

---

Sundhedsstyrelsen  
Evidensbaseret medicin

NKR sekretariatet  
NKRsekretariat@sst.dk



Den 17. januar 2022

Forældre og Fødsel  
www.fogf.dk

formanden@fogf.dk  
6064 9824

## Høringssvar til udkast til den nationale kliniske anbefaling for igangsættelse af fødsler

Forældre og Fødsel takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkastet til national klinisk anbefaling for igangsættelse af fødsler samt for muligheden for at deltage i arbejdsgruppen med henblik på rådgivning af Sundhedsstyrelsen, i forbindelse med udarbejdelse af anbefalingen.

Vi vil i dette høringssvar komme med vores overordnede betragtninger om anbefalingen, herunder de udfordringer, der kan være med at implementere anbefalingen ud fra et brugerperspektiv. Derudover vil vi komme med vores bud på optimering af information og patientinddragelse i beslutningen om igangsættelse, samt den forebyggende indsats undervejs i graviditeten, i forhold til nedbringelse af risikoen for fosterdød.

Vi bemærker positivt, at der i høringsbrevet fremgår, at:

*“Anbefalingen vil blive fulgt op af informationsmateriale, som skal fungere som beslutningsstøtte for fagpersoner sammen med de kommende forældre.”*

Vi anser systematisk anvendelse af et beslutningsstøtteværktøj, som helt essentielt for at kunne give de kommende forældre de rette forudsætninger for at kunne træffe beslutning om igangsættelse på et oplyst grundlag. Det er desuden vigtigt at beslutningsstøtteværktøjet er kvalitetssikret og introduceret til sundhedspersonale på alle fødesteder forud for implementeringen af den nye anbefaling.

### **Bemærkninger til afsnit 3 om tidspunkt for igangsættelse efter fastlagt terminsdato**

Anbefalingens ordlyd:

*”Overvej igangsættelse af fødslen fra gestationsalder 41+0 efter dialog om fordele og ulemper. Gravide som ikke ønsker igangsættelse monitoreres med løbende tilbud om igangsættelse. Det anbefales, at fødslen sker inden gestationsalder 42+0.”*

Forældre og Fødsel er tilfredse med at anbefalingen eksplicit nævner dialog om fordele og ulemper samt alternativt tilbud om monitorering til gravide, som ikke ønsker igangsættelse. Dette er vigtigt for at understøtte forældrenes mulighed for, at kunne træffe egne frie valg på et oplyst grundlag i forhold til om de ønsker at tage imod tilbuddet om igangsættelse. Dialog og information om fordele og ulemper er endvidere vigtigt af hensyn til patientens retsstilling i forhold til afgivelse af informeret samtykke iht. sundhedslovens §§ 15 og 16, hvor man har ret til at kende virkning, bivirkning og komplikationer ved tilbud om behandling og/eller foreslåede indgreb, alternative behandlingsmuligheder samt konsekvenser af ikke at tage imod tilbuddet om behandling.

I den uddybende bemærkning til anbefalingen (“remark”) anerkender Sundhedsstyrelsen, at der i praksis kan forekomme forhold på fødestederne, der gør, at det ikke er muligt at igangsætte fødslen på det anbefalede og valgte tidspunkt, fx. pga. akut aktivitet. Vi gør opmærksom på, at udskydelse af igangsættelsen kan skabe angst og bekymring for barnets ve og vel hos de familier, hvor særligt risikoen for dødfødsel har været afgørende for deres valg om at tage imod tilbuddet om igangsættelse.

Vi ønsker, at der forud for implementeringen af anbefalingen udarbejdes en medicinsk teknologivurdering (MTV) med henblik på at afdække de organisatoriske og økonomiske konsekvenser af de estimerede 5.500 ekstra igangsættelser årligt. Dette bl.a. med henblik på at kunne vurdere hvilke ressourcer, der skal tilføres, for at kunne leve op til anbefalingen og undgå udskydelse af igangsættelser pga. ressourcemangel og organisatoriske forhold.

#### *Bemærkninger til information om igangsættelse*

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger til svangreomsorgen (2021), anbefales det, at alle gravide tilbydes jordemoderkonsultation i uge 39, hvor blandt andet tilbud efter termin skal drøftes. Ligeledes anbefaler Sundhedsstyrelsen at gravide, der passerer terminsdatoen tilbydes jordemoderkonsultation i uge 41 blandt andet med henblik på at drøfte beslutningsprocessen vedrørende eventuel igangsættelse af fødslen. I nærværende udkast til national klinisk anbefaling af igangsættelser af fødsler, anbefales det, at der ved konsultation hos jordemoder i slutningen af graviditeten (senest i uge 39+) indgår en samtale om de tilbud, den gravide/parret vil blive præsenteret for ved graviditet ud over fastsat terminsdato.

Set i lyset af, at ca. 25 % af gravide føder efter 41+0 og dermed bliver omfattet af målgruppen for tilbud om rutinemæssig igangsættelse, ønsker vi, at der gives en overordnet introduktion til igangsættelse på et tidligere tidspunkt i graviditeten. En overordnet introduktion med information om igangsættelse, herunder fx. hyppighed, formål og metoder, vil give forældrene mulighed for på forhånd at reflektere, uden at de med kort tidsfrist skal tage stilling til det. At være velinformeret styrker beslutningsprocesser, og forældre tæt på termin kan være for overvældede af den snart forestående fødsel til at tage information ind få uger før termin. Vi anbefaler derfor, at denne overordnede information indgår i den forældre- og fødselsforberedelse, som alle tilbydes. For at det bliver muligt for

forældre at stille spørgsmål til informationen om fx igangsættelse, vurderer vi at det er vigtigt at fødselsforberedelsen foregår i små hold jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen (2021).

Hos de gravide, hvor stillingtagen til igangsættelse bliver aktuelt, vurderer vi at graviditetsuge 39 er et passende tidspunkt at modtage information om igangsættelsesmetoder samt virkninger og bivirkninger via beslutningsstøtteværktøjet.

#### *Bemærkninger til nøgleinformationer*

I tekstboksen om nøgleinformationer, står der at:

*”Igangsættelse uge 41+0 reducerer antallet af intrauterine dødsfald med 0,60 dødsfald per 1.000 igangsættelser sammenlignet med nuværende praksis (igangsættelse i uge 41+3-5).”*

Vi bemærker, at reduktionen i antal af dødfødsler opgøres forskelligt i udkastet til anbefalingen. Nogle steder med 0,60 ud af 1.000 og nogle steder 1 ud af 1.600. Da det er svært at forholde sig til reduktion i dødfødsler angivet i decimaler, anbefaler vi, at der anvendes NNT (number needed to treat) til at forklare familier om reduktion i dødfødsler.

#### *Bemærkninger til den kvalitative evidens*

Vi kan nikke genkendende til resultaterne fra de to metasynteser, som handler om de fødendes erfaringer og oplevelser med at få sat fødslen i gang. De beskrevne udsagn stemmer overens med det indtryk, vi har af fødendes oplevelser med igangsættelse. Særligt hører vi om manglende information, herunder at igangsættelse ikke præsenteres som et tilbud, man har mulighed for at afslå og/eller træffe et valg om, men som noget man “skal” samt at man ikke bliver oplyst om bivirkningerne ved den konkrete igangsættelsesmetode.

### **Forældre og Fødsels bemærkninger til afsnit 4 om monitorering af anbefalingen**

Vi er enige i de foreslåede proces- og effektindikatorer for monitorering og bakker ligeledes op om forslaget om at monitorere på hvor mange igangsættelser, som bliver udskudt fx på grund af travlhed. Derudover mener vi, at der bør monitoreres på anvendte metoder til igangsættelse, indberetning af bivirkninger som følge af behandlingen samt anvendelse af beslutningsstøtteværktøjet.

### **Forældre og Fødsels bemærkninger til afsnit 5 om opdatering og videre forskning**

Vi forholder os positivt til opmærksomheden på at opdatere anbefalingen efter 3 år, og håber ligeledes på at DSOG har mulighed for at opdatere vejledningen om monitorering fra 2015. Desuden bifalder vi anbefalingen om yderligere forskning og udvikling i monitoreringsteknologier. Vi ønsker at det i fremtiden bliver nemmere at identificere faresignaler i graviditeten, så igangsættelserne kan målrettes de gravide med mere præcision og antallet af rutinemæssige igangsættelser kan nedbringes uden at gå på kompromis med sikkerheden for mor og barn.

### **Forældre og Fødsels bemærkninger til eventuelle udfordringer med implementering**

Fødeområdet har, ligesom store dele af det øvrige sundhedsvæsen, været udsat for besparelser og øgede krav, gennem en længere årrække. Aktuelt er fødeområdet under stort pres, blandt andet på grund af undernormering og ubesatte stillinger. Implementering af anbefalingen vil bidrage til øget aktivitet på fødestederne, som de, efter vores vurdering, ikke er i stand til at løfte pt., hverken kapacitets- eller personalemæssigt.

Allerede nu bliver igangsættelser udskudt eller sat på pause midt i forløbet, fordi der ikke er hænder nok til at varetage fødslerne. Vi frygter, at den nye anbefaling vil øge forekomsten af udskudte igangsættelser, hvilket vil medføre øget bekymring og angst hos familierne samt øget risiko for forringede og utrygge fødselsoplevelser.

Derfor er det bydende nødvendigt, at anbefalingen ikke implementeres før de nødvendige ressourcer er tilført fødeområdet. Vi bemærker desuden, at midlerne til løft af fødeområdet, som er afsat i finansloven, ikke er tiltænkt øgning af aktiviteter, som følge af anbefalingen, men andre nødvendige tiltag.

### **Forældre og Fødsel bemærkninger i forhold til patientinddragelse og forebyggende tiltag**

Vi bemærker positivt at der flere steder i anbefalingen lægges vægt på at den gravides valg skal respekteres, at informationen bør indeholde oplysninger om formålet med igangsættelsen, gavnlige og skadelige virkninger for den fødende og barnet, praktisk tilrettelæggelse, herunder eventuel ventetid, samt at igangsættelse er et andet forløb end en spontan fødsel og om alternativer til igangsættelse.

Vi bemærker, at beslutningen om igangsættelse kan være meget svær og dilemmafyldt for forældrene, hvor mange faktorer påvirker beslutningen og nogle endda kan være i modstrid med hinanden. Alle forældre ønsker sig først og fremmest et raskt og sundt barn, hvortil der aldrig kan stilles absolutte garantier. Forældrenes præferencer, ønsker og forestillinger om fødslen samt den gravides oplevelse af den sidste tid som gravid, har sammen med tanker om deres barns ve og vel, betydning for den beslutning, der skal træffes ved tilbud om igangsættelse. Derudover er fødslen en skelsættende begivenhed, særligt for den fødende, hvor fødselens forløb og selve fødselsoplevelsen kan have stor betydning for starten på forældrelivet. En "på papiret" ukompliceret fødsel, kan opleves som traumatiserende og samtidig kan en fødsel med komplikationer, opleves som vellykket. Derfor er det afgørende, at der, gennem et højt informationsniveau, som inddrager alle ovenstående faktorer, individuelle vurderinger og rådgivning, skabes et solidt grundlag for forældrene at tage udgangspunkt i, når de skal træffe beslutningen om igangsættelse.

I dag bliver mange fødende ikke informeret i en grad, der gør dem bevidste om at de har et valg og sætter dem i stand til at træffe det valg på et oplyst grundlag. Det mener vi skyldes både for lidt tid under jordemoderkonsultationerne og for store forskelle i den udøvede praksis omkring informering af de kommende forældre

Vi ønsker, at der bliver udviklet en praksis, der giver plads og tid til konkrete individuelle vurderinger og undersøgelser af indikationer for igangsættelse. Det gælder også for dem, som giver udtryk for

bekymringer og gener, som gør at de ønsker at drøfte muligheden for igangsættelse tidligere end 41+0. Det er vigtigt at forældrenes egne præferencer inddrages i dialogen om tilbud om igangsættelse og at det tydeliggøres hvad de alternative muligheder til igangsættelse indebærer.

For at optimal information og inddragelse i beslutningen om igangsættelse, kan lade sig gøre, mener vi, at der er behov for dels at ændre på organiseringen i svangreomsorgen og dels at der skal udarbejdes beslutningsstøtteværktøjer, som anvendes individuelt til de gravide/kommende forældre, der konkret skal træffe beslutning om igangsættelse.

I dag, er det kun et mindretal af fødende, der har mulighed for at blive tilknyttet "kendt jordemoderordning", og som dermed sikres kontinuitet undervejs i deres graviditets-, fødsels-, og efterfødselsforløb. Vi ved fra forskning<sup>1</sup>, at kendt og kontinuerlig jordemoderstøtte under graviditet og fødsel øger sandsynligheden for en spontant startende fødsel, nedsætter risikoen for for tidlig fødsel og nedsætter risikoen for at barnet dør i livmoderen inden fødslen og den første tid efter fødslen. Dertil har det en række positive effekter for den fødende i form af bedre fødselsoplevelse og færre indgreb.

Derfor er det vores anbefaling, at alle gravide tilbydes kendt jordemoderordning.

Derudover er det vores anbefaling, at beslutningsstøtteværktøjerne skal udarbejdes på en måde, som sikrer inddragelse forældrenes egne præferencer og ønsker samt at det er let tilgængeligt. Fx ved at:

- Skriftligt materiale suppleres med grafik/illustrationer/piktogrammer.
- Materialet udarbejdes på forskellige sprog.
- Materialet udgives i forskellige formater, som fx. tekst med grafik, video, interaktivt og podcast/lydoptagelse.

Det er desuden vigtigt, at forældrene præsenteres for materialet af en fagperson og har mulighed for at gå i dialog om indholdet med denne.

Vi anbefaler, at der inddrages brugerrepræsentanter i udviklingen og kvalitetssikring af beslutningsstøtteværktøjet.

## Opsummering

Succesfuld og familiecentreret implementering af anbefalingen forudsætter:

- Overordnet information om igangsættelse til den almindelige forældre- og fødselsforberedelse, som skal foregå i små hold
- Grundig information om igangsættelse og metoder samt fordele og ulemper ved individuel jordemoderkonsultation senere i graviditeten (graviditetsuge 39), hvor der er afsat tilstrækkeligt med tid. Vi vurderer at der er behov for gennemsnitligt 45 min.
- Udvikling af et beslutningsstøtteværktøj og informationsmateriale i flere formater
- Anvendelse af beslutningsstøtteværktøj, når valget om hvorvidt man ønsker at få fødslen sat i gang skal træffes

---

<sup>1</sup> <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>

- Tilførsel af ressourcer til fødeområdet, fx på baggrund af udarbejdet MTV
- Tilbud om kendt jordemoderordning til alle gravide

Familiecentreret opfølgning på implementering af anbefalingen forudsætter:

- At opfølgning og monitorering på anbefalingen omfatter registrering af:
  - intrauterin og perinatal mortalitet efter uge 41+0, fordelt på om den gravide er igangsæt 41+0-1 eller ej,
  - antal igangsættelser (efter 41+0) fordelt på årsag. Herunder hvor mange der tager imod tilbuddet om igangsættelse.
  - Afledte effekter, herunder:
    - antal kejsersnit,
    - antal epiduralbedøvelser og
    - fødselslængde.
  - Antal igangsættelser, som bliver udskudt fx på grund af travlhed.
  - Anvendte metoder til igangsættelse.
  - Indberetning af bivirkninger som følge af behandlingen og/eller indgreb
  - anvendelse af beslutningsstøtteværktøjet.

### Afsluttende refleksioner

Er en rutinemæssig igangsættelse af mere end en tredjedel af alle fødsler den rigtige fremgangsmåde?

Kan man med den viden og teknologi vi har til rådighed ikke opspore indikationer for hvem der bør sættes i gang mere målrettet?

Og kan en investering i tid og omsorg ikke være med til at redde måske endnu flere liv og sikre bedre fødsler?

Det mener vi er spørgsmål, der bør undersøges nærmere.

Med venlig hilsen

Mie Ryborg-Larsen  
Formand

