



REFERAT

- Emne** 8. arbejdsgruppemøde for nationale kliniske anbefalinger for igangsættelse af fødsler
- Mødedato** Tirsdag d. 21. september 2021 kl. 10-15
- Sted** Auditoriet, Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 57,
2300 København S
- Deltagere** Eva Rydahl, Jordemoderforeningen
Nina Olsén Nathan, Jordemoderforeningen
Anne-Mette Schroll, Jordemoderforeningen
Lone Hvidman, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
Lars H Pedersen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
Lise Lotte Torvin Andersen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
Lærke Jønck, Forældre og Fødsel
Peter Ehlert Nielsen, Dansk Pædiatrisk Selskab
Birgitte Halkjær Storgaard, Forældre og Fødsel (video)
- Sekretariatet i Sundhedsstyrelsen**
Maria Herlev Ahrenfeldt, Formand
Marie-Louise Kirkegaard Mikkelsen, Projektleder
Jeppe Schroll, Fagkonsulent
Jeanett Friis Rohde, Metodekonsulent
- Herudover deltager**
Simon Tarp, Sundhedsstyrelsen
- Afbud** Morten Breindahl, Dansk Pædiatrisk Selskab

18. oktober 2021
Sagsnr.05-0000-61
Reference mkmk
E nkrsekretariat@sst.dk

8. møde i arbejdsgruppen

Punkt 1. Godkendelse af dagsorden og referat fra sidste møde

Maria Herlev Ahrenfeldt bød velkommen til mødet. Dagsorden og referat fra sidste møde blev godkendt. Det blev oplyst, at formålet med mødet var at gennemgå den kvalitative evidens og drøfte formuleringer i nøgleinformationer, rationale og selve anbefaling med støttetekst.

Sekretariatet for Nationale
Kliniske Retningslinjer

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

T +45 72 22 74 00
www.sst.dk

Det blev oplyst, at det ikke er muligt at adressere alle kommentarer, der er kommet til det udsendte NKA-udkast, men at sekretariatet har udvalgt nogle, som vi mener der skal drøftes. Nogle ting er blevet rettet til i Magic, mens andre ting vil blive rettet efter mødet. Der vil ikke være yderligere kommenteringsrunder i arbejdsgruppen inden høring, men der vil være kommentering igen efter høringen.

Punkt 2. Præsentation af metasyntese og CERQual vurderinger

Jeanett Friis Rohde præsenterede den færdige metasyntese og udkastet til CERQual vurderingen. Præsentationen er vedhæftet referatet.

Der var en kort drøftelse om det nyudgivne beslutningsværktøj fra Københavns Professionshøjskole. Sekretariatet informerede, at man fra Sundhedsstyrelsens side ikke kan bestemme, hvad andre udgiver uden for arbejdet med NKA'en, men at Sundhedsstyrelsen forventer, at vejledninger, instrukser, beslutningsværktøj, informationsmateriale m.m. bliver opdateret, hvis nye anbefalinger bliver udgivet fra Sundhedsstyrelsen.

Punkt 3. Udvalgte kommentarer fra skriftlig kommenteringsrunde

Ekstra outcomes

Sekretariatet orienterede om, at i den løbende dialog med Sundhedsministeriet omkring anbefalingen er man blevet bedt om at belyse nogle af de potentielle afledte effekter. Der er derfor blevet trukket data ud på nogle ekstra outcome fra studierne. Det drejer sig om indlæggelsestid, fødselslængde og indlæggelse på neonatal afdeling.

Sekretariatet foreslog at disse outcome også bliver inkluderet som vigtige outcome i anbefalingen, da det er outcome som også er relevante for både den gravide og barnet. Der er forskellige problematikker i studierne, men det vil blive adresseret i nedgraderingerne. Der var overordnet opbakning fra arbejdsgruppen om at inkludere de ekstra outcome, som dog ikke havde været sendt ud inden mødet.

Der blev spurgt, om de tidligere drøftede registerdanske tal skulle skrives ind i baggrunden om det forventede forløb for en igangsættelse. Sekretariatet påpegede, at man har svært ved at se, hvad informationen skal kunne bidrage med, når data vil komme fra en population som er væsentlig anderledes end den, der laves anbefaling for. Hvis der skal være tal i baggrunden bør det reflektere den valgte population, da man ellers er bekymret for, at de kan anvendes til at træffe beslutning om implementering på et misvisende grundlag.

Det blev desuden kommenteret, at det kunne være meget relevant at inkludere information om hvor ofte igangsættelser bliver udsat

i Danmark, men der er formodentlig ingen nationale tal, men enkelte afdelinger kan have lavet lokal opgørelse.

Udregning af absolutte tal

Sekretariatet præsenterede at baggrundsrisikoen anvendt i udkastet ikke var helt korrekt, da den var baseret på Lidegaard studiet, men rundet op til 1 ud af 1000. I virkeligheden skal den nok være 0,76 ud af 1000. Det oplystes, at det korrekte NNT nok nærmere var 1600. Præsentationen er vedhæftet referatet.

Da det havde vist sig at være mere besværligt end antaget at udregne de totale tal til danske forhold, blev det drøftet at slette omregningerne til danske forhold i rapporten. Det blev dog påpeget i arbejdsgruppen, at absolutte tal uanset vil blive efterlyst efterfølgende og ville skulle indgå i informationsmaterialet/beslutningsstøtteværktøjet.

Punkt 4. Drøftelse af nøgleinformationer, rationale, anbefaling og støttetekst

Nøgleinformationerne

Gavnlig og skadelige virkninger

Det er i kommenteringsrunden blevet påpeget, at de outcome, der står under 'opmærksomhedspunkter', passer bedre under skadelige. Det blev besluttet at flytte hyperstimulation og ruptur op til 'skadelige', men at de ikke vægter i afvejningen af gavnlige og skadelige effekter.

I forhold til det øgede brug af epidural var der enighed om at det at få en epidural ikke i sig selv er en negativ ting, mens der ikke var enighed om, hvorvidt det er en skadelig virkning, at der ses en stigning. På den ene side kan et øget brug af epidural bedøvelse være et tegn på, at dem der bliver sat tidligere i gang har flere smerter, og denne antagelse var årsagen til at det blev inkluderet som outcome. På den anden side viser den kvalitative evidens at kvinderne ikke føler sig smertedækket, så et øget brug kan også være en god ting. Der var opbakning til at det flyttes til 'Andre overvejelser', hvor det konstateres, at der ses en stigning.

Patientpræferencer

Det blev drøftet, om de nye fund fra den kvalitative syntese ændrer på vurderingen af, at der er varierende præferencer. Den kvalitative syntese viser, at de gravide vægter barnets sikkerhed højere end hensynet til egne oplevelser. Det blev påpeget, at det er svært at vide hvordan 'betydelig variation', skal forstås, men at der nok vil være en ikke ubetydelig del kvinder som hellere vil afvente, men at det er svært at vide hvor mange. Det blev også nævnt, at den kvalitative evidens har fokus på kvinder som er blevet sat i gang, og man ved dermed ikke hvad præferencerne er for dem der takkede nej til at blive sat i gang.

Der var enighed om, at beholde at der er variation i præferencer. Det blev besluttet, at rykke rundt i afsnittet, så syntesen bliver beskrevet først og derefter klinisk erfaring således at læseren kan forstå, hvornår der er tale om evidens, og hvor det drejer sig om klinisk erfaring.

Rationale

Der var enighed om, at slette sidste sætning '... , da det kan have stor indflydelse på hver enkelt gravid og familien'. I samme sætning står der at den gravide bør oplyses i god tid. Her var der enighed om, at der kan henvises til de nye anbefalinger fra svangreomsorgen, hvor der i kapitlet om overbårenhed står: *Sundhedsstyrelsen anbefaler, at ved konsultation hos jordemoder i slutningen af graviditeten (senest i uge 39+) indgår en samtale om de tilbud, kvinden/parret vil blive præsenteret for ved graviditet ud over 40 uger.*

Der var en drøftelse om subgruppeanalyserne i forhold til om resultaterne skal være mere tydelige i anbefalingen. Sekretariatet vil overveje, om det i nøgleinformationerne kan tilføjes at subgruppeanalyserne ikke har givet anledning til at ændre anbefalingen.

Det blev foreslået, at lave en samlet beskrivelse af de fire neonatal outcome: Apgar score, hypotermi, arteriel navlesnors pH under 7 og neonatal indlæggelse, da det er disse fire outcome som samlet indikerer igangsættelsens indvirkning på barnet.

Anbefalingens ordlyd og støttetekst

Nogle i arbejdsgruppen ønskede at information om fordele og ulemper fremgik i anbefalingens ordlyd, og var nervøse for at anbefalingen ville blive taget ud af kontekst. Sekretariatet forsikrede om, at man fra Sundhedsstyrelsen altid vil fremlægge anbefaling og støttetekst samlet.

Nogle i arbejdsgruppen mente, at der kun var evidens for at igangsættelse 41+0 er bedre end senere, men ikke, at der var nok evidens til sige at igangsættelse ved 41+0 er bedre end nuværende praksis. Sekretariatet oplyste, at det ikke vil være muligt at anbefale nuværende praksis, da der ikke findes evidens, der belyser det tidspunkt.

Det blev påpeget, at ordlyden i anbefalingen ikke er færdigdiskuteret, og at arbejdsgruppen ikke er enig i selve formuleringen. Overordnet var der dog enighed om styrke og retning. Det blev foreslået, at anbefalingen af igangsættelse kunne ligge inden for en periode fra uge 41+0 i lighed med den svenske anbefaling.

Det blev foreslået, at der tilføjes, at man er bevidst om, at det vil være mange der skal sættes i gang, for at undgå intrauterin fosterdød for få.

Punkt 5. Drøftelse af manglende afsnit

Patientcases

Der var enighed om, at der ikke skrives patientcases.

Punkt 6. Den videre proces og næste møde

Der er planlagt høring i uge 44. Udkastet kommer ikke til en generel kommentering igen inden høringen, men det kan være der vil være enkelte afsnit som sendes ud.

Punkt 7. Eventuelt

Punktet blev ikke nået.