



Helsedirektoratet

Deres ref.:

Vår ref.: 17/5688

Dato: 17.01.2018

Invitasjon til høring om nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen

Det vises til direktoratets brev 13.10.2017.

Den norske legeforening slutter seg til forslaget til nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen.

Det er positivt at retningslinjen har færre anbefalinger. Den fremstår som ryddig og klar og med forbedret brukervennlighet.

Mandatet for retningslinjen er oppgitt å være en vurdering av kunnskapsgrunnlaget samt å redigere og utarbeide tekster og å tilpasse webformat. Det ville vært en fordel om fagmedisinske eksperter også hadde vært involvert i evaluering av kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene.

Legeforeningen har følgende bemerkninger:

Anbefalingene om koffeininntak burde vært bedre begrunnet med henvisning til kunnskapsoppsummeringer.

Argumentasjonen for å indusere et stort antall kvinner på indikasjon overtidig svangerskap kunne vært belyst og dokumentert bedre, blant annet med henvisning til studier fra Medisinsk fødselsregister i perioden 2002-2004.

Retningslinjen burde inneholde anbefalinger om tilrettelegging i arbeidslivet, spesielt for skift- og turnusarbeidere i helsevesen og industri.

Under oppfølging av alvorlig spiseforstyrrelser, er det et fordel at "bør" byttes ut med "skal" i avsnittet der det anbefales henvisning til spesialist.

I retningslinjen er "førstegangsfødende etter fylte 25 år" definert som en risikofaktor for svangerskapsdiabetes. Økt risiko utløser et tilbud om glukosebelastning. Legeforeningen

etterlyser kunnskapsgrunnlaget for definisjonen. Dersom alle nullipara over 25 får tilbud om glukosebelastning, innebærer det i realiteten en innføring av screening for svangerskapsdiabetes for denne gruppen og ikke en undersøkelse basert på klinisk risiko. Legeforeningen mener at kunnskapsgrunnlaget for definisjonen av risiko for svangerskapsdiabetes for førstegangsfødende over 25 år må utdypes. Alternativt må tilbudet omdefinieres til å være et screeningtilbud.

Retningslinjen har få eller ingen forslag til arbeidsdelingen mellom jordmor og fastlege i kommunehelsetjenesten. Følgende forhold burde vært omtalt:

Jordmortjenesten i kommunene har svært variabel dekning og ingen øyeblikkelig hjelp funksjon. Derfor er det viktig at fastlege også har kompetanse på normale svangerskap for å kunne vurdere patologiske funn.

Medisinsk ansvar og oppfølgingsansvar må avklares der det i retningslinjene anbefales tiltak som jordmødre ved kommunale helsestasjoner ofte ikke har verktøy eller kompetanse til å håndtere (f.eks laboratorieutredning, smittevernfarelige vurderinger, behov for utstedelse av resepter mm.)

Retningslinjen skisser at en del prøver skal tas i svangerskapsuke 9-12, mens neste kommunale svangerskapskontroll (jordmor/fastlege) ikke er før i uke 24. Dette tidsspennet medfører risiko for at nødvendig oppfølging ikke vil kunne skje tidsnok.

Fastlege og jordmor må ha gjensidig plikt til å sende hverandre epikrise og holde hverandre orientert om funn og prøvesvar og hva som er planen for oppfølging av patologiske funn.

Dersom første konsultasjon, som bør være i uke 6-8, er hos jordmor, må jordmor sørge for henvisning til fastlege for neste kontroll.

Med tanke på å redusere andelen sykemeldte i svangerskapet, må fastlegen ha tidlig kjennskap til den gravide og til forhold i svangerskapet som kan ha betydning for arbeidsevnen.

Det anbefales i retningslinjen at den gravide skal få time til første samtale i svangerskapet innen en uke. Samtidig legger retningslinjen opp til at denne første samtalen er svært omfattende og helst bør foregå med tolk ved behov. Kvinner i tidlig svangerskap er i utgangspunktet friske kvinner og derfor kan generelle krav til ventetid i forskrift for fastlegeordningen gjelde for gravide på lik linje med øvrige pasientgrupper.

Med hilsen
Den norske legeforenings sentralstyre,
etter fullmakt

Geir Riise

Bjarne Riis Strøm

generalsekretær

Fagdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk