



Sundhedsstyrelsen

31-01-2022

EMN-2020-00980

1517749

Danske Regioners hørings svar om udkast til National klinisk anbefaling for igangsættelse af fødsler

Sammen med Jordemoderforeningen og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) opfordrede Danske Regioner i januar 2020 Sundhedsstyrelsen til at udarbejde en klinisk retningslinje for igangsættelse af fødsler, idet den eksisterende litteratur på området bliver tolket forskelligt. Sundhedsstyrelsen har herefter udarbejdet et udkast til en national klinisk anbefaling, som blev sendt i høring den 2. december 2021.

Danske Regioner svarer på vegne af alle regioner.

Generelle bemærkninger

Danske Regioner har en række bemærkninger og opmærksomhedspunkter til anbefalingen. De handler først og fremmest om det evidensgrundlag, som anbefalingen hviler på, og om de udfordringer, som anbefalingen i sin foreliggende form vil medføre på fødeområdet i en situation med betydeligt pres på kapaciteten og rekrutteringsudfordringer.

Sundhedsstyrelsen forventer, at anbefalingen om igangsættelse i uge 41+0 vil resultere i ca. 5.500 ekstra igangsættelser om året, og at dette vil kunne reducere antallet af intrauterine dødsfald med 0,6 dødsfald per 1.000 igangsættelser sammenlignet med nuværende praksis (igangsættelse i uge 41+3-5). Det svarer til, at anbefalingen – ud fra de forudsætninger, der er indbygget i evidensgrundlaget – vil forebygge ca. 7 dødsfald om året i Danmark.

Anbefalingen er kategoriseret som en såkaldt "svag anbefaling". Det bør tages grundigt i betragtning, når man ser på det meget store antal ekstra igangsættelser, som anbefalingen vil medføre på et område, som i forvejen er stærkt presset på kapaciteten. Området er kendetegnet ved stor travlhed, særligt på

grund af stigningen i antallet af fødsler og kontakter i de enkelte forløb. Samtidig oplever flere fødeafdelinger udfordringer med at rekruttere personale. Det bør også tages i betragtning, at igangsættelser af i øvrigt raske gravide er et omfattende indgreb og i sig selv indebærer mulige risici.

Det vil også være en udfordring i klinikken at skulle arbejde på grundlag af en svag anbefaling om "at overveje igangsættelse". Der vil her være meget begrænset beslutningsstøtte at hente for personalet.

Hvis terminologien "overvej" fastholdes i en endelig version af anbefalingen, er det afgørende, at der samtidig udvikles et beslutningsstøtteværktøj, som kan bruges af de jordemødre og læger, der er i dialog med de gravide og parrene om deres valg om igangsættelsestidspunkt, og som også kan understøtte ensartet praksis på tværs af landet.

Valg af National Klinisk Anbefaling frem for National Klinisk Retningslinje

Spørgsmålet er, om det kunne have bidraget til en klarere faglig konsensus, hvis Sundhedsstyrelsen havde valgt at arbejde i formatet National klinisk retningslinje (NKR) fremfor National klinisk anbefaling (NKA). En NKR ville have været mere ressourcekrævende, men kunne have indeholdt flere relevante praksis-anbefalinger indenfor eksempelvis monitorering, valg af induktionsmetode og overvågning under igangsættelse alt efter metodevalg. Det fremhæves fx i anbefalingen, at der er variationer indenfor monitoreringspraksis på tværs af fødeafdelingerne. National faglig konsensus indenfor ovennævnte områder og en opfølgende monitorering af sådanne anbefalinger ville potentielt kunne løfte diagnostik- og behandlingskvaliteten og synliggøre behov for forskning.

Evidensgrundlaget

Danske Regioner kan være bekymret for, om anbefalingen er baseret på et sufficient evidensgrundlag. Anbefalingen bygger på studier, der har metodemæssige problemer, flere studier af ældre dato (nogle mere end 10 år gamle) samt studier fra lande med populationer, der ikke direkte kan sammenlignes med danske gravide kvinder. I flere af studierne er der endvidere usikkerhed omkring omfanget af inkluderede risikograviditeter, og resultaterne kan derfor ikke problemfrit bruges som grundlag for at gribe ind i lavrisikograviditeter.

Det undrer desuden Danske Regioner, at Sundhedsstyrelsen i formuleringen af de to PICO-spørgsmål har valgt at sammenligne igangsættelse i uge 41+0 med afventende forløb. I Danmark er der aktuelt praksis for at igangsætte fødslen hos gravide kvinder med ukompliceret graviditet i uge 41+3-5. Styrelsen sammenligner derved med en praksis, som ikke svarer til den nuværende.

Flere af de inkluderede studier afspejler desuden ikke dansk praksis. Der er fx inkluderet studier med afventen indtil uge 44+0, hvor monitoreringspraksis ikke

er lig den danske. Ligeledes er der inkluderet studier uden øvre grænse for afventen. Kun tre studier sammenligner igangsættelse 41+0 med igangsættelse 42+0: et tyrkisk, et hollandsk og et svensk studie. Sidstnævnte er SWEPIS-studiet, som Sundhedsstyrelsen og arbejdsgruppen vurderer, har metodemæssige problemer. Styrelsen har derfor foretaget en metaanalyse uden SWEPIS-studiet. Men de førnævnte studier, som ikke er overførbare til dansk praksis, er fortsat inkluderet. Hvis Styrelsen udelukkende havde lavet en metaanalyse med de to nutidige, overførbare studier ville odds-ratio vise en manglende evidens for en effekt på intrauterine dødsfald.

Arbejdsgruppen har fremlagt danske tal for intrauterin død efter uge 41+0 i perioden 2012-2018. Der er imidlertid ikke redegjort for, hvorvidt disse dødsfald er forekommet indenfor anbefalingens målgruppe. Derfor er det uklart, om overvægten af intrauterine dødsfald reelt forekommer blandt raske gravide eller i stedet blandt gravide med komplicerende faktorer. Det fremgår heller ikke, om nogle af de nævnte tilfælde af intrauterin død er forekommet under en igangsættelse. En analyse af de intrauterine dødsfald kan potentielt belyse, om det er muligt at målrette tilbuddet til specifikke grupper af gravide i uge 41+0 fremfor til samtlige raske gravide.

Bivirkninger

Igangsættelser er ikke uden bivirkninger, hvilket bør fremgå tydeligere af anbefalingen. Bivirkninger er fx ikke nævnt under punktet "Centrale budskaber".

Der står i anbefalingen, at "igangsættelse sandsynligvis øger risikoen for infektioner og muligvis forekomsten af hyperstimulation". Hyperstimulation er imidlertid anført som en almindelig bivirkning ved indtagelse af Angusta (misoprostol), som er under skærpet indberetningspligt grundet mistanke om underreportering af bivirkninger. Både hyperstimulation og infektion er alvorlige bivirkninger, der vil blive påført mange flere raske kvinder, heriblandt flere kvinder, som risikerer at befinde sig i eget hjem med hyperstimulation uden mulighed for hurtig intervention.

Post partum blødning (blødning over 500 ml efter vaginal fødsel) samt grønt fostervand er ligeledes fremhævet som meget almindelige bivirkninger til Angusta (over 10 procent). Det er ikke afspejlet i anbefalingen. I DSOG's anbefaling for post partum blødning er igangsættelse dog nævnt som en risikofaktor. Inden en evt. implementering af anbefalingen bør denne uoverensstemmelse afklares, og de gravide kvinder bør informeres tilsvarende.

Der står desuden i anbefalingen, at der i nogen grad ses en øget forekomst af epidural bedøvelse ved igangsættelse i uge 41+0, og at det kan skyldes, at kvinderne har flere smerter, eller at de oftere bliver spurgt, om de vil have en epidural bedøvelse. Styrelsen skriver i forlængelse heraf: "Det er derfor svært at

konkludere, om et øget brug af epidural bedøvelse nødvendigvis er dårligt". Det er ubestrideligt, at epidural bedøvelse har en betragtelig bivirkningsprofil og gennemgang af disse risici bør derfor også fremgå af anbefalingen og indgå i dialogen med den gravide kvinde vedrørende fordele og ulemper.

I anbefalingen står også, at 75 procent af de gravide kvinder uden tidligere kejsersnit og efter uge 37 har født 48 timer efter den første tablet Misoprostol. Det er ikke uvæsentligt at 25 procent har et forløb over 48 timer, hvilket bør præsenteres for de gravide kvinder.

Data for kejsersnit som følge af mislykket igangsættelse hos lavrisikogravide bør også tilføjes. Det er ikke tilstrækkeligt at skrive "i nogle få tilfælde". I praksis ser fødeafdelingerne en meget højere kejsersnitsfrekvens blandt kvinder, hvor fødslen er sat i gang, sammenlignet med kvinder, hvor fødslen starter spontant.

Det kan undre, at ingen af de inkluderede studier belyser fødslens varighed, og at omfanget af ambulante besøg slet ikke er nævnt. Ligeledes undrer det, at Sundhedsstyrelsen eller arbejdsgruppen ikke benytter data fra danske fødesteder. Til en sammenligning er arbejdsgruppens kliniske erfaring og fornemmelser beskrevet i afsnittet om patientpræferencer.

Det er i øvrigt positivt, at de gravide kvinders perspektiv er belyst ved en række kvalitative studier, og at der i anbefalingen bliver lagt vægt på, at beslutningen om igangsættelse skal foretages på et informeret grundlag.

Danske Regioner påpeger herudover betydningen af, at anbefalingen ikke inkluderer gravide kvinder med tidligere kejsersnit. Denne gruppe er væsentlig, både i forhold til antal og risici. Der er fx større risiko for akut kejsersnit og uterusruptur hos kvinder med tidligere kejsersnit. Disse kvinder kan blive sat i et dilemma, da de formodentlig vil være utrygge ved gå længere i deres graviditet end andre kvinder, samtidig med at de skal forholde sig til risikoen for intrauterin fosterdød i forhold til risikoen for akut kejsersnit og uterusruptur. Det kan komme til at betyde, at flere kvinder med tidligere kejsersnit kommer til at ønske et planlagt kejsersnit, fordi den anden beslutning er for kompleks.

Organisatoriske forhold

Sundhedsstyrelsen forventer, at anbefalingen vil medføre en stigning på 5.500 igangsættelser til i alt 11.500 igangsættelser om året blandt raske gravide kvinder. Dette antal er dog baseret på en række antagelser, bl.a. at 20 procent af de gravide vil takke nej til tilbuddet. Ifølge indmeldinger fra regionerne peger klinisk erfaring imidlertid på, at flere end 80 procent af de gravide vil tage imod tilbuddet, hvis det er anbefalingen. Den reelle stigning i antallet af igangsættelser vil derfor være større end antaget.

En mere end fordobling i antallet af igangsættelser vil medføre en meget mærkbar stigning i arbejdsmængden på fødeafdelingerne, som vil kræve en væsentlig omlægning af afdelingernes organisering og arbejdstilrettelæggelse.

Igangsatte fødsler er planlagte aktiviteter ind i et akut speciale, hvor aktiviteten ikke kommer jævnt, men med store udsving og spidsbelastninger hen over alle ugens dage. Derfor er det nødvendigt både at se på organisering og kapacitet til de øgede ambulante og planlagte aktiviteter i forhold til kontrol, information og overvågning inden igangsættelse samt på det akutte beredskab i føde- og svangreafsnittene, hvor der vil komme flere og længere fødselsforløb.

Mange fødeafdelinger er i dag udfordret af en stigning i antallet af fødsler og kontakter, samtidig med at de ikke kan rekruttere personale. Igangsættelser bliver allerede udskudt – også uden for lavrisikogruppen, ligesom fødende bliver omvisiteret grundet plads- og ressourcemangel. Regionerne vurderer, at anbefalingen potentielt kan medføre flere udsættelser, idet fødeafdelingerne i den daglige prioritering er nødt til at håndtere spontant indsættende fødsler forud for igangsættelser. Anbefalingen må desuden forventes at medføre, at færre gravide får mulighed for føde hjemme eller på en fødeklinik.

Flere regioner har desuden rejst en bekymring om, at en implementering af anbefalingen kan risikere at øge udfordringerne med fastholdelse og rekruttering af jordemødre, da den vil øge arbejdsbelastningen, og fordi der ikke er faglig enighed om anbefalingens indhold.

Etiske overvejelser

En eventuel implementering af anbefalingen vil få stor betydning for danske kvinders mulighed for at gennemføre en spontan fødsel, med de sundhedsfremmende effekter en sådan fødsel kan give. Hertil vil anbefalingen medføre behandling af en stor gruppe gravide, som ikke er i risiko. Begge dele kan synes i modstrid med Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for svangreomsorgen" (2021), hvori der står: "Svangreomsorgen for gravide og fødende bør forebygge sygeliggørelse og overbehandling og bør fremme den spontane, normale fødsel". I den sammenhæng kunne man også spørge, om andre indsatser i svangreomsorgen, der fx har til formål at nedbringe den sociale ulighed i sundhed, kunne have den samme eller større effekt på dødeligheden, jf. Sundhedsstyrelsens "Social ulighed i sundhed" (2020).

Med anbefalingen vil der formentligt vil være kvinder, der unødigt påbegynder deres fødsel præget af bekymring for barnets helbred. Dette er et etisk dilemma, da næsten alle disse kvinder vil føde et sundt og raskt barn, uanset hvilken behandling kvinden vælger.

Desuden kan personalet blive sat i en vanskelig situation i tilfælde, hvor de har anbefalet igangsættelse med udgangspunkt i argumentet om ”øget risiko for fosterdød”, for at de dernæst er nødsaget til at udskyde igangsættelsen grundet personale- og/eller pladsmangel.

Økonomiske konsekvenser

Danske Regioner forventer, at en eventuel implementering af anbefalingen vil få væsentlige økonomiske konsekvenser, som bl.a. vedrører:

- Behovet for individuelle samtaler forud igangsættelser
- Flere ambulante undersøgelser og henvendelser fra gravide i igangsættelsesforløb
- Øget tidsforbrug til lægefaglig vurdering af komplikationer
- Øget jordemodertidsforbrug ved indlæggelse i den latente fase
- Øget én-til-én jordemodertidsforbrug i selve fødselsforløbet (blandt førstegangsfødende er en igangsat fødsel ca. 6-10 timer længere end en spontan vaginal fødsel)
- Opnormering af andre personalegrupper, fx anæstesipersonale, SOSU-medhjælpere og sekretærer
- Flere medicinudgifter
- Flere epiduralblokader (sammenlignet med spontane fødsler)
- Flere CTG-undersøgelser og ultralydsscanninger
- Uddannelse af flere sonografer (allerede i mangel i dag)
- Flere kvadratmeter til ambulatorier og senge

Med tanke på det nuværende pres på kapaciteten og de eksisterende rekrutteringsudfordringer på fødeområdet, vil Danske Regioner opfordre til, at der bliver foretaget en samlet vurdering af de driftsmæssige og økonomiske konsekvenser, inden der tages endelig stilling til anbefalingen.

Desuden bør Sundhedsstyrelsen inden en eventuel implementering af anbefalingen udvikle et beslutningsstøtteværktøj til personalet på fødeområdet.

Det er vigtigt at understrege, at behovet for tilførsel af økonomi til implementering af anbefalingen ligger ud over de på finansloven afsatte midler til svangersomsorgen over de næste år og tilsvarende ud over de midler, der er afsat i økonomiaftalen for 2022 mellem regeringen og Danske Regioner. Danske Regioner imødeser en forhandling med staten herom.

Monitorering og forskning

Da antallet af igangsættelser vil stige betragteligt til omkring 11.500 igangsættelser om året, og grundet den ”svage anbefaling”, bakker Danske Regioner op om, at der – som foreslået i høringsudkastet – bliver monitoreret på proces- og effektindikatorer.

Det vil bl.a. være relevant at monitorere:

- Antal gravide, der takker nej til tilbud om igangsættelse 41+0
- Indlæggelsestid for igangsatte versus spontane fødselsforløb
- Indgrebsfrekvens ved igangsatte versus spontane fødselsforløb
- Blødningsmængde over 1000 ml efter igangsatte versus spontane fødselsforløb
- Indlæggelsesfrekvens samt indlæggelsestid efter fødsel
- Hyperstimulation efter igangsat fødselsforløb
- Neonatal morbiditet og mortalitet
- De fødendes oplevelse af igangsættelsesforløb

Danske Regioner foreslår, at det tydeliggøres i afsnittene om monitorering og opdatering, at Sundhedsstyrelsen er parat til at ændre anbefalingen, hvis det viser sig, at der tilkommer uønskede afledte effekter.

Herudover vil Danske Regioner foreslå, at anbefalingen også påpeger behovet for, at videre forskning på området bl.a. ser på forskellige risikogrupper i forhold til risiko for overbehandling.

Med venlig hilsen

Thomas I. Jensen

Bilag: Tekstnære bemærkninger

Sidetal	Bemærkning
1	I sætningen "Tidspunkt for igangsættelse efter fastsat terminsdato for gravide med ukomplicerede fødselsforløb" bør "ukomplicerede fødselsforløb" ændres til ukomplicerede graviditetsforløb".
4 + 10	"... Denne risiko kan reduceres betragteligt ved igangsættelse...". Der stilles spørgsmålstegn ved om evidensen bag anbefalingen kan bære denne formulering. Der er tale om promiller for den enkelte. Ordet "betragteligt" angiver meget mere end det. Det anbefales desuden, at styrelsen konsekvent anvender absolute tal, jf. styrelsens egen definition af "absolut effekt" i høringsudkastet (s. 42).
4 + 10	Sætningen "Gravide som ikke ønsker igangsættelse monitoreres med løbende tilbud om igangsættelse" foreslås mere neutralt formuleret, fx "Gravide, som ønsker at afvente spontant forløb, tilbydes løbende kontrolbesøg og informeres om muligheden for tilvalg af igangsættelse ved ønske herom".
4 + 10	Sætningen "Monitorering kan ikke forebygge alle tilfælde af intrauterin fosterdød" indikerer, at igangsættelse kan forebygge alle tilfælde af intrauterin fosterdød efter uge 41+0. Det bør understøttes af solid evidens eller formuleres anderledes.
4 + 10	Det bør endvidere præciseres i selve anbefalingen, at <i>både</i> kvinden, som ønsker at afvente spontant forløb kan tilbydes igangsættelse, såfremt hun ombestemmer sig, og omvendt, at kvinden som initialt ønsker igangsættelse, kan ændre mening og tilbydes kontrolbesøg, såfremt hun ombestemmer sig.
4+10	Sundhedsstyrelsen opfordres til at udarbejde patientinformation på baggrund af anbefalingen. Og det er her vigtigt at have for øje, at opfattelsen af risiko er individuel.
4	"Det anbefales, 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 terminsdato." (Afsnit 3, side 4 under REMARK sidste linje) Her foreslås, at det tilføjes "gerne ved brug af informationsmateriale, der lægger sig op at den information, der kommer til at være i beslutningsstøtteværktøjet".
8	I formålet står der, at anbefalingen skal medvirke til prioritering i sundhedsvæsenet. Dette er ikke tilfældet, jf. bemærkninger om prioritering i høringsvaret.

8	I afgrænsningen mangler medicinsk eller graviditetsbetinget sygdom.
10	Sætningen "De gravide, som ikke ønsker igangsættelse, bør monitoreres" foreslås ændret til fx "Gravide som ønsker at afvente spontant forløb tilbydes løbende kontroller". Ligeledes foreslås sætningen "... men kan være en mulighed for gravide, der hellere vil afvente spontan fødsel end igangsættelse..." ændret til fx "... men bør være et tilbud til gravide, som ønsker at afvente spontant forløb."
10	Det anføres, at arbejdsgruppen ikke har haft til formål at lave en anbefaling om fostermonitorering efter GA 41+0. Det kan undre, eftersom netop fostermonitoreringen er helt centralt for de kvinder, som vælger at afvente spontane veer. Det vil facilitere den lokale implementering og sikre et ensartet nationalt tilbud, hvis der var en klart formuleret strategi for fosterovervågning i denne nationale retningslinje.
10	I samtalen om igangsættelsesforløb kan kvinden tilbydes hinde-løsning inden igangsættelse (pp.med).
10	I dette afsnit beskrives jordemoderbesøg i uge 41+0 med CTG og vaginaleksploration, hvorefter kvinden kan tilbydes ambulantly igangsættelse med Misoprostol. Der er en bekymring omkring at igangsætte uden forudgående ultralydsscanning. Interventionen har til formål at reducere antallet af intrauterine dødsfald, som i forvejen er lavt. Således må en potentiel risiko for fosterasfyksi ved igangsættelse reduceres mest muligt. Derfor synes det hensigtsmæssigt at udføre ultralydsscanning allerede i gestationsalder 41+0 forud for eventuel igangsættelse.
11 (boks)	Boksen er svært at aflæse i forhold til gavnlige og skadelige virkninger vs. ikke fundet forskel. For det er vel en fordel, at der ikke findes en øget forekomst af operativ forløsning hvis ppmed. Amning er inkluderet. Det samme bør også gælde postpartum blødning og diverse operative forløsninger, apgar mv. Ammeetablering, postpartum blødning, diverse operative forløsninger mv. kunne med fordel stå i særskilte afsnit. Hertil kunne risikoen for præeklampsi fremgå i et særskilt afsnit. Flere af de inkluderede studier viser en mindre signifikant reduktion i risikoen for præeklampsi ved tidligere fødsel.
11 (boks)	Sætningen "Igangsættelse uge 41+0 reducerer antallet af intrauterine dødsfald med 0,60 dødsfald pr 1000 igangsættelser sammenlignet med nuværende praksis (igangsættelse 41+3-5)" er ikke i overensstemmelse med udsagnet på s. 13 i afsnittet "Andre overvejelser". Her fremgår det, at det ikke har været muligt at

	<p>belyse praksis for igangsættelse 41+3-5 hverken med tidligere eller senere igangsættelse. Sætningen s. 11 skal tilrettes i overensstemmelse hermed.</p> <p>Det fremgår desuden af høringsudkastet, at monitoreringspraksis rundt om i landet indtil nu har varieret. Det kan derfor ikke udelukkes, at nogle dødsfald er sket på grund af insufficient overvågning af de gravide.</p>
11	Afsnittet "Information om igangsættelse" bør indeholde et separat afsnit om evt. risici ved pmed, herunder at der ikke findes øget risiko for operativ forløsning, blødning etc.
12 (boks)	I boksen "Kvaliteten af evidensen" står følgende: "Tiltroen til de kritiske outcome intrauterin død og perinatal død er høj". På baggrund af argumenterne fremført i høringsvaret (afsnittet "Evidensgrundlag") bør tiltroen vurderes lav.
12 (boks)	I boksen "Patientpræferencer" synes det første afsnit ikke helt at afspejle konklusionen i underafsnittet "Kvalitativ evidens"
13	I afsnittet "Rationale" bør det tilføjes i 4. afsnit: "Øger ikke risikoen for blødning efter fødsel eller instrumentel fødsel/fødsel ved akut kejsersnit, men øger sandsynligvis..."
13	Fokuseret Spørgsmål: For populationen i PICO forudsættes at gestationsalder bestemmes ved tidlig ultralydsscanning. Der er inkluderet flere studier i analysen, hvor denne forudsætning ikke er opfyldt. I studierne af Henry (1969) og James (2001) fastsættes terminen ved sidste menstruation (SM). I studiet af Hannah (1992) fastsættes terminen enten ved SM (13% af deltagerne) eller ultralydsscanning op til 26 uger (87% af deltagerne), også i studiet af Martin (1989) fastsættes termin ved SM eller ultralydsscanning op til 26 uger.
14	"Der kan forebygges 0,60 intrauterin dødsfald pr 1000 igangsættelser ved uge 41+0". Dette udsagn som går igen gennem hele anbefalingen, bør korrigeres således, at tallet udelukkende omfatter raske, lavrisikogravide fra uge 41+0.
14	Intrauterin forsterdød (IUFD), 1. afsnit: "I Danmark...": Dette bør stå i et eget afsnit så man kan se betydningen i en dansk kontekst. Herved kan man reelt se konsekvenser, både ift. IUFD og antal pmed'er. Og det bør stå efter den generelle gennemgang.
15	Ruptur, 2. afsnit: Metanalysen af observationelle studier fandt ikke en øget risiko for ruptur, det skal der stå først og ikke sidst i afsnittet og ikke at "fandt en samlet risiko for..." så OR herefter. Resultater for vigtige outcomes bør listes i forhold til vigtighed og i føtale og maternelle, således at bl.a. kejsersnit og instrumentel forløsning står højere end risiko for infektion, epidural ol.

16	Intrauterin væksthæmning (IUGR): Vi forudsætter sunde og raske gravide, med normalvægtige fostre i dette tilbud. Sætningen bedes derfor omformuleret, idet varigheden af en pmed ikke medfører IUGR i sig selv og pmed.
18	Systematisk gennemgang af kvalitative evidens: Syntetiserede fund 1, 1. sætning: Det er første konklusion, hvorfor det også bør stå som den første konklusion i det overordnede afsnit på s. 13 under "Rationale".
30	Løbende monitorering i regi af RKKP er et godt forslag.
34	Outcomes: Operativ forløsning og sectio er meget vigtige parametre og vigtigere end de ovenstående "vigtige", hvorfor de bør nævnes tidligere.
40	Referencegruppe: Helle Høys fulde navn er Helle Høy Simonsen Hansen. Ann Vilhelmsen har desuden skiftet navn til Ann Højer Hoffmann.
41	De tre eksterne peer reviewers fagprofession bør nævnes i stil med medlemmerne af referencegruppen.