

## Sammanfattning av remiss- svar - förlossningsvård

Ett flertal specialitetsföreningar och intresseorganisationer har inbjudits att lämna synpunkter på det dokument som arbetsgrupperna i projektet tagit fram:

*Karolinska Institutet*  
*Svenska Barnmorskeförbundet*  
*Svensk förening för Anestesi och Intensivvård*  
*Svenska Barnläkarföreningen*  
*Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi*  
*Socialstyrelsen*  
*Landstingsförvaltningen – Vårdhygien Stockholms län*  
*Svenska Tvillingklubben*  
*Föräldraföreningen Kejsarsnittet*  
*Vi tidiga – född för tidigt*  
*Spädbarnsfonden*

Några av remissinstanserna har inkommit med synpunkter på materialet. En sammanfattning av svaren redovisas nedan.

### **Karolinska Institutet**

*Svar har lämnats av Kristina Gemzell Danielsson, Professor, MD, PhD, Division of Obstetrics and Gynecology, Department of Woman and Child Health, Karolinska Institutet*

*Nulägesbeskrivning:* KI menar att det i dagsläget inte rådet någon brist på förlossningsplatser. Överbelagda förlossningsavdelningar är framförallt en konsekvens av bristande organisation/platsbrist på BB och inom neonatalvården. Enligt remissvaret skulle man med en förbättrad organisation och ersättning kunna öka förlossningskapaciteten omgående.

*Valfrihet:* Karolinska Institutet konstaterar att det krävs en förhållandevis stor läkar- och barnmorskestab för att upprätthålla en god kompetens dygnet runt. KI uttrycker oro över att nyetableringar, utöver de sex befintliga förlossningsklinikerna, kan leda till en brist på kunniga och erfarna läkare och barnmorskor.

*Auktorisationskrav:* KI saknar information i rapporten om hur samarbete med infektionsklinik för infekterade kvinnor ska ske. Vidare anser man att även infektionskliniken borde finnas med bland de kliniker som omnämns som viktiga samarbetspartners.

Karolinska Institutet betonar att ingen förlossningsvård inom Stockholms läns landsting bör ske utan omedelbar tillgång till neonatalvård. Den förlossningsverksamhet som idag bedrivs utan denna nödvändiga förutsättning bör, enligt Kristina Gemzell Danielsson, ifrågasättas.

Vidare ska all ultraljudsverksamhet endast göras på medicinsk indikation. Att så sker bör kontrolleras via aktiv revision. Den vårdgivare som arbetar på annat sätt bör inte auktoriseras.

*Volym:* KI hänvisar till utländska studier när man menar att minst 3 000 förlossningar på år behövs för att upprätthålla tillräcklig volym för att kunna bedriva forskning och utbildning vid en förlossningsklinik.

*Utbildning, forskning och kvalitetskontroll:* KI anser att det bör vara ett krav att privata aktörer skapar utbildningsplatser för läkare, barnmorskor och andra personer under utbildning utan extra kostnad. Om det inte görs bör ersättningen sänkas omedelbart.

Vidare vill Karolinska Institutet se ett krav på rapportering av vital statistik till gemensamma databaser. Om verksamhetens kvalitet sjunker bör auktoriseringen dras tillbaka. Kvaliteten när det gäller de medicinska resultaten bör, enligt KI, kontrolleras med återkommande revisioner.

### **Karolinska Institutet – Barnmorskeutbildningen**

*Svar har lämnats av Anna Hjelmstedt, RNM, PhD, Head of Division, Division of Reproductive and Perinatal Health, Department of Woman and Child Health, Karolinska Institutet*

Lärare vid barnmorskeutbildningen på Karolinska Institutet anser att utredningens höga krav på medicinsk utrustning och kompetens omöjliggör nyetablering av kliniker. Samtidigt pekar man på utvecklingen i andra västländer där nyetablerade kliniker varit vårdformer för kvinnor som vill undvika den högteknologiska vården. Det handlar då om vårdformer för kvinnor med låg medicinsk risk, dvs. en selekterad patientgrupp. En förutsättning för den medicinska säkerheten är då att kliniken ligger nära en ordinarie förlossningsklinik med alla resurser, t.ex. inom sjukhusområdet.

Lärare vid barnmorskeutbildningen saknar vidare krav i regelboken på att undervisningsmaterial skall finnas för såväl personal som studenter att öva och upprätthålla kompetensen.

Remissvaret tar även upp stödet till kvinnan under förlossningen. Det finns, enligt Anna Hjelmstedt, en stark evidens för att kontinuerligt stöd förbättrar förlossningsupplevelsen. Barnmorskan bör om möjligt handha endast en kvinna i aktivt värkarbete för att kunna utöva ett kontinuerligt stöd. Ett professionellt stöd under förlossningen kräver utbildning och erfarenhet. Barnmorskeutbildningen på Karolinska Institutet anser inte att detta ansvar bör vila på undersköterskor och efterfrågar ytterligare forskning i ämnet.

Representanter för barnmorskeutbildningen på Karolinska Institutet anser att utredningen tar för lite hänsyn till brukarperspektivet och de existerande heltäckande studier om kvinnors inställning till mödra- och förlossningsvården som finns. Struktur och organisation för kvinnor som föredrar annan form av vård, t.ex. att föda hemma eller på ABC-klinik, saknas i rapporten. I remissvaret framkommer att man gärna skulle ha sett en större analys av eftervården, det område som barnaföderskor är minst nöjda med.

#### **Svenska Barnmorskeförbundet**

*Svar har lämnats av Ingela Wiklund, ordförande i Svenska Barnmorskeförbundet*

Svenska Barnmorskeförbundet stöder förlossningsprojektets syfte att införa *mer valfrihet* för kvinnan avseende mödrahälsovård och förlossningsvård. Man konstaterar att utredningen kommer att innebära att Stockholms landsting inte kan erbjuda alternativa vårdmodeller, dvs. möjlighet för enskilda kliniker att bedriva ABC-vård eller vård fokuserad på s.k. "lågriskgravida". Valfriheten begränsas enligt nuvarande förslag till valfrihet enbart mellan olika geografiskt belägna förlossningskliniker.

Svenska Barnmorskeförbundet anser att förslaget till regelbok genomsyras av ett "högrisktänkande" och en teknologisering av förlossningsvården som omfattar inte enbart de kvinnor som är i behov av ökad övervakning under förlossning utan även den stora majoritet som har en normal graviditet och senare även en normal förlossning. Ett tydligt exempel är att man i förslag till regelbok framför att alla kliniker, vad gäller teknisk utrustning, ska ha ett centralt övervakningssystem. Enligt remissvaret finns ingen evidens för att centrala övervakningssystem skulle minska morbiditet eller mortalitet hos nyfödda, varken då det gäller lågriskgravida eller högriskgravida.

I föreliggande förslag skall förlösande enheter ta emot kvinnor och barn som skrivits ut inom 72 timmar efter förlossning för uppföljning post partum. Denna grupp utgörs, enligt SBF, av en stor majoritet av alla som föder barn i länet. För att minska antalet onödiga sjukhusbesök föreslår SBF att man i högre grad lägger återbesöken inom öppenvården.

Svenska Barnmorskeförbundet stöder förslaget att alla förlossningsenheter ska delta i forskning, utveckling och undervisning och understryker vikten av att FoU-medel fördelas rättvist mellan alla som deltar i arbetet oavsett om de är offentligt eller privat drivna.

#### **Svensk förening för Anestesi och Intensivvård**

*Svar har lämnats av Susanne Ledin Eriksson, Michael Rådström, Anne Kierkegaard, Anette Hein, Birgitta Birgisdottir samt Ove Karlsson, samtliga från SFAI:s delförening för obstetrisk anestesi och intensivvård*

SFAI anser att det på svenska sjukhus där förlossningsverksamhet bedrivs, skall finnas en specialistkompetent anestesilog med särskilda kunskaper i obstetrisk anestesi och intensivvård.

SFAI betonar vikten av att det i direkt anslutning till förlossningsavdelningen – helst på samma våningsplan – finns en fullt utrustad operationssal. Särskilt poängteras behov av operationsbord som tolererar vikt över 200 kg.

SFAI saknar en beskrivning av resurser för uppvakningsvård i rapporten. Vidare anser SFAI att det är viktigt att intensivvård finns omedelbart tillgänglig utan behov av extern transport.

SFAI stöder kravet på specialist i barnmedicin/neonatologi dygnet runt vid varje enhet som bedriver förlossningsvård. De motsätter sig skrivelsen att en specialistkompetent anestesilog kan ersätta barnläkare vid omhändertagande av det svårt sjuka nyfödda barnet. Specialistkompetent anestesilog i jourledet kan, enligt SFAI, inte förväntas inneha kompetens motsvarande den barnmedicinska kompetens som krävs.

SFAI anser att interventionell radiologi bör finnas tillgänglig med möjligheter till embolisering vid stor obstetrisk blödning.

### **Svenska Barnläkarföreningen**

*Svar har lämnats av Margareta Blennow, ordförande i Svenska Barnläkarföreningen samt Katarina Hanséus, verksamhetschef, barn- och ungdomsjukvård, kirurgi och intensivvård, Universitetssjukhuset i Lund*

*Ultraljudsundersökningar:* Mot bakgrund av den mängd faktorer som kan påverka antalet ultraljudsundersökningar per gravid inom ett geografiskt område, inte minst tillgång till expertis avseende missbildningar, föreslår Svenska Barnläkarföreningen en noggrannare analys av behovet för att optimera underlaget för eventuell auktorisation.

*Neonatala transporter:* Det är angeläget att *inte* öka behovet av akuta transporter av nyfödda inom SLL.

*Samlokalisering förlossningsavdelning/neonatalavdelning:* Mot bakgrund av att 11 procent av nyfödda har behov av neonatalvård och cirka 25 procent har behov av akut barnläkarinsats i samband med förlossning och hos nyfödda avråder Svenska Barnläkarföreningen från att nya förlossningskliniker som inte är samlokaliserade med neonatalavdelning inrättas.

### **Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi**

*Svar har lämnats av Charlotta Grunewald, ordförande i Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi*

SFOG vänder sig mot konceptet att skapa separata förlossningsenheter utan koppling till övrig gynekologisk verksamhet. Man understryker vikten av en sammanhållen specialitet i obstetrik och gynekologi. Kvinnosjukvården idag i Sverige förutsätter, enligt SFOG, en integrerad verksamhet av graviditet och förlossningar (obstetrik) och kvinnosjukdomar (gynekologi). Främsta skälet till en sammanhållen specialitet/verksamhet är att det behövs en samlad kompetens för att kunna upprätthålla en hög patientsäkerhet.

SFOG anser att man bör undvika att dela upp förlossningsvården i låta/komplicerade förlossningar till geografiskt skilda enheter vid nyetablering i befolkningstäta områden.

Enligt SFOG visar tillgänglig kunskap att det är svårt att förutse allvarliga komplikationer i samband med förlossning. Beslutsprocessen om överflyttning, transporter mellan olika enheter/sjukhus och tidsfördröjning innebär alltid ett risktagande och bör, enligt SFOG, undvikas. För att slippa onödiga transporter, krävs omedelbar närhet till såväl specialistläkarkompetens som neonatal- och intensivvårdsresurser.

SFOG är positiv till en sammanhållen vårdkedja mödrahälsovård-förlossning-eftervård. En sammanhållen vårdkedja ger möjlighet till både utbyte av kunskap och tjänster mellan förlossningsenhet och mödrahälsovård och gemensam policy för omvårdnad och medicinsk behandling. Denna kontinuitet gynnar, enligt SFOG, patienten och medverkar till att man undviker onödiga extrabesök. Förslaget att patienten väljer MVC, som i sin tur är knuten till en bestämd förlossningsenhet, ser SFOG som positivt. De anser dock att man förlorar syftet med vårdkedjan om varje MVC har avtal med för många förlossningsenheter. Antalet förlossningsenheter bör därför vara begränsat.

För att respektive förlossningsenhet ska kunna leva upp till kravet om att alltid ta emot den födande kvinnan, med vilken man avtalat födelseplats, förutsätter SFOG att mer resurser tilldelas förlossningsvården som kompensation för den överkapacitet som kommer att behövas.

### **Föräldraföreningen Kejsarsnitt**

*Svar har lämnats av Christine Matsson, ordförande i föräldraföreningen Kejsarsnittet*

Föräldraföreningen Kejsarsnittet ställer sig positiva till fler privata aktörer inom förlossningsvården. Man betonar samtidigt vikten av att all medicinsk kompetens finns på alla förlossningssjukhus.

Föräldraföreningen Kejsarsnittet efterfrågar möjligheten till fler eftervårdsbesök för snittade mammor samt en ökad förståelse hos vårdpersonalen för snittade mammors specifika problem. Man betonar även vikten av ökad forskning kring kejsarsnitt.

### **Socialstyrelsen**

*Svar har lämnats av Harriet Hillström, byrådirektör på Regionala tillsynsenheten i Stockholm*

Socialstyrelsen konstaterar att varje landsting enligt 3 § HSL ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Hälso- och sjukvården ska enligt 2 a § HSL bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård.

Socialstyrelsen förklarar vidare att de har tillsyn över hälso- och sjukvården samt dess personal. Tillsynen syftar främst till att bevaka att vårdgivarna bedriver sin verksamhet i enlighet med den lagstiftning som gäller samt att medborgarna, vid behov, ska ha tillgång till en hälso- och sjukvård av god kvalitet meddelad med säkerhet för patienten.

Socialstyrelsen har ingen synpunkt på eventuell auktorisation av förlossningsvården i Stockholms län så länge den inte äventyrar patientsäkerheten.

### **Avdelningen för smittskydd och vårdhygien, Landstingsstyrelsens förvaltning**

*Svar har lämnats av Ann Tammelin, överläkare vid avdelningen för smittskydd och vårdhygien, Landstingsstyrelsens förvaltning, Stockholms läns landsting*

Den övergripande vårdhygieniska synpunkten är att all vård oavsett utförare ska uppfylla kraven i Hälso- och sjukvårdslagen. Vården ska bedrivas så att vårdrelaterade infektioner i största möjliga utsträckning förebyggs. Förlossningsklinikens rutiner måste vara sådana att spridning av smitta varken sker från kända bärare av vissa smittämnen eller från andra patienter.

Avdelning för smittskydd och vårdhygien anser vidare att varje förlossningsklinik i samtliga skeden av förlossningen ska kunna ta hand om kvinnor som är kända bärare av t.ex. MRSA, VRE, ESBL, Hepatit B och Hepatit C, och vårda dessa utifrån i SSL gällande styrdokument, utan att smitta sprids till andra patienter eller till vårdpersonal.

I remissvar framkommer även att förlossningsvård är förknippad med vissa specifika riskfaktorer ur vårdhygienisk synpunkt. På förlossnings- och eftervårdsavdelningar kan *smittspridning* ske mellan alla de personer som finns på avdelningen – nyförlösta och ännu icke förlösta kvinnor, nyfödda barn och medföljande närstående samt vårdpersonal av alla kategorier. Riskerna för *infektion* är också flera.

Vid planering av förlossningsklinikens verksamhet – arbetets organisation, lokalernas utformning och valet av utrustning – måste samtliga riskfaktorer ha beaktats. Denna planering bör, enligt Ann Tammelin, finnas dokumenterad och ingå i det underlag som ligger till grund för auktorisering av en förlossningsklinik. En utvärdering av förlossningsklinikens vårdhygieniska standard bör därefter ske kontinuerligt.

Brist på närhet till högspecialiserad vård för mor och barn kan enligt remiss-svar leda till högre antibiotikaförbrukning på förlossnings- och eftervårds-avdelning genom att antibiotika oftare förskrivs ”för säkerhets skull”, vilket i sin tur leder till en oönskad selektion av resistenta bakterier. Det är därför, enligt avdelningen för smittskydd och vårdhygien, ett krav att förlossnings-klinikens antibiotikaförskrivning redovisas avseende DDD (definierad dygnsdos) och preparatval.

Ann Tammelin menar slutligen att flyttning av patienter mellan förloss-nings- och eftervårdsavdelning ökar risken för smittspridning till och från patienten genom att hon kommer i kontakt med fler personer bland persona-len. Lokalernas utformning och arbetets organisation måste vara sådant att antalet förflyttningar av patienter mellan förlossnings- och eftervårdsavdel-ning och till andra förlossningskliniker minimeras.