Dansk Selskab for Almen Medicin

Til Sundhedsstyrelsen

30. januar 2020

Dansk Selskab for Almen Medicins høringssvar vedrørende udkast til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen

DSAM takker for muligheden for at kommentere på ovenstående høringsudkast.

Generelt finder vi, at retningslinjerne er bygget overskueligt op med bokse med det mest relevante fremhævet. Det giver overblik og gør det muligt at bruge vejledningen som et opslagsværk.

Det drejer sig om en lang og grundig gennemarbejdning af retningslinjerne. Vi skønner dog ikke, at der, udover de omfattende forandringer omkring organiseringen af de forskellige tilbud til kvinderne, er lavet større ændringer af betydning.

Vi vil derfor i vores svar først koncentrere os om forslaget om prækonceptionel rådgivning og dernæst om bortfaldet af den af 3. graviditetsundersøgelse hos egen læge.

Ændringer i svangreomsorgen bør ses i en større sammenhæng og især mhp. en styrkelse af omsorgen for det ufødte barn. De foreslåede tiltag i form af prækonceptionel rådgivning og en overgang af sidste del af svangreomsorg fra almen praksis til jordemoderkontrol ses ikke entydigt som en styrkelse af omsorgen for de udsatte gravide mødre og deres børn. Generelle sundhedstilbud har det med at tilfalde dem, der har mindst behov.

Udfasningen fra almen praksis er en yderligere svækkelse af kontinuiteten i svangreomsorgen for sårbare gravide, og det skal sammenholdes med den svækkelse af omsorgen for sårbare gravide, der i øvrigt er sket de senere år.

Danmark ligger som nr. 30 dårligt i statistikken over børnedødelighed. Hvis dette tal skal forbedres, er det kontraproduktivt at fjerne ressourcer fra den nuværende svangreomsorg og flytte dem til en prækonceptionel rådgivning, der ikke har nogen sikker evidens.

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Prækonceptionel rådgivning

Giv mest til dem med størst behov – ikke alle

For DSAM er det afgørende, at de praktiserende lægers ressourcer bruges der, hvor de er bedst givet ud, og hvor de kan medvirke til at skabe en gevinst i form af signifikant bedret sundhedstilstand. Vi kan godt forestille os, at der er en gruppe kvinder, som vil have god gavn af en forebyggende samtale.

Til gengæld er tanken om, at tilbuddet skal gælde *alle* kvinder bekymrende, fordi alle erfaringer fra lignende uselekterede tilbud er, at det er de raske og ressourcestærke personer, der først og fremmest vil gøre brug af det. Man skal også være klar over, at praktiserende læger ikke indkalder patienter til forebyggende undersøgelser. Vi afventer, at folk selv henvender sig. Det vil give en skævhed i, hvem der får tilbuddet. Samtidig kan uselekterede tilbud til i forvejen raske føre til sygeliggørelse og på den måde have psykosociale konsekvenser for de kvinder, der tager imod tilbuddet. Noget som ellers er normalt (som fx en graviditet), kan blive unødigt medikaliseret og gjort til sygdom, og egne ressourcer kan sættes ud af kraft.

DSAM foreslår, at hvis ønsket er prækonceptuel rådgivning til *alle*, bør man lægge indsatsen i et andet regi end almen praksis, fx i kommunalt regi understøttet af en national generel forebyggende indsats på gruppeniveau. Ikke mindst anser DSAM, at rådgivning om livsstil bør foregå ved kommunale tilbud.

Herudover kunne man have et udvidet og behovsbestemt tilbud hos egen læge til en målrettet gruppe patienter, som har brug for lægens rådgivning. Personer i målgruppen for dette tilbud kunne være gravide, som gennem det kommunale tilbud er fundet at have behov for lægelig rådgivning, eller gravide, hvor lægen selv finder dette ekstra behov (som i dag, men med tiden sat af til det).

Aftalestof og forslag om behovsbestemte konsultationer

DSAM skal gøre opmærksom på, at det handler om aftalestof, når der indføres nye opgaver i almen praksis. Vi forventer, at dette i givet fald forhandles på plads med PLO.

DSAM anbefaler, at der aftales en mulighed for behovsbestemte konsultationer, hvor lægen og kvinden i fællesskab finder det relevant at drøfte en fremtidig graviditet. Det skal også være muligt for jordemødre og kommunale medarbejdere at henvise til konsultationerne, hvis man finder behov for en lægefaglig vurdering inden graviditet.

Evidensbaseret tilbud?

"Der er stigende evidens for, at en sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende indsats både inden den første graviditet og mellem graviditeter har en positiv effekt på mor og barns sundhed på kort og lang sigt og kan have det for de efterfølgende generationer (Beckmann et al, 2014, Temel et al, 2014, Hemsing et al, 2017, Stephenson et al, 2018). WHO anbefaler, at der tilbydes en systematisk prækonceptionel indsats (WHO 2013)."

For DSAM er det afgørende, at indførelse af nye tilbud i sundhedsvæsenet sker efter grundige overvejelser og på baggrund af evidens for, hvorvidt tilbuddet har en effekt. I anbefalingerne henvises til, at der er "*stigende evidens*", men der er dog ikke en nærmere gennemgang af denne evidens ift. kvalitet, styrke, overførbarhed til og

kompatibilitet med danske forhold. Ikke mindst er det problematisk, at anbefalingerne omkring prækonceptionel rådgivning ikke beskriver den nøjagtige tilrettelæggelse af sted, målgruppe, tidspunkt og indhold af rådgivningen, og derfor er svær at sammenligne med eksisterende forskning.

DSAM har derfor svært ved at se, hvordan man kan sige, at der er evidens for et prækonceptuelt tilbud, tilmed som noget, der kan foregå i forlængelse af andre konsultationer.

Hvem skal sætte dagsordenen i konsultationen?

DSAM savner en diskussion af, hvad det vil betyde, hvis lægen sætter en anden dagsorden ved konsultationen end den, som kvinden selv kommer med. Udgangspunktet for det meste af arbejdet i almen praksis er patientens dagsorden. Vi finder, at det kan være problematisk, at lægen skal tage initiativ til at bringe emnet om overvejelse af graviditet på banen, måske uden at vide hvor den unge kvinde er henne ift. parforhold, ønske om graviditet mv. Det kan meget nemt komme til at påvirke kvinden følelsesmæssigt negativt.

Alder

Alder for prækonceptionel rådgivning er anført til 18-30 år. Vi undrer os over, at tilbuddet slutter ved 30 år – især i en tid hvor mange kvinder får børn ved en betydelig højere alder. Det skønnes usandsynligt, at en rådgivning, der finder sted fx ved smearundersøgelse eller præventionsrådgivning tidligt i 20erne, vil have afgørende indflydelse for en kvinde, der bliver gravid 15 år senere.

Prækonceptionel rådgivning må ikke være "add-on"

DSAM's holdning er, at tilbuddet om prækonceptionel rådgivning ikke må gives som add-on i forbindelse med andre tilbud, fx præventionsrådgivning eller smearundersøgelser. Dette vil udvande begge tilbud. Samtidig er såvel præventionsrådgivning som smearundersøgelser i mange tilfælde uddelegeret til personale i klinikkerne og ikke en egnet situation for en samtale om en senere graviditet.

Behov for pilotundersøgelser og egentlig forskning

Selve beskrivelsen af den prækonceptionelle rådgivning i hverdagen er så usikker og mangelfuldt gennemarbejdet, at vi vil anbefale, at man afprøver forskellige modeller i pilotundersøgelser, før man ruller en enkelt model ud over hele landet. Samtidig er der, som nævnt i indledningen, stort behov for forskning, der belyser effekten af rådgivningen i en dansk hverdag.

Bortfald af tredje graviditetsundersøgelse hos egen læge

DSAM finder det meget uheldigt, at man ønsker at fjerne den tredje og sidste graviditetsundersøgelse hos egen læge. Set i erfaringsperspektiv er dette den vigtigste af svangreundersøgelserne. Det er især her, tættest på fødslen, hvor lægen opdager sygelige forhold i graviditeten, og det er her, at lægen, der kender den gravide og familien, har mulighed for at opdage, når der tilstøder psykosociale belastninger i den kommende familie (depression, stress, angst og dårligt fungerende parforhold).

Forebyggelsen af såvel de sjældne patologiske fund i graviditetens forløb som muligheden for at intervenere i sårbare og belastede familier er meget relevant at bibeholde i praksis. Dels fordi forebyggelsespotentialet er så stort, også set i et livsperspektiv (et reddet liv er mange leveår), dels fordi det netop er i almen praksis, at man har kendskab til familierne, fx i forhold til mentale problemstillinger og belastninger.

Som det er lagt op til i høringsudkastet, har egen læge ikke (rutinemæssigt) kontakt med den gravide fra 25. graviditetsuge og frem til barnet er 5 uger gammel. Det er i den tidsperiode, at de første tegn på fødselsdepression kan opstå. Det kræver god kontakt og tillid at opfange de første tegn på depression. Lægen har kendskabet til familien og erfaring med at spotte psykosociale belastningssymptomer.

Samtidig er det vigtigt, at praktiserende læger bevarer rutine i at vurdere gravide (jf. bemærkningen i afsnit 2.2.1 om '*øvelse gør mester*'), denne rutine er i risiko for at forsvinde, hvis praktiserende læger fremover kun skal se gravide til planlagte undersøgelser i graviditetsuge 6-10 og 25.

DSAM forslår, at svangrekontrollen i uge 32 bevares i almen praksis for alle gravide.

Såfremt forslaget om at lade 3. graviditetsundersøgelse udgå er stillet af ressourcemæssige hensyn, vil **DSAM i stedet anbefale** at man lader 2. graviditetsundersøgelse udgå, for at beholde den undersøgelse, der er så tæt på fødslen som mulig.

Med venlig hilsen

Anders Beich
Formand, DSAM