden for sygehus bør informeres om, at rammerne for fødsel på klækker uden for sygehus kan sidestilles med hjemmefødsler i forhold til bl.a. muligheder for lægefaglig assistance, samt muligheder for smertelindring og indgreb jf. ovenstående. Den gravide skal være bekendt med, at det kan blive nødvendigt med overflytning til fødeafdeling ved komplikationer eller behov for smertelindring. Der bør foreligge en klar ansvarsfordeling i forhold til, hvem der har ansvaret for, at de gravide informeres og bliver bekendt med klækkerens muligheder.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at der i oplægget refereres til anbefalinger fra det engelske National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Det er korrekt, at NICE i sine anbefalinger specifikt for raske gravide og deres kommende babyer anfører, at gravide med forventet lav risiko for komplikationer kan anbefales at føde på en klækker uden for sygehus. Sundhedsstyrelsen finder det dog væsentlig i forhold til helhedsforståelse at gøre opmærksom på, at NICE i sine anbefalinger ikke anbefaler fødsel på fødeklækker uden for sygehus som det eneste mulige fødested. NICE anbefalingerne pointerer, at gravide bør have mulighed for selv at vælge fødested. Det anføres således, at både første- og flergangsfødende kan vælge mellem fødsel på fødeafdeling, fødeklækker på sygehus, fødeklækker uden for sygehus og hjemmefødsel. Endvidere beskrives, at flergangsfødende kan informeres om, at både hjemmefødsel og fødsel på fødeklækker på eller uden for sygehus kan være egnet, mens førstegangsfødende bør informeres om, at fødsel på fødeklækker på eller uden for sygehus er egnet, men at planlagt hjemmefødsel er forbundet med en mindre øget risiko for dårligt udfald for barnet.

Gennemgang af estimater på siden "Faglighed, Evidens for kendthed og kontinuitet"

I oplægget gengives på siden "Faglighed, Evidens for kendthed og kontinuitet" en række resultater fra Cochrane reviewet Midwife-led continuity models versus other models of care for child-bearing women af Sandall et al. Studiet er et systematisk review, der sammenfatter resultater fra lodtrækningsstudier, som undersøger jordemoderledet kontinuitetsmodeller sammenlignet med øvrige modeller for svangreomsorg. De øvrige modeller for svangreomsorg er kendetegnet ved, at det overordnede ansvar er placeret hos hhv. en fødselslæge, en almen praktiserende læge eller delt mellem forskellige sundhedsprofessionelle alt afhængig af, hvor i graviditetsforløbet kvinden er. De forskellige modeller sammenlignes i forhold til en række primære udfald relateret til den fødende eller barnet. Det vedrører brug af rygmarvsbedøvelse, kejsersnit, instrumentel vaginal forløsning (sugekop eller tang), spontan fødsel, intakt mellemkød, for tidlig fødsel, samt foster- og neonatal død. Dertil belyses 35 sekundære udfald, herunder klip i mellemkød, fosterdød hhv. før uge 24, samt efter uge 24, fødsel ved kendt jordemoder mv.

Studiet inkluderer 15 studier fra Australien, Canada, Irland og England. De undersøgte jordemoderledet kontinuitetsmodeller varierer i studierne og omfatter således modeller, hvor forløbet enten er foregået på sygehus eller både på sygehus og mindre klinik i nærområdet (typisk fødselshjælpen på sygehus og graviditets- og barselskonsultationer på klinik), samt studier, hvor fødselshjælpen er ydet på en fødestue med "hjemlige" rammer. Studierne varierer også i forhold til, om der er én gennemgående jordemoder eller om de gravide har et lille hold af jordemødre tilknyttet. Det skal der- til bemærkes, at der i de jordemoderledet kontinuitetsmodeller også typisk er en eller to rutinekonsultationer hos en fødselslæge.

I oplægget fra Jordemødre for lige løn fremhæves seks resultater fra studiet, disse gennemgås nedenfor. For udfald, hvor der i studiet er beskrevet absolutte tal, beskrives disse også.

Føde med kendt jordemoder. Syv af de inkluderede studier undersøger sandsynligheden for at føde med en jordemoder, den fødende kender. Ved en samlet analyse af resultaterne findes en relativ risiko (RR) på 7,04 (95% CI [4,48; 11,08]), hvilket svarer til, at kvinderne i jordemoderledet kontinuitetsmodeller har en syv gange større sandsynlighed for at føde med en jordemoder, de kender, sammenlignet med kvinderne i de øvrige svangremodeller. I reviewet bemærkes, at alle syv studier finder en øget sandsynlighed for fødsel ved kendt jordemoder i de jordemoderledet kontinuitetsmodeller, men at der er stor forskel på, hvor stor en øget sandsynlighed, der findes i de syv studier.

Fosterdød under hele graviditeten og neonatal død. Af de inkluderede studier undersøges 13 studier et samlet mål for fosterdød under hele graviditeten og neonatal død (død inden 28 dage efter fødsel). I den samlede analyse af de 13 studiers resultater findes 16 pct. lavere sandsynlighed for fosterdød under graviditeten og neonataldød for gravide i de jordemoderledet kontinuitetsmodeller sammenlignet med øvrige modeller (RR = 0,84 (95% CI [0,71; 0,99])). I absolutte tal er dette 29 dødsfald per 1.000 gravid sammenlignet med 34 per 1.000. Sandall et al. finder således 5 færre dødsfald per 1.000 for gravide, der følges i jordemoderledet kontinuitetsmodeller sammenlignet med øvrige modeller.

Fosterdød inden uge 24 og neonatal død. 11 af de inkluderede studier undersøger et samlet mål for fosterdød inden uge 24 samt neonatal død. I den samlede analyse findes 19 pct. lavere sandsynlighed for fosterdød inden uge 24 og neonatal død for gravide randomiseret til jordemoderledet kontinuitetsmodel sammenlignet med andre modeller ((RR= 0,81 (95% CI [0,67; 0,98])). Det skal her bemærkes, at dette resultat bliver diskuteret i artiklen, hvor det påpeges, at der er brug for mere forskning for at forstå, hvilke forhold i den jordemoderledet kontinuitet, der kan have betydning for risikoen for at miste barnet før uge 24.

Brug af rygmarvsbedøvelse (epiduralblokade). 14 af de inkluderede studier undersøger brug af rygmarvsbedøvelse. I den samlede analyse findes 15 pct. lavere sandsynlighed for rygmarvsbedøvelse hos gravide i de jordemoderledet kontinuitetsmodeller sammenlignet med de øvrige modeller (RR= 0,85 (95% CI [0,78; 0,92])). I absolutte tal svarer dette til 229 per 1.000 sammenlignet med 270 per 1.000.

Fødsel før uge 37. Otte studier undersøger de forskellige svangreomsorgsmodeller i forhold til for tidlig fødsel. I en samlet analyse findes 24 pct. lavere sandsynlighed for fødsel før uge 37 hos gravide i de jordemoderledet kontinuitetsmodeller (RR = 0,76 (95% CI [0,64; 0,91])). I absolutte tal er dette 48 per 1.000 i forhold 63 per 1.000, hvilket altså er 15 færre præterm fødsler per 1.000 gravide i de jordemoderledet kontinuitetsmodeller. Dette resultat bemærkes også af forfatterne, som et resultat, der skal undersøges nærmere.

Klip i mellemkødet. 14 af de inkluderede studier undersøger forekomsten klip i mellemkød i de forskellige modeller. I den samlede analyse findes 16 pct. lavere sandsynlighed for klip i mellemkødet i de jordemoderledet kontinuitetsmodel sammenlignet med de øvrige modeller (RR = 0,84 (95% CI [0,77; 0,92])). Klip i mellemkødet anvendes, såfremt det vurderes, at der er behov for, at barnet fødes hurtigt, fx grundet påvirket hjertelyd. Det er dog, en procedure, der anvendes sjældnere i dag end tidligere. Det er ligeledes, som det også angives i oplægget fra Jordemødre for ligeløn, en procedure, der bruges sjældnere i Danmark end i fx England, hvor en del af de inkluderede studier stammer fra.

Ud over de fremhævede resultater finder studiet også, at kvinder i jordemoderledet kontinuitetsmodeller har 5 pct. større sandsynlighed for spontan fødsel (RR = 1,05 (95% CI [1,03; 1,07])), 10 pct. mindre sandsynlighed for instrumentel forløsning (RR = 0,90 (95% CI [0,83; 0,97])) samt 20 pct. mindre sandsynlighed for at blive sat i gang med hindsprængning (RR = 0,80 (95% CI [0,66; 0,98])). Sandall et al. finder, at der ikke er signifikant forskel i de forskellige svangremodeller i forhold til kejsersnit, blødning både inden og efter fødslen, igangsættelse (overordnet mål), lav fødselsvægt, 5-minutters apgarscore lig eller under 7, indlæggelse på neonatal intensiv afdeling eller fosterdød i uge 24 eller senere.

Sandall et al. konkluderer overordnet, at der er positive udfald forbundet med jordemoderledet kontinuitetsmodeller. Forfatterne påpeger dog også, at det ikke er muligt at konkludere, hvilken form for jordemoderledet kontinuitetsmodel, der er at foretrække. Ligeledes påpeges, at det af deres studie ikke er muligt at sige noget om, hvad det er, ved de jordemoderlede kontinuitetsmodeller, der kan have betydning for resultaterne, eksempelvis om det er typen af jordemoderledet kontinuitetsmodel, behandlingsfilosofi, eller forholdet mellem sundhedsperson og kvinde. Dette vil skulle undersøges ved yderligere forskning.

I forhold til brugen af Cochrane reviewet i en dansk kontekst og til drøftelser om private fødeklinikker, finder Sundhedsstyrelsen det væsentligt at påpege, at resultaterne ikke kan benyttes til at drage konklusioner eller komme med anbefalinger vedrørende private fødeklinikker, da private fødeklinikker ikke er omdrejningspunkt for studiet, og da en del af den jordemoderledet svangreomsorg i de inkluderede studier er givet i sygehusregi. Endvidere kan det være vanskeligt at generalisere resultaterne til en dansk kontekst, da svangreomsorgen i Australien, Canada, Irland og England, hvor studierne er fra, adskiller sig fra svangreomsorgen i Danmark på en række punkter.”

Jeg kan henholde mig til svaret.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Sofie Elsborg Larsen