

ANBEFALINGER FOR SVANGREOMSORGEN

2013

ANBEFALINGER FOR
SVANGREOMSORGEN

2013

Anbefalinger for svangreomsorgen

© Sundhedsstyrelsen, 2013

2. udgave, 1. oplag, 2013

ISBN (trykt version): 978-87-7104-548-2

ISBN (elektronisk udgave): 978-87-7676-905-5

Fagredaktion:

Christine Brot, overlæge, ph.d.

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, IBCLC

Center for Forebyggelse

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

Postboks 1881

2300 København S

Forlagsredaktion:

Komiteen for Sundhedsoplysning

Grafisk tilrettelæggelse:

Peter Dyrvig Grafisk Design

Illustrationer:

Anjo Photo (side 42, 64, 106, 122, 134, 148, 155, 157, 162 og 183)

Heidi Maxmiling (forside og side 83, 87, 152 og 172)

Trykkeri:

Scanprint

Printed in Denmark 2013

Kan købes hos:

Komiteen for Sundhedsoplysning

Classensgade 71, 5. sal

2100 København Ø

Tlf.: 35 26 54 00

Fax: 35 43 02 13

Hjemmeside: www.sundhedsoplysning.dk

E-mail: kfs@sundkom.dk

Trykt med vegetabiliske farver uden opløsningsmidler på miljøgodkendt papir



Forord

Denne 2. udgave af *Anbefalinger for svangreomsorgen* indeholder et revideret kapitel 15 om barselperioden og derudover konsekvensrettelser som følge af de ændrede anbefalinger for opgavevaretagelsen barselsperioden samt lovændringer, siden anbefalingerne udkom første gang. Anbefalingerne trådte i kraft 1. oktober 2013.

Betegnelsen “svangreomsorg” anvendes som et samlet begreb for sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. De gennemgående principper i anbefalingerne er som hidtil, at graviditet, fødsel og barsel er naturlige livsprocesser, at sundhedsvæsenets indsats omfatter sundhedsfremme, forebyggelse og behandling, og at der ydes en differentieret indsats med udgangspunkt i den enkelte gravides ønsker og behov. Sundhedsvæsenets indsats i svangreomsorgen retter sig mod den gravide og hendes familie.

Indholdet er baseret på den tilgængelige viden på området. Litteraturen er kritisk gennemgået af en lang række eksperter og relevante selskaber, som har vurderet den “kliniske evidens”. Vi står således på solid grund på de fleste områder, og det fremgår af materialet på hvilke punkter, vi nøjes med at rådgive på basis af erfaring eller bedste kliniske skøn.

Målgruppen for anbefalingerne er sundhedsfaglige ledere, administratorer og beslutningstagere samt sundhedspersonale i regioner og kommuner på tværs af sektorer. Anbefalingerne er udarbejdet af en styregruppe og 6 arbejdsgrupper bestående af repræsentanter for en række institutioner og videnskabelige selskaber samt mange eksperter.

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke arbejdsgrupperne og de mange, der har bidraget til arbejdet og for de mange relevante kommentarer i forbindelse med høringen.

Jette Jul Bruun
Enhedschef

Christine Brot
Overlæge

Indhold

Indledning	8
1. Lovgrundlaget og øvrige bestemmelser	10
1.1 Sundhedsloven og kommunalreformen	10
1.2 Adgang til ydelser efter sundhedsloven	10
1.3 Patienters retsstilling	12
1.4 Tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger	13
1.5 Øvrige bestemmelser	14
2. Baggrund og principper for svangreomsorgen	16
2.1 Formål	16
2.2 Principper	16
2.3 Begrebsafklaring	17
2.4 Den generelle udvikling i Danmark	18
2.5 Perinatal, neonatal og maternel dødelighed – set i nationalt og internationalt perspektiv	20
2.6 Svangreomsorgens udfordringer	22
3. Tilrettelæggelse af svangreomsorgen	26
3.1 Generelt	26
3.2 Differentiering af svangreomsorgen	27
3.3 Organisatorisk tilrettelæggelse	28
3.4 Ansvar og opgaver	28
3.5 Visitation og krav til fødesteder	32
3.6 Organisering af det sundhedsfaglige tilbud i barselsperioden	35
3.7 Svangerskabs- og vandrejournalen	37
4. Kontakter i graviditeten	39
4.1 Antal og tidspunkt for kontakter	39
4.2 Former for kontakt	42
4.3 Prækonceptionel rådgivning	44
4.4 Indhold af konsultationerne	44
4.5 Henvisning til obstetrisk speciallæge	58
4.6 Undersøgelse af kvinden 8 uger efter fødslen	60
5. Gravide med særlige behov	61
5.1 Den særlige indsats	62
5.2 Planlægning og forankring af indsatsen	62
5.3 Gravide med problemer med alkohol, stoffer og/eller medicin	64
5.4 Gravide med svære psykiske sygdomme	66
5.5 Udviklingshæmmede forældre	69

5.6	Sociale problemstillinger	70
5.7	Kvinder med anden etnisk baggrund end dansk	74
6.	Levevis i graviditeten	77
6.1	Arbejds miljø	77
6.2	Lægemidler	80
6.3	Kostråd	82
6.4	Fysisk aktivitet	84
6.5	Rygning	87
6.6	Alkohol	90
6.7	Andre euforiserende stoffer/narkotika	93
6.8	Skadelige miljøstoffer	94
7.	Undersøgelse og vurdering af den gravide	95
7.1	Terminfastsættelse	95
7.2	Vægt og vejning	95
7.3	Blodtryk	97
7.4	Stetoskopi af hjerte og lunger	98
7.5	Urinscreening	98
7.6	Gynækologisk undersøgelse	99
7.7	Celleprøve fra livmoderhalsen (smear)	101
7.8	Mammalpalpation	101
7.9	Psykisk og social anamnese	102
7.10	Systematisk udspørgen om rusmidler	102
8.	Overvågning af fosteret	104
8.1	Fostervækst	104
8.2	Fosterstilling	106
8.3	Overvågning af fosterbevægelser	106
8.4	Hjertelyd	107
9.	Screening for hæmatologiske sygdomme	108
9.1	Anæmi	108
9.2	RhD (rhesus) immunisering	110
9.3	Hæmoglobinopati	113
9.4	Graviditetskomplikationer associeret til arvelig og erhvervet trombofili	115
10.	Undersøgelse for infektioner	117
A.	SCREENING ved første lægeundersøgelse	118
10.1	Hepatitis B virus infektion (HBV)	118
10.2	Hepatitis C virus infektion (HCV)	119
10.3	HIV-infektion	119
10.4	Syfilis	120
10.5	Gonore	121
10.6	Klamydia	122

B.	UNDERSØGELSE UD FRA EKSPPOSITION ELLER SYGDOMSTEGN	123
10.7	Rubella (røde hunde)	123
10.8	Parvovirus B19 – lussingesyge	124
10.9	Varicella (skoldkopper)	125
10.10	Herpes simplex virus	126
10.11	Cytomegalovirus (CMV)	126
10.12	Toxoplasmose (haresyge)	127
10.13	Listeriose	128
C.	ANDRE INFEKTIONSSYGDOMME	129
10.14	Bakteriel vaginose	129
10.15	Gruppe B-streptokokker (GBS)	129
11.	Obstetriske problemstillinger	131
11.1	Blødning	131
11.2	Den overvægtige gravide	133
11.3	Gestationel diabetes mellitus	134
11.4	Præeklampsi og andre hypertensive tilstande i graviditeten	136
11.5	Graviditetsrelaterede bækkensmerter	138
11.6	Tidligere kejsersnit – sectio antea	139
11.7	Flerfoldsgraviditeter	140
11.8	Præterm fødsel	142
11.9	Overbårenhed – graviditas prolongata	144
11.10	Henvi sning til børneafdeling	145
12.	Fødsels- og forældreforberedelse	146
12.1	Tilrettelæggelse	146
12.2	Fødsels- og forældreforberedelsens indhold	147
12.3	Familier med anden etnisk baggrund end dansk	149
13.	Fødslen	150
13.1	Vaginal fødsel	151
13.2	Kejsersnit – sectio	157
13.3	Hjemmefødsler	158
13.4	Tiden lige efter fødslen	159
13.5	Etniske minoriteter	159
13.6	Obstetrisk færdighedstræning	160
14.	Observation, forebyggelse og behandling af den nyfødte	161
14.1	Undersøgelse af den nyfødte	161
14.2	Anmeldelse af fødslen m.v.	162
14.3	Måling af navlesnors-pH	162
14.4	K-vitamin-indgift	163
14.5	Biokemisk screening for medfødt sygdom hos nyfødte	163
14.6	Hørescreening	164
14.7	Hepatitis B-vaccination	164

14.8	RhD (rhesus) immunprofylakse	165
14.9	Børn med særlig risiko for udvikling af allergisk sygdom	165
14.10	Hypoglykæmi	166
14.11	Gulsot (icterus neonatorum)	167
14.12	Genoplivning af nyfødte - instruks, træning og ansvar	168
15.	Barselsperioden	170
15.1	Barselsperiodens vigtigste elementer	170
15.2	Sundhedsvæsenets opgaver i barselsperioden	174
15.3	Komplicerede barselsforløb	182
15.4	Efterfødselssamtale	183
15.5	Kvinder/familier med anden etnisk baggrund end dansk	185
16.	Psykologiske aspekter i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel	187
16.1	Graviditet, fødsel og barsel	187
16.2	Patologiske psykiske reaktioner	189
16.3	Forældre, der mister et spædbarn	193
17.	Kvalitetsudvikling i svangreomsorgen	195
17.1	Kvalitetsudvikling	195
17.2	Værktøjer til kvalitetsudvikling	196
17.3	Den Danske Kvalitetsmodel	199
17.4	Patientsikkerhed	201
Bilag 1	Lovgrundlag	204
Bilag 2	Graviditetsrelaterede bækkensmerter	215
Bilag 3	Eksempler på danske tværfaglige og tværsektorielle projekter målrettet gravide med særlige behov	217
Bilag 4	Kvindelig omskæring	221
Bilag 5	Klinisk undersøgelse for medfødt hofteluksation	225
Bilag 6	Biokemisk screening for medfødt sygdom hos nyfødte	227
Bilag 7	Styregruppe og arbejdsgrupper	232
Register		235

Indledning

Anbefalingerne henvender sig bredt til sundhedspersonalet i og uden for sygehuset, især praktiserende læger, jordemødre, obstetrikere, personale på barselsafdelinger og sundhedsplejersker. Anbefalingerne beskriver spektret fra lovbundne krav til rådgivning om hensigtsmæssige tiltag.

Al statistik stammer fra Sundhedsstyrelsens egne registre, med mindre andet er angivet.

Arbejdets organisering er beskrevet i bilag 5 bagest i bogen. Referencerne findes som et bilag på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Baggrund for revision

Siden Sundhedsstyrelsen for 11 år siden udsendte "Svangreomsorgen – retningslinjer og redegørelse" er der på en række områder sket en udvikling, der har nødvendiggjort en opdatering.

Først og fremmest har der været et behov for at opdatere anbefalingerne i forhold til den faglige/medicinske udvikling på området. Desuden er der sket en udvikling i populationen, både af demografisk og holdningsmæssig karakter og i sundhedsvæsenets varetagelse af den gravide og hendes familie.

På det demografiske område ser vi i dag en fedmeepidemi, hvor 1/3 af de gravide er overvægtige, og 10 % er svært overvægtige. Samtidig er gennemsnitsalderen hos de gravide stigende. Begge forhold tenderer til at øge komplikationsfrekvensen i forbindelse med graviditet og fødsel.

På de obstetriske afdelinger foretages i dag flere kejsersnit og en øget anvendelse af smertelindring i form af epiduralblokkade i forhold til tidligere. De kortere accelererede patientforløb ses også på dette område med kortere barselsindlæggelser. Mange udskrives således inden for 1-2 døgn efter fødslen. Udviklingen i indlæggelsesvarigheden fra 2007 kan findes på www.ssi.dk

Endelig går sundhedsvæsenets behandling af borgerne i retning af en øget brugerorientering med en tættere dialog og hensyntagen til ønsker hos borgerne.

Anbefalingernes indhold og form

Indholdet i konsultationsarbejdet for jordemødrene er beskrevet mere detaljeret end tidligere. En række væsentlige ændringer på det medicinske område skal fremhæves her:

- Der indføres en antenatal rhesusprofylakse.
- Den rutinemæssige lægeundersøgelse af raske nyfødte inden for den første uge efter fødslen afskaffes.
- Der indføres generel screening for HIV og syfilis.

Der er sat fokus på rådgivning om livsstil. Anbefalingen til gravide vedrørende alkohol er skærpet, og anbefalingerne for tilskud af jern og D-vitamin er ændret. Endvidere gives der råd om hensigtsmæssig vægtstigning afhængig af den prægravide BMI.

Kommunalreformens lovpligtige sundhedsaftaler omfatter ikke svangreomsorgen, men den nye struktur har gjort det væsentligt at fokusere på det tværsektorielle arbejde, hvor behovet er særlig stort for de udsatte gravide. De nye anbefalinger er udbygget meget med henblik på at kunne differentiere svangreomsorgen og niveaupdele indsatsen i forhold til behovet hos mor og barn.

Gennem de senere år er der fremkommet vigtig ny viden om betydningen af psykologiske forhold i forbindelse graviditet og fødsel, både hvad angår mænd og kvinder. Langt de fleste fædre deltager ved fødslen af deres barn, og mænds tilknytning og relationer til det ufødte og spæde barn er under forandring. De nye anbefalinger retter større opmærksomhed på fædre og deres selvstændige behov i erkendelse af, at flertallet af danske mænd og kvinder ønsker at være fælles om graviditet, fødsel og det at blive forældre.

Indsatsen i barselsperioden er beskrevet for såvel primær som sekundære sektor, og det er anvist, hvorledes fødestedet, barselsafdelingen og sundhedsplejersken kan afløse og supplere hinanden.

1. Lovgrundlaget og øvrige bestemmelser

De væsentligste bestemmelser nævnt nedenfor er gengivet i deres fulde ordlyd i bilag 1.

1.1 Sundhedsloven og kommunalreformen

Svangreområdet er reguleret i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07/2010 med senere ændringer), der udmønter kommunalreformen på sundhedsområdet. Sundhedsloven indeholder de grundlæggende bestemmelser om sundhedsmyndighedernes pligter og patienters rettigheder, herunder forhold med betydning for svangreområdet.

1.2 Adgang til ydelser efter sundhedsloven

1.2.1 Bopæl

Af sundhedslovens bestemmelser følger, at gravide, der har bopæl (tilmeldt til folkeregistret) her i landet, har ret til ydelser efter loven, og at bopælsregionen afholder udgifterne til ydelserne, jf. §§ 7 samt 234 og 235.

1.2.2 Forebyggende helbredsundersøgelser

Ifølge lovens § 61, stk. 1, yder regionsrådet vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet. Af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 295 af 20. april 2009 fremgår det, at kvinder har ret til indtil fem forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge i forbindelse med svangerskab og fødsel.

Herudover yder regionsrådet ifølge sundhedslovens § 83 forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder samt jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet.

Af bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge fremgår det af § 16, jf. § 12, at kommunalbestyrelsen kan beslutte, at personer over den undervisningspligtige alder, herunder gravide med særlige behov, skal tilbydes en særlig indsats, herunder øget rådgivning, bistand samt evt. yderligere undersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske. Heraf følger muligheden for at tilbyde graviditetsbesøg i hjemmet ved en sundhedsplejerske og styrket samarbejde mellem jordemoder, læge og sundhedsplejerske for gravide med særlige behov.

Sundhedsloven og de bestemmelser, der er fastsat i medfør af loven, viderefører således det tilbud om graviditets- og fødselsydelser, der fremgik af den tidligere gældende lovgivning på området.

1.2.3 Frit sygehusvalg

Gravide er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om frit sygehusvalg (§ 86). Det vil sige, at gravide kan vælge mellem fødesteder i bopælsregionens sygehuse samt fødesteder i andre regioners sygehuse. Et sygehus kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage personer fra andre sygehuses op-tageområde eller fra andre regioner. Er der risici forbundet med graviditet eller fødsel, kan dette også have indflydelse på mulighederne for valg af fødested.

1.2.4 Sundhedsplaner og sundhedsaftaler

Af sundhedslovens bestemmelser om samarbejde og planlægning (særligt §§ 203-206) fremgår det, at regionsrådet skal udarbejde en samlet sundhedsplan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet og i forbindelse hermed skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning. Sundhedsplanen udarbejdes endvidere efter drøftelse i de enkelte sundhedskoordina-tionsudvalg, som nedsættes i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regio-nen. Planen skal indeholde en beskrivelse af det regionale sundhedsvæsens betjening af borgerne, herunder blandt andet tilbuddet om svangerskabshygi-ejne og fødselshjælp. I planen beskrives også de obligatoriske sundhedsaftaler, der er indgået med kommunerne på de centralt udmeldte områder, ligesom der skal redegøres for lokale indsatser på udvalgte områder, såkaldte frivil-lige aftaler. Der foreligger ikke lovkrav til, at der udarbejdes aftaler inden for svangreomsorgen, men det er muligt at indgå frivillige sundhedsaftaler på dette område. Et velbeskrevet, formaliseret, tæt samarbejde mellem kom-muner og regioner er vigtigt. Det er en lokal afgørelse, om samarbejdet inden for svangreomsorgen bedst tilrettelægges i eksempelvis et fødeplanudvalg, en arbejdsgruppe under det regionale sundhedskoordinationsudvalg eller i andet regi.

1.2.5 Information af den gravide

Den gravide har i forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser ved læge og jordemoder samt i øvrige kontakter med sygehusvæsenet krav på at få en fyldestgørende information om de ydelser, det er muligt at efterspørge i graviditets-, fødsels- og barselsforløbet, herunder også information om blandt andet fødsels- og forældreforberedelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler fødsels- og forældreforberedelse. Regionerne kan tilrettelægge fødsels- og forældreforberedelse på forskellig vis. Fødsels- og forældreforberedende kurser, der tilbydes af offentlige sygehuse i tilknytning til de øvrige tilbud til gravide, skal være gratis.

1.3 Patienters retsstilling

Gravide er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om patienters retsstilling, idet de gravide her defineres som patienter. I lovens forstand er en patient "en bruger af sundhedsvæsenet", uanset om vedkommende er rask eller syg. Reglerne om patienters retsstilling gælder for patienter, der inden for sundhedsvæsenet eller andre steder, hvor der udføres sundhedsfaglig virksomhed, modtager eller har modtaget behandling af sundhedspersoner, medmindre andet særligt er fastsat i lovgivningen. Begrebet behandling dækker over undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

1.3.1 Informeret samtykke

Sundhedsloven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse. I sundhedslovens § 15 er der således fastsat regler om, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lovgivningen. For så vidt angår børn under 15 år, er det forældremyndighedens indehaver, der skal give samtykke til behandling.

Samtykket skal være baseret på fyldestgørende information fra en sundhedsperson. Et informeret samtykke kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende.

Efter sundhedslovens § 16 har patienten ret til at få information om sin helbredstilstand og behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre, lægeligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt om konsekvenserne hvis ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger. Hvis patienten frabeder sig, at der sker videregivelse eller indhentning af helbredsoplysninger, jf. afsnit 1.4, skal informationen tillige omfatte oplysninger om mulige konsekvenser for behandlingsmulighederne.

Informationen skal gives løbende og omfatte en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v.

1.4 Tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger

Af sundhedslovens § 40, stk. 1 fremgår, at patienter har krav på sundhedspersoners tavshed.

Der gælder forskellige regelsæt afhængig af, om der er tale om videregivelse i forbindelse med behandling af patienter eller videregivelse til andre formål end patientbehandling eller indhentning af helbredsoplysninger fra elektroniske systemer.

Ved videregivelse mellem sundhedspersoner i forbindelse med behandling af patienter er hovedreglen, at videregivelse af helbredsoplysninger, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger mellem sundhedspersoner kræver patientens samtykke, jf. § 41, stk. 1. Den væsentligste undtagelse er, at fortrolige oplysninger kan videregives uden samtykke, når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov, jf. § 41, stk. 2, nr. 1. Eksempelvis muliggør sundhedsloven videregivelse (uden samtykke) af et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat i sygehusvæsenet, til patientens alment praktiserende læge eller den praktiserende speciallæge, der har henvist patienten til behandling, jf. § 41, stk. 2, nr. 2. En læge, der er ansat på et privatejet sygehus, en klinik m.v., kan også sende et udskrivningsbrev til patientens alment praktiserende læge eller den praktiserende speciallæge, der har henvist patienten til sygehusbehandling, når behandlingen er ydet efter aftale med et regionsråd eller en kommunalbestyrelse i henhold til sundhedsloven, jf. § 41, stk. 2, nr. 3. Sundhedsstyrelsen har i vejledning nr. 9154 af 22. februar 2007 om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse m.v. også beskrevet reglerne for videregivelse af udskrivningsbreve.

Reglerne i sundhedslovens §§ 42 a og 42 b¹ om indhentning af helbredsoplysninger fra elektroniske systemer regulerer sundhedspersoners opslag i fx en elektronisk patientjournal i forbindelse med patientbehandling. Sundhedspersoners opslag i elektroniske svangerskabs- og vandrejournaler eller i en samlet graviditetsjournal skal derfor ske inden for rammerne af disse bestemmelser. Sundhedspersoner kan foretage opslag i elektroniske patientjournaler uden patientens samtykke. Patienten har dog mulighed for på ethvert tidspunkt under den aktuelle behandling at frabede sig indhentning af helbredsoplysninger. Sundhedslovens § 42 a opstiller både generelle og konkrete adgangsbetingelser herunder regler om, hvilke sundhedspersoner der har adgang til hvilke oplysninger.

¹ Bestemmelserne i sundhedslovens §§ 42 a og 42 b er indføjet ved lov nr. 431 af 8. maj 2007 om IT-anvendelse i sundhedsvæsenet og elektroniske helbredsoplysninger.

Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. til andre formål end behandling, reguleres af lovens §§ 43-44. Hovedregelen er, at der kræves et skriftligt samtykke fra patienten for at kunne videregive helbredsoplysninger m.v. til myndigheder, organisationer, private personer m.fl. Der er i en række undtagelsestilfælde mulighed for at videregive oplysninger uden patientens samtykke, men sundhedspersonen skal dog altid forsøge at indhente patientens samtykke til videregivelsen.

1.4.1 Underretningspligt

Således kan videregivelse fx ske uden patientens samtykke, hvis det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling, jf. § 43, stk. 2, nr. 1.

En sådan oplysningspligt følger af servicelovens § 153, stk. 1-2, jf. bekendtgørelse 1466 af 16. december 2010 om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service, hvorefter offentligt ansatte og andre med offentlige hverv, hvis opgaver retter sig mod gravide, har pligt til at underrette kommunen, når de i deres virke får kendskab til vordende forældre med problemer, der giver formodning om, at barnet vil få behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen. Underretningspligten foreligger, når forholdene hos vordende forældre giver formodning for, at barnet efter fødslen vil få vanskeligheder i forhold til de daglige omgivelser, eller i øvrigt vil leve under utilfredsstillende forhold.

Endvidere fremgår det af servicelovens § 154, at alle har pligt til at underrette kommunen, hvis de får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældres eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet vejledning nr. 9350 af 18.4.2006 om sundhedspersoners underretningspligt over for kommunen.

1.5 Øvrige bestemmelser

I kraft af sine rådgivende myndighedsopgaver fastsætter Sundhedsstyrelsen anbefalinger for gennemførelse og tidsmæssig placering af de forebyggende helbredsundersøgelser i svangreomsorgen, herunder antallet af jordemoderundersøgelser.

Sundhedsstyrelsen udarbejder udmeldelser inden for alle specialer vedrørende specialeplanlægning i sygehusvæsenet (specialevejledning). Her defineres anbefalinger til hovedfunktion (basisniveauet), som udgør ca. 90 % af aktivite-

ten i sygehusvæsenet, samt krav til specialfunktioner (de tidligere lands- og landsdelsfunktioner). Hovedparten af svangreomsorgens aktiviteter hører under hovedfunktionen. Som ovenfor anført skal regionsrådet i sin sundhedsplan beskrive de aftaler, der er for svangreomsorgens hovedfunktioner, samt evt. frivillige samarbejdsaftaler mellem kommuner og region, der er aftalt for svangreomsorgen.

2. Baggrund og principper for svangreomsorgen

2.1 Formål

Formålet med sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode er at bidrage til, at mor og barn får så godt et forløb som muligt. Indsatsen skal være sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende, og den skal styrke og bistå kvinden og hendes partner/familien under hele forløbet. Målet er, at denne periode gennemleves som en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed.

2.2 Principper

Svangreomsorgens anbefalinger er udformet med henblik på at sikre medinddragelse af den gravide og kvalitet i sundhedsvæsenets indsats samt mulighed for at differentiere ydelsen i forhold til den enkelte.

Den praktiserende læge kan som gennemgående fagperson sikre kontinuiteten ved at følge kvinden og hendes partner før, under og efter graviditeten. Jordmoderen er den fagperson, som den gravide har mest kontakt med under graviditeten og den centrale person under fødslen. Det bør tilstræbes, at det er den samme jordemoder eller en mindre gruppe af jordemødre, der følger kvinden under graviditeten. Det bør endvidere tilstræbes, at der er en jordemoder kontinuerligt til stede under den aktive fase af fødslen, og helst en jordemoder kvinden kender i forvejen. Den obstetriske speciallæge inddrages ved komplicerede graviditeter. Efter behov tilbydes tværfaglig og tværsektoriel støtte ved fx andre speciallæger eller specialafdelinger, fysioterapeut, psykolog, sundhedsplejerske eller kommunal sagsbehandler.

Den gravide og hendes partner tilbydes information tilpasset deres behov og forudsætninger. Informationen skal så vidt muligt være evidensbaseret og kunne danne baggrund for beslutninger i løbet af graviditeten, fødslen og barselsperioden. Informationen bør afpasses efter kulturel diversitet, og den gravides individuelle valg skal til enhver tid respekteres.

Indsatsen bør respektere kvindens og barnets integritet og sikre kvinden/parket muligheder for at træffe reelle valg om undersøgelsestilbud, fødested og -måde, behandlingsforslag, omsorg og anvendelse af teknologi. Unødige brug af medicinske indgreb eller teknologi bør undgås.

Sundhedsvæsenet bør vise særlig opmærksomhed over for gravide, hvis livsvilkår eller livsstil medfører særlige risici for mor og/eller foster. Samme opmærksomhed bør vises over for kvinder, hos hvem graviditeten eller fødslen kan forventes at blive kompliceret. Det er derfor vigtigt, at der tilbydes en differentieret indsats.

2.3 Begrebsafklaring

Anbefalingerne for svangreomsorgen bygger på WHO's definition af sundhed som en tilstand karakteriseret ved fysisk, mental og social trivsel.

Sundhedsvæsenet indsats inkluderer risikoopsporing, forebyggelse og sundhedsfremme.

2.3.1 Forebyggelse og sundhedsfremme

Forebyggelse defineres som sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at forhindre udviklingen af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden.

Sundhedsfremme defineres som en sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompeterencer. I det sundhedsfremmende arbejde vendes opmærksomheden væk fra sygdom og risici og over mod sundhed. Sundhedsfremmende indsatser er deltagerorienterede og dialogbaserede og kan være målrettet såvel enkelte gravide som grupper af gravide.

Hovedparten af den gravides kontakter med sundhedsvæsenet har til formål at fremme sundhed. Sundhedsfremme indgår i de forebyggende helbredsundersøgelser og i den pædagogiske tilrettelæggelse af fødsels- og forældreforberedelsen. Desuden kan sundhedspersonalet tilbyde individuelle forebyggelsessamtaler. I alle kontakter med sundhedsfagligt personale bør der, afhængigt af behov, fokuseres på sundhed og trivsel i relation til arbejdsmiljø, kost, fysisk aktivitet, rygning, alkohol, familiedannelse, brug af egne ressourcer samt brug af netværk.

Forebyggelse af uhensigtsmæssige tilstande er et andet af svangreomsorgens formål. En del af de kontakter, en gravid har med sundhedsvæsenet, sigter mod at identificere mulige årsager til uhensigtsmæssige tilstande og om muligt fjerne dem.

2.3.2 Forebyggelsessamtale

En forebyggelsessamtale defineres som en sundhedsaktivitet, hvor en sundhedsprofessionel gennem samtale motiverer og støtter den gravide til en ad-

færdsændring, hvis hun har risikoadfærd. Det kan fx være i forbindelse med rygning, alkoholforbrug, kost eller fysisk inaktivitet. Forebyggelsessamtalen kan følges op af en forebyggelsesintervention.

2.3.3 Sundhedspædagogik

Sundhedspædagogik defineres som pædagogik, der i dialog formidler viden om forebyggelse og sundhedsfremme mellem professionelle og den gravide og hendes partner med henblik på at fremme sundhedsrelaterede aktiviteter, der kan støtte kvinden i at træffe sunde, informerede valg.

Formålet er at fremme sundhed gennem udvikling af handlekompetence – fx at styrke kvindens og partnerens ressourcer og forudsætninger for at skabe tætte relationer og varetage omsorgen for det nyfødte barn som grundlag for familiens trivsel.

2.3.4 Risikobegrebet

Graviditet, fødsel og barselsperiode forløber for de fleste kvinder som en normal, spontan livsproces, der resulterer i fødsel af et fuldbåret barn, der er levedygtigt, normalvægtigt og velskabt. Nogle graviditeter får imidlertid et uønsket forløb med spontan abort, væksthæmning eller for tidlig fødsel. Sygdom hos moderen kan opstå eller forværres. Enkelte graviditeter resulterer i fødsel af et sygt, misdannet, handicappet eller dødt barn. Sundhedsvæsenet tilbyder en særlig målrettet forebyggende og behandlende indsats til kvinder, hvis graviditet er forbundet med øget risiko for sådanne, uønskede forløb.

2.4 Den generelle udvikling i Danmark

I Danmark fødte godt 66.100 kvinder knap 67.400 børn i 2008. Disse tal har været relativt stabile gennem de seneste 5 år. Ca. 98-99 % føder på landets obstetriske afdelinger, mens knap 1 % føder i hjemmet, og de resterende føder på klinikker uden tilknytning til en obstetrisk afdeling eller i en af landet tre ø-ordninger (Læsø, Ærø og Samsø).

2.4.1 Moderens alder

Gennemsnitsalderen for fødende i Danmark er i perioden 1995-2008 steget fra 27,4 til 30,8 år. I 2008 var andelen af fødende over 35 år 19,8 % af alle fødsler mod 11 % af alle fødsler i 1995. Andelen af mødre under 20 år er faldet fra 2 % i 1995 til 1,7 % i 2008. Samme udvikling ses i de andre nordiske lande.

2.4.2 Fødselsvægt

Den gennemsnitlige fødselsvægt har været jævnt stigende de seneste 30 år og er siden 1973 øget med ca. 160 gram. Dette hænger formentlig sammen med, at forekomsten af overvægt i befolkningen generelt har været stigende i

perioden, ligesom antallet af rygere har været faldende. Den gennemsnitlige fødselsvægt for levendefødte var ca. 3400 g for piger og 3500 g for drenge i 2008. Andelen af nyfødte med en fødselsvægt over 4000 g er næsten fordoblet i perioden fra 7,8 % til 13,6 % hos piger og fra 13,2 % til 20,5 % hos drenge. Store børn medfører flere fødselstraumer hos både mor og barn, og børnene forløses oftere ved kejsersnit. Epidemiologiske studier peger på, at børn med høj fødselsvægt har øget risiko for senere udvikling af overvægt og type 2-diabetes samt for pigers vedkommende brystkræft.

2.4.3 Kejsersnit

Frekvensen af kejsersnit er steget i alle de nordiske lande. I Danmark var frekvensen 20,5 % af alle forløsninger i 2008, svarende til 21,4 % af alle sygehusfødsler, mod 12,7 % i 1994.

Årsagerne hertil er flere: ældre fødende, øget andel overvægtige gravide, stigende fødselsvægt, flere IVF-graviditeter, herunder stigning i flerfoldsgraviditeter og ændret praksis for fostre i sædepræsentation. Endelig er der sket en ændring i holdningen til fødemåde hos de gravide, hvilket har betydet en stigning i forekomsten af kejsersnit på moders ønske (maternal request). I 2008 blev 14,6 % af kejsersnittene registreret på indikationen moders ønske.

En medvirkende forklaring på, at kejsersnittet udføres hyppigere i dag end for 10 år siden, er også den forbedrede teknologi, som generelt har ført til nedsat komplikationsfrekvens.

2.4.4 Flerfoldsfødsler

Antallet af flerfoldsfødsler er steget fra 1,9 % af alle fødsler i 1997 til 2,3 % i 2008. Det må i høj grad tilskrives stigningen i fertilitetsbehandlinger (kunstig befrugtning), idet fertilitetsbehandling øger sandsynligheden for flerfoldsgraviditet. Det skal dog bemærkes, at praksis på området ændrer sig, idet der nu oftere kun lægges et enkelt befrugtet æg op. I 2008 var ca. 8 % fødslerne efter fertilitetsbehandling mod 1,8 % i 1996. Tilsvarende udvikling ses også i de andre nordiske lande.

2.4.5 Overvægtige gravide

De seneste 20 år er forekomsten af overvægt steget voldsomt i den danske befolkning. Ifølge Landspatientregisteret var 30 % af de førstegangsfødende og 36 % af de flergangsfødende overvægtige i 2008 (prægravid BMI > 25), ligesom det gennemsnitlige BMI-tal var højere med stigende paritet. I 2008 var 12 % af alle gravide svært overvægtige (prægravid BMI > 30), mens tallet i 1986 blot var 3 %. Der er store regionale forskelle i andelen af overvægtige fødende, hvilket i høj grad kan forklares ud fra den socioøkonomiske befolkningssammensætning.

2.5 Perinatal, neonatal og maternel dødelighed – set i nationalt og internationalt perspektiv

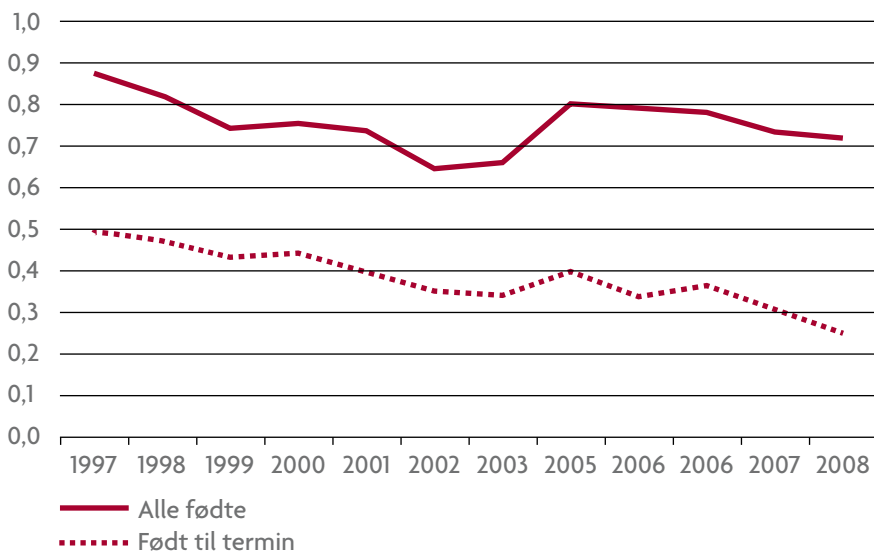
2.5.1 Perinatal dødelighed

Den perinatale dødelighed anvendes som en væsentlig og international sammenlignelig indikator for kvalitet i og effekt af sundhedsvæsenets indsats i relation til graviditet og fødsel. Perinatal dødelighed defineres i henhold til WHO som summen af dødfødte efter 22 uger (indtil 2004 efter 28 uger²) og døde inden for de første 7 døgn pr. 1.000 fødte. I Norge og Finland arbejdes med samme definition, mens man i Sverige fortsat opererer med dødfødsel efter 28 graviditetsuger.

Den perinatale dødelighed har i mange år ligget højere i Danmark end i de andre nordiske lande. I de seneste år har den perinatale dødelighed i Danmark været faldende og tilnærmet sig niveauet i de andre nordiske lande. Den forbedrede prænatale diagnostik kan have medvirket hertil. Efter 2004 ses en stigning i den totale perinatale dødelighed som følge af den ændrede definition (fra 28 uger til 22 uger), men ikke i den perinatale dødelighed blandt børn født til terminen, se figur 1. I 2008 var den perinatale dødelighed 7,2 pr. 1.000 fødte. Faldet kan muligvis forklares med en styrket indsats på det neonatologiske område og en faldende andel af danske kvinder, der ryger under graviditeten.

Figur 1. Udviklingen af den perinatale dødelighed i Danmark

Stigningen i den øverste kurve efter 2004 skyldes ændring af definitionen af perinatale dødelighed, se afsnit 2.5.1.



2 I 2004 trådte 'Lov om ændring af lov om ligsyn, obduktion og transplantation m.v. og børneloven' i kraft, hvilket betød, at grænsen mellem abort og dødfødsel blev flyttet fra 28. til 22. graviditetsuge.

2.5.2 Neonatal dødelighed

Neonatal dødelighed defineres som antal levendefødte, som dør inden for de første 28 levedøgn pr. 1.000 levendefødte.

Den neonatale dødelighed har været faldende de seneste 30 år og var 3,8 pr. 1.000 levendefødte i 2008. Den neonatale dødelighed er højere i Danmark end i de andre nordiske lande.

I 2008 skete 70 % af disse dødsfald inden for de første 7 dage. Af de børn, der døde de første 7 levedage, havde 20 % lav fødselsvægt (1000-2499 g) og 43 % ekstremt lav fødselsvægt (under 1000 g), og samtidig var 19 % født for tidligt (28 til 36 fulde uger), og 49 % var født ekstremt for tidligt (mindre end 28 fulde uger).

Af dem, der døde mellem 7-28 dage efter fødslen, havde 14 % lav fødselsvægt og 43 % ekstremt lav fødselsvægt. 12 % var født for tidligt og 40 % var født ekstremt for tidligt. Desuden udgør flerfoldsfødsler en stor andel af den neonatale dødelighed.

Således findes en stor del af de neonatale dødsfald inden for gruppen af for tidligt fødte og lavvægtige børn. Indsatser for at forebygge, behandle og mindske følgerne af disse tilstande vil derfor være af stor betydning i forebyggelse af neonatal dødelighed.

2.5.3 Maternel dødelighed

Maternelle dødsfald er dødsfald, som sker under graviditet, fødsel eller op til 42 dage efter afsluttet graviditet af årsager, som er udløst eller forværret af graviditeten eller dens håndtering. Dødsfaldet kan ske i forbindelse med graviditet og fødsel, men kan også ske i forbindelse med abort eller ekstrauterin graviditet.

Til international sammenligning anvendes den materielle mortalitetsratio, som er antallet af materielle dødsfald pr. 100.000 levendefødte børn.

Siden 2002 har der i regi af Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi og Jordemoderforeningen været foretaget systematisk tværfaglig audit på alle materielle dødsfald i Danmark. I den første treårsperiode 2002-2004 var den materielle mortalitetsratio 10,3 pr. 100.000 levendefødte børn, hvilket er blandt den absolut laveste i verden. Tallet har været stort set uændret gennem de seneste 20 år. Dog synes der at være et lille fald i antallet af dødsfald, som er direkte forårsaget af obstetriske komplikationer, men til gengæld ses en tilsvarende stigning i antallet af dødsfald som følge af en forværring af allerede eksisterende sygdom hos den gravide. Det er en tendens, som også ses i andre vesteuropæiske lande, der foretager systematisk gennemgang af materielle dødsfald. Den stigende gennemsnitsalder for fødende kvinder kan være en

medvirkende årsag hertil. Hyppigste dødsårsager i den nævnte periode var hjertesygdom og tromboemboliske lidelser.

2.6 Svangreomsorgens udfordringer

Sundhedsvæsenets indsats over for moder og foster kan ikke logisk beskrives uafhængigt af hinanden, da problemer hos moderen kan påvirke fosterets trivsel og sundhed samt fødselstidspunktet.

En stor del af indsatsen vil derfor være rettet mod den gravide. Undertiden er problemstillingerne så omfattende og bestemmende for barnets senere trivsel, at indsatsen i graviditeten må fortsætte efter barnets fødsel.

På trods af risikoopsporing, forebyggelse og sundhedsfremme vil der alligevel være graviditets- og fødselsforløb, der ender med et (måske uundgåeligt) uhensigtsmæssigt udfald.

En række af de kendte årsager til uønskede graviditetsudfald vil blive gennemgået nedenfor. De udfordringer, svangreomsorgen står over for, skitseres her og uddybes i de efterfølgende kapitler.

2.6.1 Social ulighed i sundhed

For langt de fleste sygdomme og risikofaktorer er forekomsten højest i de socialt dårligst stillede grupper. Det gælder også gravide.

Der er i Danmark og i de øvrige nordiske lande fundet betydelige sociale uligheder i forekomsten af en række graviditets- og fødselskomplikationer som dødfødsel, lav fødselsvægt, for tidlig fødsel, misdannelser og i børnedødeligheden. Disse sammenhænge består, uanset om man måler social status på moderens uddannelsesniveau eller beskæftigelse. Selvom den perinatale dødelighed samlet set faldt i perioden fra 1982-83 til 1991-92, så steg den i de dårligst uddannede grupper.

Man kender ikke alle årsager til overforekomsten af ugunstige graviditetsudfald hos de socialt dårligst stillede, men en række kendte risikofaktorer er overrepræsenteret hos disse. Dette gælder især rygning, men også for højt alkoholindtag, dårlige kostvaner, fysisk inaktivitet og anden negativ sundhedsadfærd, der har betydning for graviditetens udfald. Endvidere gør socialt dårligt stillede kvinder mindre brug af sundhedsvæsnets forebyggende tilbud herunder svangreomsorgen.

2.6.2 Overvægtige gravide

Såvel international som nyere dansk forskning har vist, at graviditet hos overvægtige er forbundet med en lang række graviditets- og fødselskomplikatio-

ner. I 2008 var en tredjedel af alle gravide overvægtige (BMI > 25) og hver ottende var svært overvægtige (BMI > 30). Det skal desuden nævnes, at overvægtige har en øget risiko for at opleve problemer med overhovedet at blive gravide.

Overvægtige gravide har øget risiko for at udvikle gestationel diabetes, gestationel hypertension og præeklamsi. Overvægt er associeret med øget risiko for for tidlig fødsel og for overbåren graviditet. Overvægt øger ligeledes risikoen for at føde store børn, samt børn med neuralrørsdefekter, hjertefejl og andre misdannelser. Overvægt øger endvidere risikoen for sen fosterdød. Fosterskøn på svært overvægtige gravide – såvel klinisk som ultrasonisk – er behæftet med en større usikkerhed end hos normalvægtige. Overvægtige kvinder oplever flere fødselskomplikationer og føder hyppigere ved kejsersnit eller efter igangsættelse af fødslen. Desuden er kejsersnit forbundet med flere komplikationer hos overvægtige.

Der er dog endnu kun sparsom viden om, hvorfor overvægtige har flere komplikationer, ligesom der mangler veldokumenterede interventioner for at kunne nedsætte hyppigheden af disse komplikationer. Der er således et stort behov for forskning på området med henblik på en fortsat udvikling af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats over for denne gruppe kvinder.

2.6.3 Rygning

Andelen af gravide rygere har afgørende betydning for svangreomsorgens hovedproblemer: risikoen for for tidlig fødsel og intrauterin væksthæmning, og dermed den perinatale og neonatale mortalitet og morbiditet. Derudover er der en sammenhæng mellem moderens rygestatus og ammelængde, samt mellem rygestatus og vuggedød. Risikoen ved passiv rygning er en problematik, der også fremover bør have stor opmærksomhed.

Andelen af gravide rygere i Danmark er faldet gennem de senere år. I 1991 røg 30,6 % af alle gravide mod 13,5 % i 2008.

Siden 1998 har Sundhedsstyrelsen anbefalet, at gravide rygere blev tilbudt hjælp til rygestop. Det er indarbejdet på landets fødesteder og kan bidrage til at forklare faldet. Imidlertid er der fortsat flere rygere blandt gravide i Danmark end i de andre nordiske lande.

2.6.4 For tidlig fødsel

Et barn født før 37 fulde graviditetsuger betragtes som for tidlig født. Er barnet født før 28 fulde uger, betegnes det som født ekstremt for tidligt.

I 2008 blev 6,8 % af alle levendefødte født før 37 uger, og heraf blev 0,5 % født før 28 uger. Det er en stigning i løbet af de seneste år, som man ikke helt kender årsagerne til.

For tidligt fødte børn har en betydelig overdødelighed såvel perinatalt som neonatalt, og de, der overlever, har hyppigere handicaps end børn født til terminen.

For tidlig fødsel kan have mange årsager, men kun en del af risikofaktorerne er kendte. Det gælder fx rygning, ung alder, dårlige sociale forhold, stående eller gående arbejde, tidligere præterm fødsel, tidligere cervixinsufficiens og flerfoldsgraviditet. Tilstedeværelsen af kendte risikofaktorer kræver særlig opmærksomhed og indsats under graviditeten. Det er vigtigt at visitere kvinder med truende for tidlig fødsel til et fødested, der kan varetage behandlingen af mor og barn før, under og efter fødslen. Desuden er det vigtigt at yde støtte til at afhjælpe de psykiske og sociale problemer, som kvinden/parret måtte opleve i forbindelse med fødsel af et for tidligt født barn.

2.6.5 Intrauterin væksthæmning (IUGR)

For langsom vækst hos fosteret kan være et symptom på, at der enten er en utilstrækkelig funktion af moderkagen, eller at fosteret fejler noget alvorligt. Ved fødslen vil de fleste vækstretarderede børn have en vægt under referenceområdet for den pågældende gestationsalder I Danmark har man traditionelt benyttet 10 % vægtpercentilen som grænse. Perinatalt har væksthæmmede børn større risiko for blandt andet asfyksi (iltmangel) og hypoglycæmi (lavt blodsukker) end normalvægtige børn. Gruppen af væksthæmmede børn er for sammensat til, at et entydigt billede af den psykomotoriske og intellektuelle udvikling har kunnet tegnes. Ved samtidig væksthæmning og for tidlig fødsel vil børnenes umodenhed øge risikoen for senfølger.

At forebygge og diagnosticere IUGR i graviditeten er et væsentlig formål med svangreomsorgen. Ved mistanke om IUGR skal den gravide henvises til nærmere vurdering på obstetrisk afdeling, hvor man vil kunne tage stilling til det bedste fødselstidspunkt og den bedste fødselsmåde.

En lang række forhold hos kvinden forud for og i graviditeten kan medføre væksthæmning. Rygning og tidligere fødsel af et væksthæmmedt barn er væsentlige risikofaktorer. Andre risikofaktorer er rusmiddelproblemer, dårlige sociale forhold, brug af visse typer af medikamenter, infektioner og flerfoldsgraviditet.

2.6.6 Medfødte misdannelser

Det registrerede antal børn med misdannelser har været stigende fra 1994 til 2008, hvor ca. 6,5 % af de nyfødte børn har medfødte misdannelser af meget forskellig sværhedsgrad. Mellem 0,3 og 0,6 % af nyfødte børn har svære misdannelser.

Der er registreret flest drengbørn med misdannelser. Forskellen bunder blandt andet i, at der er rapporteret flere drenge end piger med misdannelser i kønsorganer og urinveje.

En række faktorer er kendte som årsager til medfødte misdannelser, men de fleste misdannelser optræder uden sådanne kendte risikofaktorer. Kendte risikofaktorer er blandt andet:

- Arvelige dispositioner
- Kromosomabnormiteter
- Konsangvinitet (nært slægtskab mellem ægtefæller)
- Infektioner i graviditeten
- Alkoholindtagelse i graviditeten
- Visse kemiske påvirkninger
- Lavt indtag af folsyre.

Ved første konsultation spørger den praktiserende læge om risikofaktorer for arvelige misdannelser med henblik på evt. henvisning til prænatal genetisk rådgivning. Alle gravide tilbydes fosterundersøgelser med nakkefoldskanning, doubletest og misdannelsesskanning, hvorved en høj andel af de alvorligere misdannelser kan opdages. Det giver mulighed for, at den gravide omvisiteres. Det er vigtigt at understrege, at normale fosterundersøgelser ikke udelukker alle misdannelser eller sygdomme hos børnene.

3. Tilrettelæggelse af svangreomsorgen

3.1 Generelt

Svangreomsorgen omfatter prækonceptionel rådgivning, graviditet, fødsel, barsel og støtte til familiedannelse. Graviditet, fødsel og barsel er et forløb, hvor de forskellige tilbud og konsultationer er del af en individuel tilrettelagt helhed. Den praktiserende læge og jordemoderen er de hovedansvarlige fagpersoner, når det gælder den ukomplicerede graviditet og fødsel, mens den obstetriske speciallæge koordinerer undersøgelser og behandling af komplicerede graviditeter og risikoforløb. Hvis der foreligger specifikke risikofaktorer med behov for medicinske, obstetriske og/eller psykosociale interventioner, kan den gravide have kontakt med andre specialister samt de kommunale tilbud, herunder socialforvaltningen.

Forløbet bør være differentieret og tilrettelagt ud fra de individuelle behov og ønsker, se kapitel 4 og 5. Den individuelle tilrettelæggelse af svangreomsorgen tager udgangspunkt i en vurdering baseret, dels på viden om specifikke medicinske risikotilstande og bagvedliggende risikofaktorer, dels på en vurdering af øvrige belastninger samt kvindens ressourcer og handlemuligheder. Belastnings-/ressourcevurderingen bør i så høj grad som muligt tage udgangspunkt i kvindens egen opfattelse. Planen for forløbet justeres ved behov.

Hos den praktiserende læge er kontakterne almindeligvis individuelle. Det anbefales, at den første jordemoderkonsultation er individuel, mens de senere kontakter kan være tilrettelagt enten individuelt eller i grupper. Den gravide afgør – ud fra de lokale tilbud og på baggrund af en samtale med jordemoderen – hvordan hun ønsker, at konsultationerne skal forløbe. De kan foregå

Basistilbud i svangreomsorgen

De enkelte tilbud skal muliggøre, at svangreomsorgens formål bliver opfyldt. Basistilbuddet til den gravide er som udgangspunkt:

- 3 konsultationer hos den praktiserende læge
- 2 ultralydsundersøgelser
- 4-7 jordemoderkonsultationer.

Evt. graviditetsbesøg af sundhedsplejersken.

Sundhedspersonalet bør foretage en individuel vurdering og ved behov supplere med yderligere tilbud.

på fødestedet eller uden for fødestedet. Der kan desuden være mulighed for konsultationer i hjemmet hos gravide, der bør aflastes. Gruppekonsultationer kan give den gravide mulighed for at udveksle erfaringer og etablere netværk. Det anbefales, at der tilbydes fødsels- og forældreforberedelse til alle.

3.2 Differentiering af svangreomsorgen

Der anbefales en niveaudeling af svangreomsorgen og det tværfaglige samarbejde med henblik på at sikre den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til såvel obstetriske som sociale og psykiske risikofaktorer.

Niveau 1 er det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje til kvinder, hvis graviditet vurderes uden øget risiko. Tilbuddet er beskrevet i kapitel 4.

Niveau 2 indebærer et udvidet tilbud, som kan varetages af de faggrupper, der arbejder inden for svangreomsorgen. Det kan fx dreje sig om tilbud til rygere eller overvægtige. Det kan dreje sig om kvinder med tidligere dårlig fødselsoplevelse eller mislykket ammeforløb, kvinder der venter mere end ét barn eller kvinder med risiko for gestationel diabetes. Der vil her være brug for at tilpasse tilbuddet til kvindens individuelle behov og for at henvise til særlige tilbud, der er etableret i regionen eller kommunen for disse kvinder.

Niveau 3 indebærer et udvidet tilbud, som involverer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen. Ved sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger af mere kompleks karakter tilbydes den gravide svangreomsorg på dette niveau. Det kan fx dreje sig om kvinder med psykologiske/psykiatriske problemer, eller om kvinder som har nyopståede eller kroniske somatiske lidelser, der fordrer samarbejde med andre speciallæger. Kvinder med svære sociale problemstillinger af enten økonomisk eller familiær karakter kan desuden have behov for et udvidet tilbud om kontakt til og støtte fra sundhedsvæsenet eller socialforvaltningen. Lokale tværfaglige grupper vil typisk kunne varetage opgaverne på dette niveau i henhold til lov om social service § 49a og sundhedsloven § 123. Se også bestemmelse om skærpet underretningspligt i serviceloven § 153, stk. 1-2. Læs mere i kapitel 5.

Niveau 4 indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som fx familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud. Den gravide indplaceres på dette niveau, når der er tale om særlig komplicerede problemstillinger som fx rusmiddelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn og varetagelse af barnets tarv. Se kapitel 5.

3.3 Organisatorisk tilrettelæggelse

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der i alle regioner etableres et formaliseret, velbeskrevet, tæt samarbejde mellem fødesteder, jordemodercentre, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste med henblik på at udarbejde beslutningsgrundlaget for den regionale planlægning af svangreomsorgen, lokale retningslinjer for visitation og fælles kliniske retningslinjer. Det formaliserede samarbejde bør desuden:

- fastlægge prioriterede indsatsområder
- udarbejde planer for samarbejdet vedrørende komplicerede graviditetsforløb
- udarbejde planer for samarbejdet i barselsperioden
- sikre drift og videreudvikling af kliniske databaser
- udarbejde informationsmateriale til den gravide og hendes partner om regionens og kommunens tilbud
- koordinere opgavefordelingen mellem region og kommuner vedrørende kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

Der foreligger ikke lovkrav om, at der udarbejdes sundhedsaftaler inden for svangreomsorgen, men det er muligt at indgå frivillige sundhedsaftaler på området. Det er en lokal afgørelse, om samarbejdet inden for svangreomsorgen tilrettelægges bedst i eksempelvis et fødeplanudvalg, en arbejdsgruppe under det regionale sundhedskoordinationsudvalg eller i andet regi.

Varetagelsen af svangreomsorgen for gravide med rusmiddelproblemer organiseres i et regionalt familieambulatorium, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens *Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier* (2009).

3.4 Ansvar og opgaver

Kvindens praktiserende læge og jordemoderen er de primære fagpersoner i svangreomsorgen – og ved behov involveres den obstetriske speciallæge. Den praktiserende læge og jordemoderen har forskellige opgaver i forløbet, som beskrevet i afsnit 3.4.1 og 3.4.2.

Gennem graviditeten tager lægen og jordemoderen stilling til, om kvinden kan følge de almindelige tilbud, eller om der eksempelvis er behov for at involvere andre faggrupper og/eller kommunale tilbud. Det kan være nødvendigt at inddrage flere faggrupper som fx medicinske og/eller psykiatriske speciallæger og/eller kommunale, sundhedsfagligt og socialfagligt ansatte.

Efter fødslen besøger sundhedsplejersken familien i hjemmet. Gravide med særlige behov bør også tilbydes besøg af sundhedsplejersken i graviditeten.

Den praktiserende læge, jordmoderen og den obstetriske speciallæge formidler undersøgelsesresultater til det øvrige involverede personale i sundhedsvæsenet ved brug af vandrejournal og/eller elektronisk kommunikation. I kapitel 1 er beskrevet retningslinjer for kommunikation mellem faggrupper, der ikke er omfattet af sundhedsvæsenet. Alle involverede sundhedsfagligt ansatte og afdelinger bør deltage i kvalitetsudvikling og anden faglig udvikling af svangreomsorgen.

3.4.1 Den praktiserende læge

Den praktiserende læge er som regel valgt af kvinden og kender hende på forhånd. Den praktiserende læge har derfor mulighed for at rådgive kvinden og hendes partner prækonceptionelt i forbindelse med eventuel planlægning af graviditet, se kapitel 4.

I forbindelse med første graviditetsundersøgelse er det lægens opgave:

- at informere om de generelle tilbud i løbet af graviditeten og om valg af fødested
- at afklare, om parret ønsker information om muligheder for fosterundersøgelse. Den praktiserende læge giver den basale information eller henviser den gravide til fødestedets informationsgivende instans
- at forklare baggrunden for de forskellige undersøgelser og drøfte de mulige konsekvenser af forskellige resultater – dette er gældende ved alle konsultationer
- at visitere til jordemoder og fødested – samt ved behov til obstetrisk speciallæge og/eller andre speciallæger samt til sociale instanser.

Kvinden har frit sygehusvalg, og visitationen sker på baggrund af hendes ønske om fødested, se kapitel 1. Et sygehus kan dog – som følge af manglende kapacitet – afvise at modtage personer fra andre sygehuses optageområde eller andre regioner.

Hvis der er fysiske eller psykosociale risikofaktorer, der kan føre til et unormalt graviditets- eller fødselsforløb, skaber lægen overblik over disse og videreformidler oplysningerne til fødestedet. Eventuelle risici forbundet med graviditet eller fødsel kan have indflydelse på valg af fødested – og information herom skal drøftes med kvinden. Henvisning sker gennem svangerskabsjournalen.

3.4.2 Jordmoderen

Jordmoderen er den fagperson, den gravide hyppigst har kontakt med under graviditeten. Den gravide bør have tildelt en kontaktjordemoder, der sammen med den praktiserende læge sikrer kontinuitet og sammenhæng. Det er særlig vigtigt, når forløbet kræver inddragelse af specialister og andre tværfaglige samarbejdspartere. Der er erfaring for, at brugertilfredsheden stiger betrag-

teligt, når jordemoderindsatsen organiseres i mindre teams, hvor den gravide følges af den samme jordemoder eller en lille gruppe af jordemødre.

Gennem en sundhedsfremmende og forebyggende indsats skaber jordemoderen forudsætninger for, at den gravide og hendes partner under graviditet, fødsel og familiedannelse:

- er i stand til at handle relevant i henhold til egne ressourcer, værdier og mål og under hensyntagen til barnets og egne tarv
- føler sig velinformerede, så de kan træffe nødvendige valg under graviditeten
- kan reagere hensigtsmæssigt på unormale tilstande i graviditeten.

Under fødslen er jordemoderen den centrale fagperson, der:

- understøtter den spontant forløbende fødsel
- støtter kvinden og inddrager partneren eller andre nære pårørende i fødselsprocessen
- sikrer, at der ved tegn på komplikationer iværksættes relevant intervention og behandling i samarbejde med og under ansvar af en obstetiker.

I barselsperioden bør jordemoderen:

- støtte kvinden og hendes partner i familiedannelse, herunder mestring af forældreopgaven og tro på egne evner og ressourcer
- tilbyde samtale med kvinden og hendes partner om graviditeten, fødslen og den allerførste tid med barnet
- sikre, at der tilbydes relevant intervention og behandling, når det er påkrævet.
- sikre overlevering af relevant og nødvendig information til den kommunale sundhedstjeneste.

3.4.3 Jordemodercentre

Jordemodercentre bør så vidt muligt placeres i nærmiljøet således, at der bliver nem adgang for den gravide. Det kan være hensigtsmæssigt at placere jordemoderens konsultationssted i fx en praksis med flere læger og fælles faciliteter, som også kunne benyttes i den fødsels- og forældreforberedende undervisning. Jordemoderkonsultation kan også placeres i lokalfællesskab med sundhedsplejersker eller i et sundhedscenter.

3.4.4 Obstetrisk afdeling

På den obstetriske afdeling varetages undersøgelse og behandling af gravide, der har øget risiko for komplikationer under graviditet og fødsel samt kvinder, der henvises fra jordemoder eller alment praktiserende læge på grund af opståede komplikationer under graviditeten eller mistanke herom. På den obstetriske

afdeling tilbydes den fornødne diagnostik og behandling. I særlige tilfælde viderevisiteres kvinden til en afdeling med specialfunktion, som beskrevet i den gældende *specialvejledning for gynækologi og obstetrik*, Sundhedsstyrelsen.

Opgaverne varetages af specialuddannet personale. Ved behov suppleres med tværfaglige team med særlige funktioner som fx ambulatorium for udsatte eller sårbare gravide, gravide med medicinske sygdomme m.v. Nogle team vil omfatte personale fra andre specialer, fx ved svangreomsorg til gravide med diabetes mellitus. På den obstetriske afdeling tilbydes fosterdiagnostik i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Ved behov inddrages neonatologisk ekspertise – når det er muligt allerede i graviditeten.

På den obstetriske afdeling tilbydes observation og behandling af både mor og barn i barselsperioden. Nogle obstetriske afdelinger varetager alene barselspleje for kvinder med kompliceret graviditet og fødsel, mens raske kvinder med raske børn efter normal graviditet og fødsel har barselsophold på et særligt familieafsnit eller udskrives direkte fra fødegangen. Den obstetriske afdeling bør deltage i forskning vedrørende graviditet, fødsel og barselsperiode.

3.4.5 Obstetrisk speciallæge

Den obstetriske speciallæge varetager – i samarbejde med jordemoderen og den praktiserende læge – undersøgelse og behandling under graviditet, fødsel og barsel og vil især have ansvar for følgende forløb:

- Kvinder med særlig risiko for komplikationer under graviditet og fødsel på grund af:
 - kronisk sygdom
 - tidligere graviditets- og/eller fødselskomplikationer
 - psyko-/sociale problemer.
- Kvinder, hvis graviditets- eller fødselsforløb afviger fra det normale.

Gravide, der følges af obstetrisk speciallæge, bør samtidig have tilbud om de sædvanlige forebyggende aktiviteter og konsultationer med jordemoder og praktiserende læge.

3.4.6 Sundhedsplejersken

Sundhedsplejersker samarbejder med relevante fagpersoner i både primær og sekundær sektoren.

Sundhedsplejersken kan tilbyde hjemmebesøg i graviditeten, hvilket er særlig vigtigt i indsatsen for sårbare familier. Under graviditetsbesøget vurderer sundhedsplejersken sammen med familien ressourcer, netværk o.a., der kan bidrage til at sikre familien optimale betingelser for “en sund start på livet”.

Sundhedsplejerskens besøg i hjemmet tilbydes vederlagsfrit til alle familier, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger *Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge (2011)*, revideret hvad angår barselsplejen pr. 1. oktober 2013.

I barselsperioden styrker sundhedsplejersken forældrenes ressourcer og tro på egne kompetencer til at mestre forældreopgaven. Hensigten er blandt andet:

- at vurdere, om barnet får sufficient ernæring og kommer i trivsel, uanset om det ammes eller får modermælkserstatning
- at evt. komplikationer af fysisk eller psykisk karakter hos mor, far og/eller barn erkendes – herunder vurdering af evt. icterus – og at familien henvises til vurdering og evt. behandling.

Sundhedsplejersken vurderer:

- om barnet reagerer normalt og vurderes at være sundt og raskt.

Endvidere medvirker sundhedsplejersken til:

- at give forældrene kendskab til mulighederne for vejledning, støtte og omsorg fra relevante sundhedsfaglige personer, såfremt intervention er nødvendig.

Desuden støtter sundhedsplejersken forældrene i udvikling af forældreskabet og i omsorgen for barnet blandt andet med henblik på at understøtte en sund tilknytning mellem forældre og barn.

3.5 Visitation og krav til fødesteder

98-99 % af alle fødsler i Danmark finder sted på sygehuse. 1-2 % vælger at føde hjemme eller på en jordemoderledet klinik uden tæt tilknytning til obstetrisk afdeling (fødeafdeling).

Kvindens valg af fødested

Der er mulighed for:

- at føde i hjemmet
- at føde på en jordemoderledet fødeklinik uden tæt tilknytning til fødeafdeling
- at føde på sygehus
 - på en jordemoderledet fødeklinik med tæt geografisk og organisatorisk tilknytning til en fødeafdeling
 - på en fødeafdeling (obstetrisk afdeling) med hoved- eller specialfunktion.

Alle landets obstetriske afdelinger har hovedfunktion. Derudover har nogle specialfunktioner for visse sygdomme hos gravide eller fostre. Regionerne tilrettelægger en visitationspolitik, se afsnit 3.2, som indebærer et samarbejde med obstetriske afdelinger med specialfunktioner enten i eller uden for regionen med det formål at sikre, at den gravide henvises til konsultation og fødsel på den afdeling, der opfylder den gravides behov. Regionerne og de enkelte afdelinger bør fremlægge opdaterede, nemt tilgængelige oplysninger (fx på internettet) om aktivitet, kvalitet, behandlings- og servicetilbud, faglige retningslinjer, mulighed for kontinuerligt at have en jordemoder til stede under den aktive del af fødslen, ligesom der bør redegøres for muligheden for assistance fra narkose- og børneafdeling. Disse oplysninger skal sikre, at de gravide har de bedste muligheder for at vælge fødested.

Visitation til et fødested sker ved den første konsultation hos den praktiserende læge. Visitationen bør ske så tidligt, at det kan afklares, om den gravide ønsker at gøre brug af tilbuddet om fosterdiagnostik, dvs. senest i uge 10. Visitationen bør revurderes løbende ved de følgende læge- og jordmoderkonsultationer.

- **Ved ønske om fødsel i hjemmet eller på fødeklínik**

Den praktiserende læge og/eller jordmoderen oplyser om muligheden for at føde hjemme og vurderer sammen med kvinden fordele og ulemper ved dette valg. Gravide med forventet, spontant forløbende, ukompliceret fødsel, der har ønske om hjemmefødsel eller klinikfødsel, kan visiteres til dette. Den gravide og hendes partner informeres om, at lægelig intervention i forbindelse med fødslen kræver overflytning til sygehus. Det er kvindens ret at vælge at føde hjemme, og jordmodercentret kan ikke afvise at deltage ved hjemmefødsel, uanset at der kan være faglige forhold, der taler imod den konkrete hjemmefødsel. Kvinden kan heller ikke overføres til sygehus mod sin vilje.

- **Ved ønske om fødsel på sygehus eller fødeklínik med tilknytning til sygehus**

Den praktiserende læge og/eller jordmoderen vurderer sammen med kvinden fordele og ulemper ved at vælge fødsel på sygehus eller på fødeklínik med tæt tilknytning til sygehus. Den praktiserende læge og/eller jordmoderen oplyser om de mulige fødselstilbud med og uden obstetrisk afdeling i den pågældende region. Gravide, der har ønske om fødsel på sygehus, visiteres til dette.

3.5.1 Hjemmefødsel

I alle regioner tilrettelægges et tilbud til de gravide, der vælger at føde hjemme. I regionen udarbejdes en vejledning for, hvortil og hvordan overflytning

kan ske, hvis der opstår komplikationer under fødslen. 12-20 % af alle hjemmefødsler må overflyttes til fødeafdeling, idet det kun er muligt at foretage de enkleste fødselsindgreb i hjemmet. Se i øvrigt afsnit 13.3.

Jordmoderen forbliver i hjemmet nogle timer efter fødslen med henblik på at observere mor og barn og sikre, at forældrene får samme tilbud om screeningsundersøgelser af barnet efter fødslen som forældre til børn født på sygehus.

3.5.2 Fødsel på jordemoderledet fødeklínik uden tilknytning til sygehus

Der vil på en fødeklínik uden tilknytning til sygehuse være jordemødre, men man vil sædvanligvis ikke kunne tilkalde hverken fødselslæge eller narkoselæge. Der vil være det nødvendige udstyr til den spontant forløbende ukomplicerede fødsel og nødhjælpsudstyr som ventilation, ilt og sug. Ligesom for hjemmefødsler forventes det, at 12-20 % af alle fødsler må overflyttes til en fødeafdeling. Derfor skal der på de enkelte fødeklínikker være retningslinjer for, hvad der skal ske, hvis der opstår komplikationer under fødslen.

Jordmoderen sikrer, at forældrene får samme tilbud om screeningsundersøgelser af barnet efter fødslen som forældre til børn født på sygehus.

3.5.3 Fødsel på sygehus

Fødsler på sygehuse kan foregå:

- på jordemoderlede fødeklínikker med tæt geografisk og organisatorisk tilknytning til obstetrisk afdeling
- på fødeafdelinger (obstetriske afdelinger), evt. med specialfunktion.

I henhold til specialevejledningen i gynækologi og obstetrik bør det være muligt på fødeafdelingerne på hovedfunktionsniveau at få assistance umiddelbart fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik (eller evt. en læge i det sidste år af speciallægeuddannelsen). Der bør endvidere være samarbejde med følgende specialer/funktioner: anæstesiologi med intensivt afsnit niveau 2, intern medicin (bredt), neurologi og pædiatri med neonatologisk kompetence. I tyndt befolkede områder med ø- eller ølignende geografi, hvor dette krav ikke kan opfyldes, vil andre løsninger være nødvendige. Det er dog en forudsætning, at den sundhedsfaglige kvalitet sikres gennem et tæt, formaliseret samarbejde med alle relevante parter, samt at borgerne er informeret herom.

Ved alle fødsler på sygehus er der mulighed for at bruge udstyr til overvågning af fosterets tilstand før og under fødslen. Ved fødsel på sygehus bør et akut kejsersnit kunne udføres så hurtigt, at der i hastetilfælde maksimalt går 15 minutter, fra beslutningen tages, til barnet er født.

3.5.4 Krav

Fødeafdelingernes og fødeklunikernes opgave er på samme tid at sørge for, at fødslerne forløber under fagligt optimale forhold, og at de fødende og deres familier oplever imødekommenhed, kontinuitet og tryghed.

Fødeafdelinger og fødeklunikker med tæt tilknytning til obstetrisk afdeling på sygehus bør have:

- Bemandingsplaner, som redegør for medarbejdernes antal og kvalifikationer i dagtimerne og i vagten
- Mål for jordemødrenes tilstedeværelse på fødestuerne
- Tidssvarende teknologisk udstyr
- Faglige evidensbaserede retningslinjer, herunder for visitation
- Plan for håndtering af situationer med behov for obstetrisk, anæstesiologisk og/eller neonatologisk assistance.

Det er vigtigt for tilfredsheden, at den fødende og hendes partner føler, at der bliver taget hensyn til deres ønsker. Læs mere om familiens ønsker og efterfødselsplanen i afsnit 4.2.2. Ønskerne beskrives i en efterfødselsplan efter drøftelser med parret. Planen revideres i løbet af graviditeten og senest umiddelbart efter fødslen. Fødeafdelingerne bør derfor have en politik for, hvordan disse ønsker så vidt muligt kan tilgodeses. Fødeafdelinger og klinikker bør tilstræbe, at familien kan være sammen i hele fødsels- og barselforløbet så vidt, det er muligt.

3.6 Organisering af det sundhedsfaglige tilbud i barselsperioden

I barselsperioden samarbejder fødestedets personale, den kommunale sundhedstjeneste og den praktiserende læge om familien. Gennem de senere år er varigheden af barselsindlæggelser generelt faldet, og samtidig er der set en stigning i forekomsten af genindlæggelser. Den observation og understøttelse af mor og barn, der tidligere overvejende fandt sted under indlæggelse, skal fortsat sikres efter tidlig udskrivelse efter fødslen. Opgaverne, der knytter sig hertil, kan ikke løses af primærsektoren alene, uanset at forældrene er udskrevet fra sygehuset, idet nogle af opgaverne varetages mest sikkert og sundhedsfagligt bedst af region/fødested. Opgaverne skal derfor varetages i et samarbejde mellem fødested og den kommunale sundhedstjeneste med det primære formål at forebygge genindlæggelse af dehydrerede og/eller underernærede spædbørn.

Opgavefordelingen skal desuden sikre den bedst mulige sundhedsfaglige varetagelse af de forskellige opgaver, således at:

- screeninger udføres med stor sikkerhed for et validt resultat
- genindlæggelse af dehydrerede og/eller icteriske nyfødte så vidt muligt forebygges
- observation af moderens tilstand efter fødslen og efterfødselssamtalen gennemføres systematisk som afslutning på graviditet og fødsel og med blik for en evt. kommende sund graviditet og fødsel.

Fordelingen af opgaver i hhv. region/fødested og kommune er beskrevet i kapitel 15 side 186.

Statens Serum Institut monitorerer såvel indlæggelsestid som genindlæggelser af nyfødte på udvalgte diagnosekoder, der relaterer sig til ovenstående. Følg med på www.ssi.dk. Udviklingen siden 2007 kan ses på www.ssi.dk.

3.6.1 Barselophold

Barselophold kan foregå på barselsafsnit på sygehuset, fødeklinik, barsel-/patienthotel, og lignende, hvor der er høj grad af egenomsorg med mulighed for at tilkalde sundhedsfaglig hjælp efter behov. Ved komplicerede barselophold kan opholdet foregå på et obstetrisk specialafsnit.

Et meget vigtigt princip er, at moderen og det nyfødte barn ikke adskilles – et princip, der i videst muligt omfang også bør opretholdes ved for tidlig fødsel eller sygdom hos barnet. Det anbefales, at et nyfødt barn kun indlægges adskilt fra sin mor, hvor behandlingsmæssige grunde gør det nødvendigt. I videst muligt omfang skal også faderen kunne tilbydes at være sammen med mor og barn under barselopholdet. Ca. 10 % af nyfødte børn indlægges på neonatalafdeling efter fødslen. Neonatalafdelingerne bør i videst muligt omfang indrettes med 'familie-barn-stuer', og let syge nyfødte kan observeres, plejes og behandles på barselsafdeling. Efter kejsersnit bør barnet følge moderen eller være sammen med sin far.

3.6.2 Efter udskrivning

Med henblik på at understøtte barnets sundhed og trivsel samt moderens restitution i den første tid efter fødslen tilbyder såvel fødested som den kommunale sundhedstjeneste en række ydelser.

Fødestedet tilrettelægger og tilbyder følgende ydelser: åben rådgivning 24 timer i døgnet til alle nye forældre op til 7 dage efter fødslen, hjemmebesøg ved jordemoder til alle førstegangsfødende, der udskrives inden for 24 timer, telefonisk kontakt til alle flergangsfødende, der udskrives inden for 24 timer samt konsultation ved jordemoder til alle nyfødte på sygehuset 48-72 timer efter fødslen.

Kommunen tilrettelægger og tilbyder barselsbesøg ved sundhedsplejerske i hjemmet til alle nyfødte børn og deres forældre på 4.- 5.-dagen efter fødslen efter aftale med forældrene. Såfremt konsultationen på sygehuset i dagene forinden har vist problemer, der bedst varetages på sygehuset, kan dette besøg udelades, og opgaven varetages på sygehuset. Det påhviler da fødestedet at orientere den kommunale sundhedstjeneste herom.

Det anbefales, at fødested og kommune i samarbejde udarbejder lokale retningslinjer for, hvorledes man forholder sig, såfremt moderen ikke ønsker kontakt med sundhedsplejen. Som minimum skal den praktiserende læge orienteres om fødslen efter aftale med moderen.

Såfremt der er bekymring for barnets sundhed og trivsel eller forældrenes evner og muligheder for at tage vare på deres barn, kan orientering af praktiserende læge og sociale myndigheder ske uden samtykke i henhold til lov om social service, se bilag 1.

For uddybning af ansvar og opgavefordeling i barselsperioder læs mere i kapitel 15.

3.6.3 Ved hjemmefødsel

Fødestedet, som jordemoderen kommer fra, tilbyder åben rådgivning 24 timer i døgnet op til 7 dage efter fødslen. Jordemoderen tilbyder hjemmebesøg et døgn efter fødslen, og familien tilbydes konsultation på fødestedet 48-72 timer efter fødslen.

Kommunen tilbyder barselsbesøg ved sundhedsplejerske på 4.-5.-dagen. Se også kapitel 15.

3.7 Svangerskabs- og vandrejournalen

En graviditetsjournal består af en svangerskabs- og en vandrejournal. De er vigtige redskaber i kommunikationen mellem faggrupperne for at sikre kvaliteten i forløbet og for at undgå dobbeltarbejde. I begge journaler er der afkrydsningsfelter, som bidrager til ensartethed i kommunikationen. Derudover er der plads til mere uddybende oplysninger.

Svangerskabsjournalen udfyldes i forbindelse med første lægebesøg og fungerer som henvisning til fødestedet. Det er vigtigt, at den praktiserende læge i afsnittet "samlet vurdering af ressourcer og risici" udarbejder et godt resume af anamnesen (sygehistorie), objektive fund, resultat af undersøgelser, sociale og psykologiske forhold og igangsatte undersøgelser. Dette kan forenkle arbejdsgangen og sikre kvaliteten, herunder en korrekt visitation. Desuden anfører lægen, hvilket niveau af svangreomsorgens ydelser, den gravide skønnes

at have behov for. Det er muligt at skifte niveau i graviditetsforløbet, hvis der sker ændringer fysisk, psykisk eller socialt.

Vandrejournalen udfyldes ved alle konsultationer hos læge, jordemoder/obstetrisk afdeling og ultralydsafdeling. Vandrejournalen sikrer, at de relevante anamnesticke oplysninger, objektive fund og undersøgelsesresultater følger kvinden og dermed er til rådighed for de involverede fagpersoner.

Ved udvikling af elektroniske journaler er det vigtigt, at svangreomsorgen tænkes ind allerede i de tidlige faser, således at der udarbejdes en samlet elektronisk journal for graviditet, fødsel og barsel.

4. Kontakter i graviditeten

Fokus for svangreomsorgen er moderens og fosterets trivsel. Såvel indhold som antal af konsultationer og øvrige kontakter tilrettelægges i dialog med kvinden og hendes partner. Formålet med svangreomsorgen er at dække helbredsmæssige, psykologiske og sociale aspekter af graviditet, fødsel og familieskab. Der er tale om både generel sundhedsfremme, forebyggelse og om specifik risikoopsporing. Indsatsen bør differentieres og tilpasses det individuelle behov.

I dette kapitel beskrives prækonceptionel rådgivning og svangreomsorgens generelle tilbud til raske kvinder med lav risiko-graviditeter (niveau 1). Indsatsen over for gravide med særlige behov (niveau 2, 3 og 4) gennemgås i kapitel 5. Fødsels- og forældreforberedelse er beskrevet i kapitel 12.

4.1 Antal og tidspunkt for kontakter

En kontakt kan være:

- Individuel konsultation bestående af samtale og vejledning
- Gruppekonsultation bestående af samtale og vejledning
- Hjemmebesøg med samtale og vejledning
- Fødsels- og forældreforberedende kursus
- Åbent hus-arrangement med forskellige temaer, besøg på fødegang o.l.
- Ultralydsundersøgelse med efterfølgende samtale med en jordemoder eller obstetriker.

Individuelle konsultationer, hjemmebesøg og gruppekonsultationer kan være med eller uden helbredsundersøgelser.

Med udgangspunkt i den raske kvinde med en ukompliceret graviditet er antal og tidspunkter for kontakter vist i figur 2. Basistilbuddet før fødslen omfatter:

- 3 konsultationer hos den praktiserende læge
- 2 ultralydsundersøgelser
- 4-7 jordemoderkonsultationer
- Evt. graviditetsbesøg af sundhedsplejersken.

På fødestedet kan der være tilrettelagt tilbud, der udelukkende baserer sig på enten individuelle konsultationer eller gruppekonsultationer, eller tilbud som kombinerer individuelle og gruppekonsultationer. Første jordemoderkonsultation bør altid være en individuel konsultation.



Ved alle konsultationer inviteres faderen til at deltage. Familiedannelse og tilknytning mellem barn og forældre starter prænatalt hos begge forældre, men processen forløber ikke helt ens. Hvor den gravides forestillinger handler om et spædbarn, handler faderens forestillinger ofte om et større barn, se også side 187. Samtaler og materialer om graviditet, fødsel, barsel og spædbarnspleje bør overvejende henvende sig til begge forældre.

Nogle gravide vil have behov for ekstra tilbud udover basistilbuddet, svarende til niveau 2, se også afsnit 3.2. Det kan fx dreje sig om intervention i forhold til den gravides livsstil, fx rygeafvænningsstilbud eller tilbud målrettet overvægtige gravide. Der kan også være behov for samtaler om tidligere fødsel ved fødselsangst eller om tidligere mislykket ammeforløb. Det kan ske i form af en eller flere ekstra konsultationer hos jordemoderen, den praktiserende læge eller en obstetrikker. For de fleste af disse sundhedsfremmende tilbud gælder, at de bør starte tidligt i graviditeten.

4.1.1 En individuel forløbsplan

Det anbefales, at jordemoderen – på baggrund af den praktiserende læges vurdering og i dialog med kvinden og hendes partner – udarbejder en individuel forløbsplan for graviditeten ved første jordemoderkonsultation. Jordemoderen koordinerer svangreomsorgens tilbud under hensyntagen til graviditetens forløb og behovet hos den gravide og hendes partner. Forløbsplanen udleveres til kvinden, som opbevarer den sammen med vandrejournalen. Planen justeres efter behov.

Figur 2. Vejledende oversigt* over tidsmæssig placering af kontakter i basistilbuddet

Gestationsalder (fulde uger)	Førstegangsfødende		Flergangsfødende		Ultralyd	Bemærkninger
	Praktiserende læge	Jordemoder	Praktiserende læge	Jordemoder		
6-10	x		x			Ekstra tid afsat
8+0 til 13+6						Doubletest
11+0 til 13+6					x	Nakkefoldsscanning
13-15		x		x		Ekstra tid afsat
15+0 til 22+0						Evt. triplettest
18					x	Misdannelsesscanning
21		x		x		
25	x		x			
29		x		x		
32	x		x			
35		x				
36				x		
37		x				
39		x		x		
(41)		x		x		Evt. obstetrikker
Fødsel						
1-10 dage efter fødslen		x		x		
8 uger efter fødslen	x		x			

* Inden for begge grupper gravide bør der være mulighed for at tilbyde flere eller færre konsultationer i forhold til de individuelle behov.

4.2 Former for kontakt

Ved alle konsultationer bør målet være, at kvinden gennem dialogen og undersøgelserne bliver støttet i at tage vare på sig selv og sin graviditet og til at træffe informerede valg. Formålet med nogle konsultationer vil især være helbredsundersøgelser og vurdering af fosterets vækst og udvikling, mens andre har fokus på den psykologiske og sociale trivsel og udvikling. Den gravide og hendes partner informeres om formålet med de enkelte tilbud/konsultationer. Konsultationerne bør tilrettelægges således, at den gravides partner eller en anden nær pårørende inviteres til at deltage. Samtaler, informationer og materialer bør overvejende henvende sig til begge forældre.

Ved tilstande under graviditeten som kræver aflastning, og hvor dette kan opnås i hjemmet, kan kvinden tilbydes jordemoderbesøg i hjemmet. Særlig udsatte gravide, der ikke møder til aftalte konsultationer, kan tilbydes hjemmebesøg.

4.2.1 Helbredsundersøgelse

Ved konsultationer med helbredsundersøgelse er det fosteret, graviditetens udvikling og den gravides helbredstilstand, der er i centrum. Ved helbredsundersøgelserne bør lægen og jordemoderen inddrage kvinden og hendes partner i baggrunden for undersøgelserne. Dette sker med henblik på, at de kan træffe valg på et informeret grundlag og for at understøtte tilknytningen til det ufødte barn.

Informationen tilpasses de individuelle forudsætninger hos kvinden og hendes partner, og den mundtlige vejledning kan suppleres med skriftligt materiale. Dialogen sikrer, at kvinden og hendes partner får mulighed for at stille spørgsmål og drøfte de problemstillinger, som optager dem. Afsnit 4.4 redegør for det sundhedsfaglige indhold i konsultationer med helbredsundersøgelser.

4.2.2 Jordemoderkonsultation uden helbredsundersøgelse (samtale)

Ved konsultationer uden helbredsundersøgelser er fokus på den gravides/parrets hverdagsliv og trivsel, oplevelser, tanker og overvejelser om graviditetens udvikling, den forestående fødsel og barselsperiode samt livet med det nye barn. Tilpasset den enkelte familie drøftes den psykologiske graviditetsproces, forberedelse til fødsel og forældreskab, og hvordan man kan udnytte egne ressourcer samt reducere evt. risici og fremme sundhed for hele familien. Jordemoderen bør være opmærksom på evt. psykiske eller sociale problemstillinger i familien.

I dialogen kan jordemoderens og kvindens/parrets gensidige forventninger blive afstemt, og der gives mulighed for medindflydelse på forløb og behandling. Målet er ikke kun vidensoverførsel, men at give kvinden og hendes part-

ner mulighed for at diskutere og strukturere den megen information, som præsenteres i graviditeten, så informationen bliver overskuelig og brugbar. Ved konsultationerne drøftes og justeres efterfødselsplanen løbende, og aftaler noteres i vandrejournalen.

I 1. trimester bør der især være fokus på kroppens forandring, kvinders og mænds psykologiske processer ved graviditet, forløb af tidligere graviditeter, fødsler og amning, evt. fødselsangst, levevilkår og livsstil med tilbud om intervention i forhold til fx rygestop samt behovet for henvisning til andre instanser, herunder arbejdsmedicinsk klinik eller den kommunale forvaltning.

I 2. trimester bør der især være fokus på de fysiologiske forandringer, evt. arbejdsmæssige belastninger, forestillinger, viden og erfaringer med amning, tilknytning til det ufødte barn, seksualitet, levevis, forælderroller og identitet.

I 3. trimester bør information og tanker om fødslen, amning, seksualitet, mestring af nye og uvante roller, efterfødselsplanen, barselsperioden og screeningstilbud af det nyfødte barn især være udgangspunkt for samtalerne. Ved behov kan jordemoderen i dette trimester henvise til sundhedsplejen.

4.2.3 Gruppekonsultation

Den enkelte gravide/parret kan vælge et forløb hos jordemoderen, hvor 4-8 gravide og deres partnere mødes ca. 1½ time pr. gang. Ved gruppekonsultation adskilles samtalen og helbredsundersøgelsen. Undersøgelserne placeres før eller efter gruppekonsultationen, så gruppen har mulighed for at samles, før jordemoderen kommer eller forsætte deres samtale og samvær uden jordemoderen. I jordemodercentre, hvor gruppekonsultation er et fast tilbud, vælger mellem 50 og 75 % af de gravide denne form for jordemoderkonsultation.

Gennem gruppekonsultationer kan den gravide og hendes partner forberede sig på den forestående ændring. Her skabes der mulighed for, at kommende forældre kan diskutere holdninger og erfaringer, udveksle ideer, forslag og løsninger i forhold til graviditet, fødsel og forældreskab. Desuden giver gruppekonsultationer mulighed for at udvikle personlige relationer, hvilket kan bidrage til netværksdannelse ud over graviditeten.

4.2.4 Åben konsultation

På nogle jordemodercentre har man gode erfaringer med en ugentlig åben konsultation, hvor kvinden og hendes partner har mulighed for at komme og drøfte spørgsmål, der bekymrer dem lige nu og her. De åbne konsultationer medvirker til, at fødestederne ikke opleves som svært tilgængelige, og de forebygger henvendelser, som ellers kan være svære at imødekomme i en stramt struktureret hverdag på fødeafdelingerne.

4.3 Prækonceptionel rådgivning

En vellykket svangreomsorg vil blandt andet have til formål, så tidligt som muligt at opspore potentielt truende tilstande hos såvel moderen som fosteret. Ikke alle graviditeter er planlagte – derfor er det ikke muligt at tilbyde alle kvinder rådgivning, før graviditeten indtræder. Der er endvidere meget stor forskel på, hvor lang tid der går, fra ønsket om graviditet opstår, til graviditeten er en realitet. Det er derfor ikke muligt at tilrettelægge en prækonceptionel rådgivning på linje med de øvrige tilbud i svangreomsorgen.

I en række situationer er det imidlertid relevant at forsøge at kortlægge og give sundhedsfaglig rådgivning om potentielt truende tilstande, allerede *før* graviditeten er indtrådt. Den praktiserende læges forudgående kendskab til kvinden giver gode muligheder for en øget opmærksomhed om rådgivning og evt. supplerende undersøgelser forud for en (planlagt) graviditet. Endvidere kunne 8 ugers-undersøgelsen efter fødslen være en god mulighed for at tage emnet op med henblik på næste graviditet.

En sådan prækonceptionel rådgivning er speciel relevant i forbindelse med:

- Rådgivning vedr. folsyretilskud fra graviditeten planlægges
- Opfølgning på evt. manglende vaccinationer af moderen (fx MFR)
- Ugunstige livsstilsfaktorer (alkohol, rygning, overvægt, mangelfuld kost, m.m.)
- Rusmiddelproblemer (medicin, alkohol, narkotika)
- Ugunstige påvirkninger i arbejdsmiljøet (fx fysiske, kemiske eller biologiske påvirkninger)
- Kroniske behandlingskrævende medicinske eller psykiatriske tilstande (hypertension, epilepsi, thyroidealidelser, diabetes, svære recidiverende depressioner, skizofreni m.m.)
- Forekomst af genetisk betingede sygdomme i familien (cystisk fibrose, hæmoglobinopati, Down syndrom m.m.)
- Konsangvinitet (forhold hvor parterne er beslægtede, fx fætter-kusine-ægteskaber).

4.4 Indhold af konsultationerne

I det følgende beskrives de enkelte læge- og jordemoderkonsultationer i henhold til den vejledende oversigt over placering i figur 2. Ved alle kontakter er nævnt, om hovedformålet med konsultationen er samtale, helbredsundersøgelse eller begge dele. Desuden er beskrevet omdrejningspunkter for samtale og de kliniske undersøgelser, der bør foretages.

De enkelte kliniske undersøgelser er beskrevet i kapitel 7.

4.4.1 FØRSTE LÆGEUNDERSØGELSE 6-10 UGER

► Samtale og helbredsundersøgelse (ekstra tid afsat)

Formål

Lægen

- orienterer kvinden om det videre graviditetsforløb og introducerer til sundhedsvæsenets tilbud til gravide
- udfylder svangerskabs- og vandrejournalen og indplacerer kvinden på svangreomsorgsniveau 1-4, og foretager den første visitation til fødested på baggrund af anamnese, undersøgelsesresultater samt kvindens/parrets ønske
- afklarer, om kvinden ønsker information om prænatal diagnostik og informerer herom, hvis det ønskes
- visiterer til obstetrisk speciallæge og/eller genetisk rådgivning ved indikation
- visiterer til arbejdsmedicinsk afdeling og/eller kommunens social- og sundhedsforvaltning ved indikation
- motiverer og visiterer rygere til tidlig intervention.

Den første svangreundersøgelse er omfattende og ressourcekrævende med opsamling og formidling af store mængder information. Undersøgelsen understøttes af svangerskabs- og vandrejournalen. Undersøgelsen bør gennemføres så tidligt som muligt for at få afklaret, om den gravide ønsker tilbud om fosterundersøgelser, og om hun har behov for henvisning til tidlig obstetrisk, genetisk eller arbejdsmedicinsk rådgivning, livsstilsintervention eller kontakt til den kommunale socialforvaltning.

Samtalen

Samtalen omfatter følgende emner:

1. Generel information om svangreomsorgens tilrettelæggelse
2. Prænatal rådgivning, hvis kvinden og hendes partner ønsker det
3. Vejledning om livsstil, kosttilskud, medicin, arbejde m.v.
4. Optagelse af grundig anamnese.

Ad 1:

Kvinden og hendes partner får generel information om rettigheder i forbindelse med graviditet og fødsel, herunder om muligheder for valg af fødested.

Ad. 4:

Anamnesen foregår med afkrydsning og kommentarer i svangerskabs- og vandrejournalen, hvor relevante arvelige, medicinske, sociale og arbejdsmæssige forhold beskrives.

Kvinder, der er født efter 1974, udspørges om deres MFR-vaccinationsstatus.

Den gravides *sociale forhold* (arbejde, bolig, økonomi) belyses, og i denne forbindelse drøftes og vurderes:

- Forholdet til barnets far
- Familiens sociale forhold og ressourcer.

Endvidere vurderes, om der er behov for at kontakte den kommunale forvaltning med henblik på tidlig indsats fra sundhedsplejen og særlige sociale støtteforanstaltninger.

Den gravides *arbejds miljø* vurderes med hensyn til erhvervmæssig risiko for skadelig påvirkning af fosteret og/eller kvindens helbred under graviditeten, se kapitel 6.

Lægen vurderer, om der er indikation for:

- Aflastning/omplacering af den gravide og muligheden herfor
- Henvisning til arbejdsmedicinsk klinik
- Fraværsmedling, jf. barselslovens § 6, stk. 2.

Lægen gør den gravide opmærksom på at efterspørge arbejdspladsens gravidpolitik. For en nærmere uddybning af disse punkter henvises til afsnit 6.1 om gravide og arbejdsmiljø.

Det vurderes, om der er behov for tolk i det videre forløb, og det noteres i journalen.

Helbredsundersøgelsen

Helbredsundersøgelsen omfatter for alle:

1. Vurdering af almentilstand
2. Måling af blodtryk
3. Urinundersøgelse for asymptomatisk bakteriuri
4. Urinstix for glukose og protein
5. Blodprøve
6. Vejning som baggrund for rådgivning om vægtøgning, kost og fysisk aktivitet.

Ad 3:

Der foretages urinmikroskopi eller anvendes urinstix for nitrit og leukocytsterase. Ved positivt resultat suppleres med en urindyrkning.

Kvinder med anamnese omfattende hyppige urinvejsinfektioner, pyelonefrit (nyrebækkenbetændelse), tidligere urinvejsinfektion i graviditeten eller tidligere præterm fødsel, tilbydes derudover urindyrkning og evt. resistensbestemmelse i uge 16 hos praktiserende læge, se afsnit 7.5.

Ad 5:

Blodprøve til undersøgelse for blodtype og irregulære blodtypeantistoffer samt screening for hepatitis B, HIV og syfilis. Forsendelse af blodprøver og svar sker i henhold til lokal aftale med blodbank.

Desuden tilbydes kvinder med øget risiko følgende undersøgelser:

- Klamydia, se afsnit 10.6
- Gonoré, se afsnit 10.5
- Måling af hæmoglobin, MCV og serum-jern, se kapitel 9
- D-vitaminstatus, se afsnit 6.3
- Screening for gestationel diabetes, se afsnit 11.3
- Gynækologisk undersøgelse/vaginaleksploration, se afsnit 7.6

For yderligere information og definition af kvinder med øget risiko henvises til kapitel 7 om den kliniske undersøgelse af gravide, kapitel 10 om infektøse sygdomme og kapitel 11 om obstetriske problemstillinger.

4.4.2 FØRSTE JORDEMODERKONSULTATION 13-15 UGER

► Individuel samtale (ekstra tid afsat)

Formål

Jordemoderen

- følger op på og supplerer evt. den praktiserende læges konklusioner og danner sig et samlet overblik over den gravides fysiske, psykiske og sociale situation i forbindelse med graviditeten
- skaber dialog om forventninger til familiedannelsesprocessen og de fysiske, psykiske og sociale forandringer i forbindelse med graviditeten. Drøftelse af evt. tidligere fødsels- og ammeforløb
- udarbejder en individuel forløbsplan for sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til den gravide/familien
- fører en motiverende samtale vedrørende evt. livsstilsændringer.

Den første jordemoderkonsultation finder sted i graviditetsuge 13-15 og foregår som en individuel konsultation. Gravide med øget risiko, fx rygere eller overvægtige, kan med fordel ses tidligere med henblik på hurtig rådgivning og evt. henvisning. Jordemoderen tager udgangspunkt i kvindens/parrets situation og inddrager den praktiserende læges oplysninger i svangerskabs- og vandrejournalen. Jordemoderen fortsætter journaloptegnelser i vandrejournalen.

Forløbsplan

I samråd med kvinden og hendes partner tilrettelægger jordemoderen en individuelt tilpasset forløbsplan. Det vurderes, om der er behov for at iværksætte særlige tilbud eller særlig støtte, som fx livsstilsrelaterede og/eller psykosociale interventioner. Ved de fleste af disse særlige tilbud er det en fordel, hvis de starter tidligt i graviditeten. Nogle af disse tilbud vil være forankret i jordemodercentret eller på en obstetrisk afdeling, mens andre kan være forankret i kommunalt regi. Ved den første jordemoderkonsultation koordinerer jordemoderen sammen med parret de forskellige tilbud, og nedskriver en plan for graviditeten på baggrund af behov og ønsker. Den gravide får planen, som hun opbevarer sammen med vandrejournalen.

Individuel eller gruppekonsultation

Jordemoderen aftaler med kvinden og hendes partner, om efterfølgende jordemoderkonsultationer skal foregå individuelt eller som gruppekonsultation. Gravide, som vælger individuelle jordemoderkonsultationer, bør have tilbud om supplerende at deltage i et fødsels- og forældreforberedelseskursus. For

gravide, som vælger gruppekonsultationer, kan fødsels- og forældreforberedelsen integreres i jordemoderkonsultationerne.

Ved behov for yderligere støtte eller undersøgelse

Den gravide og hendes partner informeres om, hvor de kan henvende sig, hvis de bliver utrygge ved graviditetens forløb, og/eller der opstår faresignaler som blødning og smerter. De informeres ligeledes om muligheden for behovskonsultationer og åbent hus.

4.4.3 JORDEMODERKONSULTATION 21 UGER

► Gruppe/individuel samtale

Formål

Jordemoderen

- støtter tilknytningen mellem forældre og barn og forbereder til forældreskab
- vurderer graviditetens udvikling og drøfter kvindens velbefindende
- støtter og vejleder i forhold til de fysiske og psykiske forandringer, herunder fornemmelsen af liv samt ændringer i livssituationen inklusive i seksuallivet
- giver opbakning i forhold til positive livstilsændringer
- drøfter forestillinger, viden og erfaring med fødsel, amning og barselstid, herunder påbegyndelse af efterfødselsplan, der udarbejdes i overensstemmelse med lokale bestemmelser.

Ved gruppekonsultation deltager en mindre gruppe bestående af 4-8 gravide og evt. deres partnere. Ved individuel konsultation deltager den gravide og evt. hendes partner.

Samtale

Alt efter behov drøftes emner som arbejdsmæssige belastninger, forestillinger om amning, tilknytning til det ufødte barn, seksualitet, fysisk aktivitet, forælderroller og identitet. Der spørges til, om den gravide mærker liv, og det drøftes, hvornår hun kan forvente at mærke liv dagligt, og hvornår hun skal reagere på *ikke* at mærke dette.

Desuden kan jordemoderen tage initiativ til gruppediskussion om sund levevis og mulighederne for at fremme sundhed for mor, barn og hele familien. Jordemoderen oplyser om fordelene ved bækkenbundstræning og giver instruktion heri.

Evt. kønsopdelte grupper

Afhængig af emne og ønsker kan gravide og deres partnere deles i to grupper, så de har mulighed for at tale med andre af samme køn om emner som fx forældreskab, identitetsforandringer og ændringer i parforholdet.

4.4.4 LÆGEUNDERSØGELSE 25 UGER

► Samtale og helbredsundersøgelse

Formål

Lægen

- vurderer kvindens generelle trivsel, herunder evt. familiemæssige og arbejdsmæssige belastninger
- støtter og styrker par- og familieforhold
- foretager risikoopsporing af obstetriske komplikationer
- tager blodprøve på RhD (rhesus) negative kvinder.

Samtalen

Samtalen omfatter en drøftelse af det hidtidige graviditetsforløb på baggrund af spørgsmål og refleksioner fra den gravide og hendes partner. Der følges op på vurderingen af kvindens arbejdsmiljø. Såfremt kvinden har fået problemer med at opretholde en fuld arbejdsindsats, diskuteres muligheder for aflastning, omplacering eller evt. fraværsmedling. Overvejelser om barnets pasning drøftes, herunder også barselorlovsordninger og forældreorlov. På dette tidspunkt vil graviditeten ofte berøre parrets samliv og/eller familiemønster. Det kan være relevant at drøfte emner som reaktionsmønstre og evt. konflikter.

Helbredsundersøgelsen

Helbredsundersøgelsen omfatter:

1. Livmoderens størrelse
2. Den gravides almentilstand
3. Blodtryksmåling
4. Urinstix for glukose og protein
5. Urinundersøgelse for asymptomatisk bakteriuri
6. Vejning med henblik på fortsat rådgivning om vægtøgning, kost og fysisk aktivitet efter behov
7. Blodprøve hos kvinder med RhD negativ blodtype.

Ad 5:

Der foretages urinmikroskopi eller anvendes urinstix for nitrit og leukocyteterase. Ved positivt resultat suppleres med en urindyrkning.

Ad 7:

Blodprøven undersøges for irregulære blodtypeantistoffer: Ved positive fund vurderes resultatet af en speciallæge i klinisk immunologi. På en anden blodprøve foretages bestemmelse af fosterets RhD type, således at fødestedet har svaret, når kvinden kommer til jordemoderkonsultation i uge 29, se afsnit 9.2.

På baggrund af samtale og undersøgelsesresultater revurderes visitation til fødested.

4.4.5 JORDEMODERKONSULTATION 29 UGER

► Samtale (gruppe/individuet) og helbredsundersøgelse

Formål

Jordemoderen

- vurderer graviditetens udvikling og foretager risikoopsporing af præeklampsi, væksthæmning af fosteret og diabetes samt truende for tidlig fødsel, m.m.
- drøfter den gravides velbefindende og parrets/familiens trivsel
- drøfter amning med den gravide og hendes partner
- foretager RhD profylakse.

Samtalen

Samtalen omfatter opfølgning på tidligere samtaler og undersøgelser samt den gravides eller parrets deltagelse i særlige interventioner som fx rygestop. Jordemoderen tager initiativ til en samtale om kvindens/parrets trivsel og tanker i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel samt evt. spørgsmål eller problemer, herunder evt. justering af efterfødselsplanen. Der spørges til "at mærke liv", og hvordan det opleves, samt vejledes om at reagere ved mindre liv eller andre væsentlige forandringer.

Jordemoderen tager initiativ til en dialog om amning med udgangspunkt i *Amning – Håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen. Jordemoderen øger den gravides og parrets viden om amning, og styrker deres tillid og tiltro til en velfungerende amning, såfremt kvinden ønsker at amme. Der lægges særlig fokus på de praktiske færdigheder omkring amning.

Helbredsundersøgelsen

Helbredsundersøgelsen omfatter:

1. Blodtryksmåling
2. Urinstix for glukose og protein
3. Vurdering af fostervækst og hjertelyd
4. Vejning ved behov.

Gravide med RhD negativ blodtype, som bærer et RhD positive foster, tilbydes profylaktisk indsprøjtning med 250-300 µg anti-D immunoglobulin, som beskrevet i afsnit 9.2.

Jordemoderen vurderer kvindens oplevelse af belastning i graviditeten, eksempelvis plukveer m.v. med henblik på at forebygge for tidlig fødsel (fraværmelding, hjælp i hjemmet o.l.).

4.4.6 LÆGEUNDERSØGELSE 32 UGER

► Samtale og helbredsundersøgelse

Formål

Lægen

- vurderer den gravides generelle trivsel, herunder blandt andet behov for aflastning
- diskuterer den gravides og hendes partners forventninger til fødsel og barselsperiode foretager risikospørgsmål af obstetriske komplikationer, herunder præeklampsi, væksthæmning af fosteret og diabetes samt truslen for tidlig fødsel.

Samtalen

Lægen vurderer kvindens oplevelse af belastning i graviditeten, eksempelvis plukveer m.v. med henblik på at forebygge for tidlig fødsel (aflastning). Der tales om tanker og overvejelser i forbindelse med de første uger efter barnets fødsel og hjemkomst, herunder genoptagelse af seksualliv efter fødslen. Desuden drøftes partnerens rolle i forbindelse med fødslen og partnerens mulighed for og ønske om barselorlov.

Helbredsundersøgelsen

Ved den sidste lægeundersøgelse før fødslen bør lægen særlig fokusere på forhold, som medfører behov for vurdering af obstetriker.

Helbredsundersøgelsen omfatter:

1. Den gravides almentilstand
2. Blodtryksmåling
3. Urinstix for glukose og protein
4. Vurdering af fostervækst og hjertelyd
5. Vejning ved behov.

Endvidere spørges til den gravides oplevelse af fosterets aktivitet, og lægen opfordrer den gravide til at henvende sig til personalet på fødestedet, hvis hun mærker mindre liv.

Den gravide og hendes partner informeres om tidspunkt for og indhold af den første børneundersøgelse hos egen læge 5 uger efter fødslen, samt den efterfølgende lægeundersøgelse af kvinden 8 uger efter fødslen.

4.4.7 JORDEMODERKONSULTATION 35 UGER (førstegangsfødende) ELLER 36 UGER (fleregangsfødende)

► Samtale (gruppe/individuel) og helbredsundersøgelse

Formål

Jordemoderen

- vurderer graviditetens udvikling og drøfter den gravides velbefindende
- forbereder den gravide og hendes partner på fødslen
- foretager risikosporing af diabetes, præeklampsi og væksthæmning af fosteret
- undersøger fosterstilling med henblik på at finde fostre, der ikke ligger i hovedstilling og visiterer disse til ultralydsundersøgelse og evt. vending
- vurderer fostervækst og -trivsel.

Samtalen

Samtalen omfatter tanker og overvejelser om fødslen, mestringsstrategier, og hvordan kvinden/parret i forbindelse med fødslen kan udnytte egne ressourcer, reducere risici og fremme sundhed. Evt. tidligere fødselsforløb drøftes. Jordemoderen informerer om vejrtrækning, bevægelse, afspænding, fødselsstadier, muligheder for smertelindring, vandfødsel og indgreb under fødslen.

I gruppekonsultationer kan gravide og deres partnere – afhængig af emne – deles i to grupper, så de har mulighed for at tale med andre af samme køn om eksempelvis forventninger til fødslen og samspillet med partneren under fødslen.

Apparatur og udstyr, som anvendes til fødsler, gennemgås som forudsætning for den gravides selvbestemmelse ved valg af fødested og anvendelse af teknologi under fødslen.

Helbredsundersøgelsen

Helbredsundersøgelsen omfatter:

1. Blodtryksmåling
2. Urinstix for glukose og protein
3. Vurdering af fostervækst, fosterstilling og hjertelyd
4. Vejning ved behov.

4.4.8 JORDEMODERKONSULTATION 37 UGER (førstegangsfødende)

► Samtale og helbredsundersøgelse

Formål

Jordemoderen

- vurderer fostervækst og fosterstilling og drøfter den gravides velbefindende
- foretager risikoopsporing af obstetriske komplikationer, herunder diabetes, præeklampsi og væksthæmning af fosteret
- forbereder den gravide/parret på fødslen, modtagelsen af det nyfødte barn og den allerførste tid med barnet, herunder den første amning.

Samtalen

Samtalen omfatter den gravide/parrets trivsel og deres tanker omkring den forestående fødsel, herunder smerte og smertelindring, efterfødselsplan, barselsperiode, prævention samt evt. spørgsmål eller problemer.

Der gives information om undersøgelse og behandling af det nyfødte barn, herunder jordemoderens kliniske undersøgelse, indgift af K-vitamin samt tilbud om screening for medfødte metaboliske sygdomme inkl. PKU og hørescreening.

Jordemoderen informerer om tilbuddet om efterfødselssamtale.

Helbredsundersøgelsen

Helbredsundersøgelsen omfatter:

1. Blodtryksmåling
2. Urinstix for glukose og protein
3. Vurdering af fostervækst, fosterets stilling og hjertelyd
4. Vejning ved behov.

4.4.9 JORDEMODERKONSULTATION 39 UGER

► Helbredsundersøgelse

Formål

Jordemoderen

- vurderer fostervækst og fosterstilling og drøfter den gravides velbefindende
- forbereder den gravide/parret på fødslen
- foretager risikosporing af obstetriske komplikationer, herunder diabetes, præeklampsi og væksthæmning af fosteret.

Samtalen

Samtalen omfatter emner, som den gravide og hendes partner har behov for at drøfte samt opfølgning på de forrige konsultationer.

Helbredsundersøgelsen

Helbredsundersøgelsen omfatter:

1. Blodtryksmåling
2. Urinstix for glukose og protein
3. Vurdering af fostervækst, fosterets stilling og hjertelyd.

4.4.10 JORDEMODERKONSULTATION VED OVERSKRIDELSE AF TERMIN 41 UGER

► Helbredsundersøgelse

Formål

Jordemoderen

- vurderer fostervækst og fosterstilling og drøfter den gravides velbefindende
- foretager risikoopsporing af præeklampsi
- drøfter evt. bekymringer omkring “at gå over tiden”
- informerer om muligheder for igangsættelse.

Samtalen

Jordemoderen taler med den gravide og hendes partner om deres trivsel og tanker omkring den forestående fødsel og evt. bekymring over at gå over tiden. Desuden drøftes muligheden for undersøgelser samt fordele og ulemper ved igangsættelse.

Jordemoderen kan efter information herom tilbyde vaginaleksploration med løsning af fosterhinder.

Helbredsundersøgelsen

Helbredsundersøgelsen omfatter:

1. Blodtryksmåling
2. Urinstix for glukose og protein
3. Vurdering af fostervækst, fosterets stilling og hjertelyd
4. Evt. vaginal exploration.

Jordemoderen henviser den gravide til obstetriker med henblik på evt. igangsættelse senest ved uge 42+0 og i øvrigt i henhold til gældende instruks på den obstetriske afdeling.

4.5 Henvisning til obstetrisk speciallæge

Gravide med øget risiko for komplikationer under graviditet og fødsel skal henvises til undersøgelse hos en obstetrisk speciallæge på en fødeafdeling. Visitation til speciallægeundersøgelsen sker primært på baggrund af vurderingen ved første graviditetsundersøgelse hos den praktiserende læge. På baggrund af fund ved de efterfølgende undersøgelser hos egen læge og jordemoder kan der i løbet af hele graviditeten ske henvisning til en speciallæge.

Gravide med behov for undersøgelse hos en speciallæge tilbydes samtidig de sædvanlige forebyggende aktiviteter og kontakter med jordemoder og praktiserende læge.

4.5.1 Årsager til primær henvisning til læge på obstetrisk afdeling

- Usikker termin
- Arvelige sygdomme i familien
- Tidligere kirurgisk indgreb på uterus, fx myomectomi, conisatio
- Tidligere større abdominale indgreb
- Kvindelig omskæring
- Flerfoldsgraviditet eller mistanke herom
- Kronisk sygdom og andre særlige forhold hos den gravide, blandt andet
 - Medicinske eller neurologiske sygdomme
 - Svær overvægt (BMI > 35) eller undervægt (BMI < 18)
 - Psykiatriske lidelser
 - Rusmiddelproblematik
 - Sociale forhold, se kapitel 5.
- Tidligere kompliceret graviditet og/eller fødsel, blandt andet
 - Gentagne aborter (>3 konsekutive aborter i 1. trimester)
 - Abort i 2. trimester herunder cervixinsufficiens
 - RhD eller anden blodtypeimmunisering
 - Svær præeklampsi eller HELLP i tidligere graviditet
 - Tidligere kompliceret fødsel
 - Tidligere fødsel ved sectio
 - Tidligere traumatisk fødsel
 - Dødfødsel eller neonatal død
 - Fødsel af misdannet barn
 - Fødsel af væksthæmmet barn
 - Fødsel af large-for-gestational-age barn.

4.5.2 Årsager til henvisning til obstetriker i løbet af graviditeten

Komplikationer i den aktuelle graviditet som fx:

- Blødning
- Tegn på udvikling af præeklamsi eller diabetes
- Mistanke om truende for tidlig fødsel
- Mistanke om væksthæmning af fosteret
- Aftagende fosterbevægelser
- Mistanke om unormal fosterpræsentation efter uge 35
- Infektioner i graviditeten (fx varicella, rubella m.m.).

4.6 Undersøgelse af kvinden 8 uger efter fødslen

- ▶ **Den alment praktiserende læge tilbyder alle kvinder undersøgelse 8 uger efter fødslen.**

Formål

Lægen

- vurderer moderens fysiske og psykiske tilstand efter fødslen
- drøfter familiens trivsel
- drøfter prævention.

Samtalen

Samtalen omfatter moderens restitution efter fødslen samt familiens trivsel og netværk. Fødslen drøftes i det omfang, der er behov for yderligere afklaring. Såfremt det overståede graviditets- og fødselsforløb vil have konsekvenser for en evt. kommende graviditet og fødsel, drøftes disse. Lægen spørger til, om der fortsat er gener fra fødselsrelaterede traumer (urininkontinens, gener fra bristninger eller episiotomi m.v.), se afsnit 13.1.7. De kropslige og psykiske ændringer, som finder sted i perioden efter fødslen, diskuteres med udgangspunkt i kvindens/parrets egne oplevelser. Genoptagelse af seksuallivet og valg af prævention drøftes, hvis det ikke har været drøftet tidligere. Mor-barn-forholdet vurderes på baggrund af kvindens oplysninger og lægens observationer, inklusive 5 ugers-børneundersøgelsen. Især må lægen være opmærksom på tegn på manglende psykisk accept af den nye situation eller direkte afmagtsfølelse i mor-barn-relationen. Lægen spørger til kontakten til sundhedsplejersken.

Barselsperioden, herunder efterfødselssamtalen, er beskrevet i kapitel 15.

Helbredsundersøgelsen

Helbredsundersøgelsen omfatter:

- Vurdering af knibefunktion hos alle – gynækologisk undersøgelse ved behov
- Cervixcytologisk undersøgelse (smear), såfremt den har været udsat på grund af graviditeten.

Afhængig af fødsels- og barselsanamnese kan lægen evt. tilbyde måling af hæmoglobin med henblik på relevansen af fortsat jerntilskud i barselsperioden.

5. Gravide med særlige behov

Målet for svangreomsorgen er, at både mor og barn kommer bedst muligt gennem graviditet, fødsel og barsel. Sundhedsvæsenet tilbyder en særlig målrettet forebyggende og behandlende indsats over for kvinder, hvis graviditet er forbundet med øget risiko.

Der ses en socioøkonomisk gradient i forekomsten af graviditets- og fødselskomplikationer. Social ulighed har betydning for graviditetens udfald, og der er også i Danmark fundet øget dødelighed for både den særlig udsatte mor og den nyfødte. Børn født i socialt belastede familier har således en hyppigere forekomst af for tidlig fødsel, dødfødsler, lav fødselsvægt og spædbarnsdød. Gravide med sociale, psykiske, medicinske eller obstetriske problemstillinger har andre forudsætninger for en normal graviditet og familiedannelse end kvinder uden disse problemstillinger. Indsatsen over for kvinder med øget risiko af medicinsk karakter og kvinder med livsstilsbestemte risikofaktorer beskrives i de næste kapitler.

Fast støtteperson til særlig udsatte gravide

En gravid, der er svært psykosocialt belastet og dermed særlig udsat, har øget behov for en eller flere faste støttepersoner. Det vil medvirke til at skabe trygge rammer, idet denne gruppe kvinder kan have svært ved at skabe relationer og rum for tillid, ikke mindst under pressede omstændigheder. Er kvindens graviditet truet, typisk på grund af både medicinske, psykologiske og sociale forhold, anbefales det:

- at tilbuddet om sundhedsfremme og forebyggelse udvides i henhold til de individuelle behov og ikke er mindre end det tilbud, som gives til gravide med en ukompliceret graviditet
- at den gravide sikres kontinuerlig kontakt med en fast jordemoder fra den afdeling, hvor hun skal føde
- at det aftales og journalføres, hvem der er den primære kontaktperson og tovholder for kvinden under hele graviditeten. Det er vigtigt, at den gravide får en fast kontaktperson, idet det giver mulighed for at opbygge et tillidsfuldt forhold
- at der under graviditeten tages stilling til forankring af indsatsen efter fødslen hos socialforvaltningen, den kommunale sundhedstjeneste og den praktiserende læge med henblik på at sikre kontinuitet
- at overveje at tilbyde hjemmebesøg, hvis kvinden udebliver fra aftalte konsultationer.

I dette kapitel beskrives indsatsen over for kvinder med sociale og/eller psykologiske risikofaktorer, som formodes at have betydning for udfaldet af graviditeten. Det skal bemærkes, at psykosociale belastningsfaktorer, negative livsstilsfaktorer og medicinske risikofaktorer ofte er at finde hos den samme gravide.

Eksempler på danske tværfaglige og tværsektorielle projekter målrettet udsatte gravide er beskrevet i bilag 3.

5.1 Den særlige indsats

I Danmark er der tradition for en differentiering af svangreomsorgen gennem opprioritering af indsatsen over for de socialt dårligst stillede, se også afsnit 3.2. Dette princip anbefales også af WHO i 2002. Sundhedsvæsenets indsats over for kvinder med øget risiko finder sted på to planer:

- På det administrative plan, hvor svangreomsorgen planlægges, kan et kvalificeret og homogent tilbud til gravide med særlige behov sikres gennem anvendelse af redskaber som:
 - Retningslinjer for visitation
 - Nedsættelse af tværfaglige fora
 - Retningslinjer for en særlig indsats over for disse kvinder.
- På det individuelle plan danner lægens og jordemoderens vurdering – i samarbejde med den gravide – grundlag for tilrettelæggelsen af den nødvendige indsats under graviditet, fødsel og barselsperiode.

5.2 Planlægning og forankring af indsatsen

Det tværfaglige samarbejde omkring særlig udsatte gravide involverer en bred vifte af fagpersoner, og der er behov for at styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde og sikre koordineringen mellem sygehuset i regionen og primærsektor i kommunen.

Udgangspunktet for initiering af samarbejdet er henvisningen fra den praktiserende læge, der ved første lægeundersøgelse optager en grundig psykosocial anamnese med henblik på at vurdere behovet for en særlig indsats. Se også afsnit 3.2 og 3.7.

På grund af øget risiko for obstetriske komplikationer henvises de gravide i denne gruppe til obstetrisk vurdering så tidligt som muligt. Jordemoderen eller lægen på den obstetriske afdeling tager stilling til behovet for en tvær-



Det anbefales at udpege en sundhedsfaglig person som tovholder for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring den særlig udsatte gravide. Tovholderens opgave er at koordinere samarbejdet mellem sundhedsvæsenets aktører, den gravide og hendes partner samt evt. social- og sundhedsforvaltningen i kvindens kommune.

faglig og tværsektoriel indsats og lægger sammen med den gravide og hendes partner en plan for forløbet.

5.2.1 Planlægning, koordinering og forankring

Indsatsen i forhold til den enkelte gravide planlægges i et tæt samarbejde mellem jordemoder og obstetrikere i samråd med den gravide og hendes partner. Det anbefales, at der udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson (læge, jordemoder eller sygeplejerske), der fungerer som tovholder for samarbejdet mellem sundhedsvæsenets aktører og/eller for kontakten til socialforvaltningen (niveau 2 og 3, se afsnit 3.2). Ved behandling af mere komplekse forløb vil der ofte være behov for at involvere tværfaglige eller tværsektorielle samarbejdspartnere med repræsentation fra sygehussektoren, primærsektoren og efter behov socialforvaltningen (niveau 3 og 4, se afsnit 3.2). For niveau 4 anbefales det, at et fast team varetager opgaverne i relation til indsatsen for den gravide, idet opgavens høje kompleksitet kræver særlige kompetencer. Læger med pædiatrisk viden og andre med viden om behandlingen efter fødslen bør inddrages i samarbejdet allerede under graviditeten for at sikre kontinuitet fra svangreomsorgen til håndtering af barnets/familiens problemer efter fødslen.

Under graviditeten vil forankringen af indsatsen over for disse grupper ligge i sygehushvæsenets regi. Personalet på sygehuset bør medtænke samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste allerede tidligt i graviditeten. I samarbejde med kommunen tages der inden fødslen stilling til, hvilken indsats der i givet fald er påkrævet *efter* fødslen, og hvor den skal forankres. Dette vil som oftest gælde ved niveau 3 og under alle omstændigheder ved niveau 4.

Gennem hele graviditeten, under fødslen og i barselsperioden kan der opstå problemer eller sygelige tilstande, der kræver henvisning til obstetrisk afdeling og evt. etablering af tværfagligt og/eller tværsektorielt samarbejde. Den praktiserende læge og det øvrige sundhedspersonale bør være opmærksom på, at det kan være nødvendigt at justere planen og indsatsen undervejs, når problemer opstår, udvikler sig eller forsvinder.

5.2.2 Tilbud om besøg af sundhedsplejerske inden fødslen

Det anbefales, at alle gravide med særlige behov (undertiden ved niveau 2, altid ved niveau 3 og 4) tilbydes besøg af en sundhedsplejerske inden fødslen efter aftale med kommunen. Besøget har til formål at etablere kontakten til familien med henblik på at danne et professionelt netværk, yde støtte til praktiske tiltag samt yde konkret rådgivning i forbindelse med den første tid hjemme med barnet. Besøget i hjemmet giver sundhedsplejersken et indtryk af familiens ressourcer, hvilket øger hendes mulighed for at målrette og individualisere indsatsen og samarbejdet med familien, når barnet er født. I kommunen vil det desuden være muligt at samarbejde med familiebehandlere, familiecentre o.l. med henblik på at styrke netværket omkring den udsatte gravide.

Disse kvinder kan have behov for særlig omsorg, støtte og pleje i barselsperioden. Sundhedspersonalet i både sekundær- og primærsektor bør være særlig opmærksom på den gravides tilstand og behov samt udvise fleksibilitet med henblik på at imødekomme moderens behov.

5.3 Gravide med problemer med alkohol, stoffer og/eller medicin

Samarbejdet omkring gravide med rusmiddelproblemer og/eller psykisk sygdom er en specialopgave, der kræver en ekstraordinær tværfaglig og tværsektoriel indsats i både primær- og sekundærsektor. Gravide med rusmiddelproblemer følges i regionens familieambulatorium, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens *Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier* (2009) og *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer*. Endvidere henvises til *Vejledning for den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling i Danmark* (2008).

Endvidere giver lovgivningen mulighed for, at kommunalbestyrelsen kan tilbyde gravide med alkoholmisbrug at indgå en frivillig kontrakt om alkoholbehandling med mulighed for tilbageholdelse. Når det drejer sig om gravide stofmisbrugere, skal kommunalbestyrelsen tilbyde den gravide at indgå en kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse³.

Ved første samtale informeres kvinden om muligheden for abort, såfremt hun ikke er for langt i graviditeten. Da rusmiddelproblemer og/eller psykisk sygdom ofte er forbundet med en stærk social belastning, inddrager jordemoderen eller den praktiserende læge socialforvaltningen tidligt i samarbejdet. Indsatsen retter sig mod at stoppe forbruget af alkohol og/eller rusmidler, alternativt reducere skader som følge af det. Det tilstræbes at igangsætte og fastholde kvinden i en rusmiddelbehandling. Det sker mest hensigtsmæssigt sammen med hendes partner. Målet er at eliminere risikofaktorerne for skader hos det ufødte og det nyfødte barn, alternativt at reducere dem. Det kan være nødvendigt at iværksætte psykiatrisk/psykologisk behandling.

Indsatsen er omfattende og fokuserer på forebyggelse af graviditetskomplikationer og fosterskader på baggrund af forbruget af alkohol og rusmidler. Desuden bør der træffes foranstaltninger til forebyggelse af relationsforstyrrelser blandt andet ved at arbejde med de psykologiske aspekter omkring graviditet, fødsel og familiedannelse.

Den koordinerende indsats etableres af den obstetriske afdeling/familieambulatoriet så tidligt som muligt, da det har afgørende betydning for det ufødte barns vækst, udvikling og helbredstilstand samt for familiens trivsel og fremtid.

Tilværelsen for den gravide med rusmiddelproblemer er ofte præget af belastede opvækstforhold, mens den gravides helbredsmæssige status og almene tilstand ofte er præget af en lang række betydende forhold. Det drejer sig fx om under- eller fejlernæring, anæmi, virale infektioner og andre misbrugsrelaterede somatiske og psykiske sygdomme. Oprettelsen af familieambulatorier eller særlige tværfaglige team for særlig udsatte gravide ved fødestederne er en metode til at samle ressourcerne og sikre en koordineret indsats. Det særlige tværfaglige team arbejder på, at den gravide og hendes partner bliver i stand til at indgå i en samarbejdsalliance med de relevante professionelle til gavn for både den gravide selv og hendes ufødte barns udvikling, vækst og sundhed. Såfremt en anbringelse af barnet bliver nødvendig, bør fagpersonerne omkring familien drage omsorg for både moderen, faderen og evt. andre børn.

³ Sundhedsloven, nr. 913 af 13/07/2010, § 141 b, om tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling. Formålet med loven er at gøre det muligt at tilbageholde gravide i alkohol- eller stofbehandling på en døgninstitution i en kort periode for at hindre kvinden i at skade sit foster i en situation, hvor kvinden ikke kan styre sin trang til alkohol eller stoffer, og ikke kan overskue konsekvenserne for sig selv og fostret ved at trække sig ud af behandlingen.

Fokus for indsatsen er bl.a.:

- at etablere en samarbejdsalliance med den gravide og hendes partner
- at igangsætte og fastholde den gravide i alkohol og/eller rusmiddelbehandling, hvor partneren også inddrages
- at stoppe forbruget af alkohol og/eller rusmidler, alternativt at reducere skaden gennem et kontrolleret forbrug
- at mindske risiko for obstetriske komplikationer
- at iværksætte psykiatrisk/psykologisk behandling ved behov
- at arbejde specifikt med de psykologiske aspekter omkring graviditet og familiedannelse
- at koordinere indsatsen, der skal sikre varetagelsen af det nyfødte barns tarv
- at afklare forhold omkring amning
- at drage omsorg for moderen og familien, såfremt en anbringelse af barnet bliver nødvendig
- at etablere antikonception efter fødslen.

5.4 Gravide med svære psykiske sygdomme

5.4.1 Skizofreni, bipolar og andre svære psykiske sygdomme

Hos de fleste kvinder med tidligere eller nuværende psykisk lidelse medfører graviditet og fødsel en øget risiko for forværring eller recidiv af sygdommen. Endvidere er det påvist, at svær psykisk sygdom under graviditet er associeret til væksthæmning af fosteret og øget forekomst af svangerskabskomplikationer og misdannelser. Derfor bør gravide med psykiske lidelser vurderes på en obstetrisk afdeling på et tidligt tidspunkt. Efter fødslen er den tidlige mor-barn-relation oftest påvirket af moderens psykiske lidelse, hvilket giver risiko for alvorlig forstyrrelse i relationen og i tilknytningen til barnet med følger for barnets udvikling.

Prækonceptionel rådgivning

Kvinder med svære psykiske lidelser vil som oftest forud for graviditeten være i kontakt med en række fagpersoner fra sundheds- og socialektoren, og herunder det psykiatriske behandlesystem. Om muligt drøftes kvindens ønske om at få børn prækonceptionelt med udgangspunkt i kvindens aktuelle sociale og sygdomsmæssige situation. Rådgivning af psykisk syge kvinder forud for beslutning om at blive gravid bør være informativ, sensitiv og realistisk. Den bør inkludere rådgivning om medikamentel behandling og risici herved.

Tidlig tværfaglig indsats under graviditeten

Når graviditeten er konstateret, er der behov for at yde særlig rådgivning til disse kvinder. Såfremt den gravide ikke tidligere har været i kontakt med

behandlingssystemet, bør den praktiserende læge eller jordemoderen hurtigst muligt involvere obstetrisk og psykiatrisk ekspertise, samt underrette de sociale myndigheder efter behov.

For disse kvinder er det meget vigtigt med en tidlig tværfaglig indsats, der koordinerer og fastlægger ansvars- og opgavefordelingen. Det anbefales, at der etableres et særligt tværfagligt team omkring gravide med vedvarende psykotiske tilstande herunder skizofreni samt gravide med bipolar lidelse, svære depressive tilstande, spiseforstyrrelser, angsttilstande som OCD og svære personlighedsforstyrrelser.

Det tværfaglige team består af jordemoder, obstetriker og psykiater samt herudover efter behov af en eller flere af følgende sundhedspersoner: psykolog, praktiserende læge, sygeplejerske fra obstetrisk- eller barselsafsnit, og børne- og ungdomspsykiater. Sundhedsplejersken inddrages i teamet i sidste trimester.

Der bør tidligt tages stilling til den eventuelle medikamentelle behandling med psykofarmaka under graviditeten, herunder vurdering om den skal seponeres eller omstilles, hvilket er en psykiatrisk specialistopgave, se afsnit 6.2 om lægemidler. Desuden henvises til *Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler*, Sundhedsstyrelsen.

Der kan være behov for henvisning til distriktspsykiatrien og evt. spædbørnspsykiatrisk afdeling, såfremt muligheden foreligger. Den obstetriske afdeling bør i god tid udarbejde en plan for fødsel og barselsophold.

Familiens ressourcer bør kortlægges og inddrages. Partneren og anden familie kan spille en meget stor rolle som netværk og støttesystem. Man skal dog være opmærksom på, om også partneren skulle lide af en psykisk sygdom.

Sundhedspersonalet bør være opmærksomt på, at nogle gravide med svære psykiatriske lidelser kan have rusmiddelproblemer, idet nogle psykisk syge har et overforbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol eller andre rusmidler.

Planlægning og koordinering af tiden efter fødslen

Den tværfaglige indsats under graviditeten gør det muligt inden fødslen at planlægge, om kvinden skal hjem med sit barn med støtteforanstaltninger, om hun skal på mor-barn-institution sammen med barnet, eller om barnet skal anbringes uden for hjemmet lige efter fødslen. En plan for udskrivelse og støtte i hjemmet bør udarbejdes og koordineres allerede under graviditeten, således at et tværfagligt team kan overtage den efterfølgende psykosociale støttefunktion, der skønnes at være behov for. Ved behov inddrages børne- og ungdomspsykiatrisk ekspertise så tidligt som muligt, helst allerede under graviditeten.

Fokus for indsatsen er blandt andet:

- at optage en omhyggelig anamnese vedrørende tidligere og nuværende psykisk lidelse, se også afsnit 7.9
- at være opmærksom på symptomer på psykisk lidelse undervejs i graviditeten og i givet fald etablere kontakt til psykiater hurtigst muligt
- at sikre, at den gravide ved, hvilken medicin hun må tage
- at etablere et team af jordemoder, obstetriker og psykiater samt evt. psykolog og børne- og ungdomspsykiater med henblik på tidlig tværfaglig indsats og koordinering. Sundhedsplejersken inddrages i teamet i sidste trimester
- at undersøge og vurdere partnerens ressourcer som primær omsorgsperson for barnet i tilfælde af moderens alvorlige psykiatriske lidelse
- at udarbejde en plan for fødsel og barselsophold
- at observere og vurdere tilknytningen mellem mor og barn under graviditeten og i barselsperioden
- at planlægge og koordinere udskrivelse og støtte i hjemmet med henblik på at sikre kontinuitet i indsatsen
- at sikre, at der fortsat ydes stor opmærksomhed på familiens og barnets trivsel fremover.

Fødselsdepression og angst for at føde er beskrevet i kapitel 16.

5.4.2 Spiseforstyrrelser

En gravid med en aktiv spiseforstyrrelse er i risiko for obstetriske komplikationer som abort, for tidlig fødsel og fødsel af et væksthæmmet barn. Derfor bør gravide med spiseforstyrrelser vurderes på en obstetrisk afdeling på et tidligt tidspunkt.

Den gravide kan have vanskeligt ved at acceptere vægtøgningen og de fysiologiske forandringer, som graviditeten indebærer. Kvinder, der tidligere har lidt af en spiseforstyrrelse, kan få reaktiveret lidelsen. Det er vigtigt at tale med den gravide om hendes vægtøgning og forholdet til mad. Der anbefales vejning i forbindelse med hver konsultation. Der kan være behov for særlig fokuseret individuel forældreforberedelse.

Efter fødslen er kvinden i øget risiko for udvikling af fødselsdepression, og der er risiko for forstyrrelser i mor-barn-relationen. Der kan desuden være særlige problemstillinger i forbindelse med både moderens og barnets ernæring. Nogle kvinder med spiseforstyrrelse ønsker ikke at amme, og det bør respekteres. Da kvinden ikke har et naturligt forhold til mad, kan hun have vanskeligt ved at vurdere, om barnet får tilstrækkelig næring. Sundhedspersonalet bør være særlig opmærksomt på barnets trivsel. Nogle kvinder med spiseforstyrrelser er tilbøjelige til at tabe sig markant efter fødslen. Hvis mo-

derens vægttab er faretruende, og/eller hvis barnet vedvarende ikke trives, kan det være særdeles vigtigt at hjælpe kvinden med at stoppe amningen uden skyldfølelse.

Der kan være behov for henvisning til specialafsnit for spiseforstyrrede kvinder, eller eventuelt til almenpsykiatrien, samt til spædbørnspsykiatrisk afdeling. Børn af mødre med spiseforstyrrelser er i markant øget risiko for udvikling af problemer med fysisk trivsel og psykiske forstyrrelser, herunder spiseforstyrrelser i barndommen.

Fokus for indsatsen er blandt andet:

- at tale om vægtøgning under graviditeten og forholdet til mad samt vejning af den gravide ved alle graviditetskonsultationer
- at tilbyde forældreforberedende undervisning med fokus på ernæring og trivsel
- at screene for depression med henblik på evt. behandling
- at udvise særlig opmærksomhed på barnets trivsel
- at udvise særlig opmærksomhed på vægttab hos moderen efter fødslen og ved behov at hjælpe med at stoppe amningen
- at henvise til psykiatrisk ekspertise ved behov.

5.5 Udviklingshæmmede forældre

Prækonceptionel rådgivning og omsorg for udviklingshæmmede gravide må være meget konkret og tydelig med, hvad det indebærer at blive forældre. Rådgivningen bør indeholde vejledning i, hvorledes uønsket graviditet forebygges og om muligheden for sterilisation. I rådgivningen må desuden indgå, at socialforvaltningen kan træffe beslutning om undersøgelse af forældreevne, og at et barn kan anbringes uden for hjemmet uden forældrenes samtykke, såfremt socialforvaltningen beslutter det.

I indsatsen for den udviklingshæmmede gravide er det vigtigt, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde bliver etableret tidligt med fokus på at støtte familien. Forældreevnen hos den gravide og hendes partner vurderes, således at der ikke skabes urealistiske forventninger til tiden efter fødslen, såfremt anbringelse eller andre foranstaltninger bliver nødvendige. Samarbejdet indebærer planlægning af fødsel og barselophold og den efterfølgende støtte i hjemmet eller på familieinstitution, afhængigt af forældreevnen. Det er nødvendigt med en målrettet fødsels- og forældreforberedende undervisning til både kvinden og hendes partner, idet udviklingshæmmede ikke kan profitere af det generelle tilbud.

Fokus for indsatsen er blandt andet:

- at tilbyde særlig målrettet fødsels- og forældreforberedende undervisning
- at vurdere den gravides/parrets forældreevne i god tid før fødslen, herunder evt. behov for støttefamilie eller plejefamilie til barnet
- at udarbejde en plan for fødsel og barselsophold og støtte efter fødslen.

5.6 Sociale problemstillinger

5.6.1 Mindre end 9 års skolegang og/eller ingen tilknytning til arbejdsmarkedet

Danske og udenlandske studier har fundet en vis negativ sammenhæng mellem kort skolegang og/eller manglende tilknytning til arbejdsmarkedet og risiko for fødsel af et væksthæmmet barn (under 2500 g.) samt dødfødsel. Problemet har vist sig stigende over de seneste 15 år både i Danmark og i de øvrige nordiske lande. Gravide med kort skolegang og ringe viden om fødsel og familiedannelse kan være mindre tilbøjelige til at deltage i de almindelige offentlige tilbud om undersøgelser og undervisning i graviditeten.

Indsatsen for den gravide bør have fokus på at identificere ressourcer i familien og i kvindens netværk. Der kan tilbydes særlig målrettet fødsels- og forældreforberedende undervisning omkring forældrekompetencer, spædbarnskompetencer og sund levevis. Kontinuitet i kontakt til sundhedspersonalet bør prioriteres, og der kan være behov for at etablere kontakt til socialforvaltningen med henblik på at støtte op om en uddannelsesplan eller anden plan for fremtiden.

Fokus for indsatsen er blandt andet:

- at støtte den gravide i at træffe informerede valg
- at identificere ressourcer i familien og i den gravides øvrige netværk
- at tilbyde særlig målrettet fødsels- og forældreforberedende undervisning omkring forældrekompetencer, spædbarnskompetencer og sund levevis
- at sikre kvinden kontinuitet i kontakten med sundhedspersonalet
- at drøfte og vurdere behovet for særlig opmærksomhed og støtte i barselsperioden.

5.6.2 Unge forældre (under 20 år)

At være unge forældre indebærer problemstillinger af både social og psykologisk karakter. Der kan være tale om et uafklaret parforhold, mangel på egen bolig eller manglende tilknytning til uddannelsessystemet eller arbejdsmarkedet. At blive forældre i en ung alder kræver særlig støtte og opmærksomhed fra fagpersoner. Særlig målrettet fødsels- og familieforberedende undervisning for unge forældre har dokumenteret effekt på udvikling af forælderrollen.

Indsatsen for de unge gravide kan indeholde samtale med afklaring af modenhed, ansvar, forhold til partner, sociale forhold samt forholdet til egen mor med identifikation af ressourcpersoner i familien og det øvrige netværk. Det kan anbefales at tilbyde særlig fødsels- og forældreforberedelse for unge med etablering af unge mødregrupper allerede under graviditeten.

Fokus for indsatsen er blandt andet:

- at vurdere den gravides modenhed og tilknytning til egen mor
- at identificere netværk og ressourcer i familien
- at tilbyde mødregruppe med ligestillede under graviditeten
- at tilbyde fødsels- og forældreforberedelse for unge
- at give den unge særlig støtte til at træffe valg.

5.6.3 Gravide, som er uønsket enlige

Fraværet af en partner til at dele graviditeten med kan være en belastende situation for den gravide, og kun i sjældne tilfælde er det efter eget ønske. Som uønsket enlig kan den gravide mangle følelsesmæssig støtte og engagement omkring graviditeten og samtidig føle sig svigtet. Den gravide kan opleve, at der bliver draget tvivl om, hvorvidt hun nu kan klare det hele, en tvivl der også vil vende indad, så hun selv kan begynde at tvivle. Hertil kan komme økonomiske problemer, problemer med pasning af barnet o.a.

Den gravide, som er uønsket enlig, kan have brug for samtale omkring sin livssituation blandt andet med identifikation af ressourcpersoner i kvindens netværk. Der kan evt. dannes mødregrupper med andre enlige eller kvinder i parforhold efter den gravides eget valg.

Fokus for indsatsen er blandt andet:

- at identificere den gravides ressourcer og netværk
- at samtale om den gravides livssituation
- at yde hjælp til identifikation af rollemodeller
- at tilbyde mødregrupper med andre enlige eller kvinder i parforhold – alt efter den gravides eget valg.

5.6.4 Boligløse kvinder

Enkelte socialt belastede gravide vil opleve at være uden bolig, og det kan opleves som et altoverskyggende problem, der kan afholde kvinden fra at forholde sig til graviditeten. Den boligløse kvinde vil også ofte være enlig. Kvinden har behov for hjælp til akut boligsøgning og anden socialfaglig bistand under graviditeten samt opfølgning i barselsperioden.

Fokus for indsatsen er blandt andet:

- at henvise til socialforvaltningen med henblik på akut boligsøgning og anden social bistand
- at identificere ressourcer i den gravides netværk.

5.6.5 Vold i familien

Prævalensen på vold mod gravide anslås i internationale undersøgelser til 4-8 %. Præcise danske tal savnes. Vold forekommer ofte i familier med rusmiddelproblemer. Vold i familien er oftest forbundet med tabu og derfor vanskelig at identificere. I svangreomsorgen er det vigtigt, at sundhedspersonalet er i stand til at spørge kvalificeret, om der evt. er vold i familien, og i givet fald afdække, om der er problemer med alkohol, stoffer og/eller medicin, jf. afsnit 5.3 og 7.10. Der findes endnu ikke et valideret spørgeskema på dansk, men en systematik i samtale om psykosociale forhold, hvor spørgsmål om vold er indeholdt, kan "legalisere" de følsomme spørgsmål og invitere kvinden til at fortælle om problemet.

Voldsramte kvinder er i øget risiko for depression, og barnet vil være i risiko for at blive ramt af volden. Dødeligheden hos nyfødte som følge af for tidlig fødsel, lav fødselsvægt og "small for gestational age" er hyppigere forekommende blandt børn født af voldsramte kvinder end blandt børn født af kvinder, der ikke er udsat for vold. Dødeligheden blandt mødre, der er udsat for vold, er tre gange højere end blandt kvinder, der ikke er udsat for vold.

Kvinden støttes i at komme ud af det voldelige forhold og anmelde volden. Det er vigtigt at få identificeret ressourcepersoner i kvindens netværk, og det kan være relevant at henvise til et krisecenter eller lignende foranstaltning. Såfremt volden er relateret til et rusmiddelproblem, skal der iværksættes specifik behandling målrettet dette for også herigennem at få løst voldsproblemet. Såfremt kvinden ikke ønsker at forlade det voldelige forhold, bør man være opmærksom på muligheden for at tilbyde parret eller manden terapi, kurser i konflikthåndtering eller lignende. Indsatsen indebærer desuden opmærksomhed på evt. ældre børn i familien. Sundhedspersonalet bør være opmærksomt på at opspore angst og/eller depression under graviditeten, og der kan være behov for særlig støtte under fødslen, da smerterne vil kunne udløse flash backs om volden.

Fokus for indsatsen er blandt andet:

- at sikre kontinuerlig kontakt til den sundhedsperson, der tager hånd om problemet
- at støtte den gravide i at komme ud af det voldelige forhold. Alternativt at tilbyde parret eller manden terapi, psykoedukation eller lignende.
- at støtte den gravide i at anmelde volden

- at henvise til et krisecenter eller mor-barn-center
- at identificere ressourcer i den gravides netværk
- at opspore angst og depression
- at være særlig opmærksom på kvindens reaktioner under fødslen.

5.6.6 Forældre, som har været udsat for incest, voldtægt eller tortur

Graviditet og fødsel kan være med til at reaktivere tidligere traumatiske oplevelser hos både moderen og faderen. Kvinder, der har været udsat for incest, voldtægt, omskæring eller tortur, vil være særlig sårbare over for såvel de fysiologiske som de psykologiske forandringer, der følger med en graviditet. Ved fødslen vil smerterne kunne bevirke, at kvinden genoplever tidligere overgreb og traumer og derfor reagerer voldsomt. Både under graviditet og fødsel må der tages særlige hensyn til kvindens ubehag ved de fysiske undersøgelser.

For torturofre kan graviditeten, der indeholder vente- og uvishedsaspektet, minde om fængsling og tilbageholdelse og kan derfor opleves som en belastende periode. De fysiske undersøgelser kan fremkalde angst og ubehag. Visse former for tortur kan have medført skader på bækken eller reproduktive organer – skader, der kan føre til graviditets- eller fødselskomplikationer. Har kvinden været udsat for tortur, henvises til obstetrisk speciallæge, der i samarbejde med kvinden, hendes jordemoder og den praktiserende læge tidligt i graviditeten vurderer behovet for psykologisk/psykiatrisk behandling. Såfremt faderen har været udsat for overgreb i form af tortur eller andet, kan han også opleve, at traumerne reaktiveres i forbindelse med graviditet og fødsel. Hvis han vælger at være med til fødslen, kan det være en fordel, at han har en støtteperson med. Faderens traumatisering kan påvirke familien meget, og han kan ligeledes have behov for støtte og psykologisk hjælp.

Kvinder og mænd, der har været udsat for overgreb, vil sjældent uopfordret nævne det. Selv direkte adspurgt må man forvente, at mange ikke magter at give oplysning om sådanne oplevelser. For sundhedspersonale kan det derfor være vanskeligt at identificere problemets karakter og omfang, og det kan næppe ske med mindre, der spørges – måske gentagne gange – direkte om det. Når overgrebene er identificeret, er det vigtigt, at tilliden fastholdes gennem samtaler. Sundhedspersonalet bør have særlig opmærksomhed på psykosomatiske symptomer på grund af tidligere oplevelser, der er lagret i kroppen, og gennem målrettet fødselsforberedelse forebygge angst for fødslen. Familien kan have behov for ekstra omsorg i barselsperioden.

Fokus for indsatsen er blandt andet:

- at opbygge og bevare tillid gennem hele forløbet
- at være opmærksom på psykosomatiske symptomer
- at tage særlige hensyn til den gravides ubehag ved fysiske undersøgelser

- at forebygge angst for fødslen, herunder at lægge en plan for fødslen tidligt i graviditeten med fokus på smertelindring
- at være særlig opmærksom på kvindens eller mandens reaktioner under fødslen og sikre effektiv smertelindring
- at være opmærksom på kvindens reaktioner i forhold til amning.

5.7 Kvinder med anden etnisk baggrund end dansk

Gruppen af kvinder med anden etnisk baggrund end dansk er heterogen. Mange er ressourcestærke og velfungerende, mens andre er udsatte af forskellige årsager og har behov for et udvidet tilbud. Ved bedømmelse af den enkelte kvindes risiko bør man tage hensyn til individuelle risikofaktorer. Specielt børn af indvandrerkvinder født i lavindkomst lande som fx Tyrkiet, Somalia og Pakistan har en øget risiko for peri- og neonatal mortalitet, sammenlignet med etnisk danske børn.

Sundhedspersonalet bør være opmærksom på en række problemstillinger i arbejdet med gravide med anden etnisk baggrund:

- D-vitaminmangel er meget hyppig og tilskud anbefales til alle, se afsnit 6.3.1.
- Der kan være behov for særlig kostvejledning og livsstilsrådgivning (fysisk aktivitet, khatyngning, passiv rygning).
- Visse grupper bør undersøges for anæmi og hæmoglobinopati, se kapitel 9.
- Der ses en markant øget prævalens af gestationel diabetes hos visse grupper. Screeningsprogrammet er beskrevet i afsnit 11.3.
- Konsangvinitet (nært slægtskab mellem ægtefæller) øger risikoen for misdannelse og dødfødsel. Konsangvinitet er meget hyppig blandt pakistannerne.
- Muligheden for importerede infektionssygdomme bør overvejes, herunder også seksuelt overførte sygdomme hos kvinder fra Østeuropa.
- Angst for obstetriske indgreb kan være et problem, der skal tages hånd om i løbet af graviditeten.

Kommunikationsvanskeligheder

Kvinder, der ikke taler eller forstår dansk eller engelsk, vil have særlige vanskeligheder med at få den optimale omsorg under graviditet og barsel. Der bør altid anvendes professionel tolk med kvindens samtykke. Det kan være en fordel at anvende en kvindelig tolk. Hvis mandlig tolk anvendes, skal der være mulighed for, at tolken ikke kan se på kvinden under samtalen og undersøgelsen, såfremt kvinden ønsker det. Det er nødvendigt at bruge mere tid til konsultationer og andre kontakter, hvor der bruges tolk.

En interkulturel forståelse af og tilgang til kvinden, hendes forudsætninger og hendes familie er nødvendig. Forudsætningerne og familiestrukturen vil næsten altid være anderledes, og fx kan svigermoderen spille en vigtig rolle. Kvinden kan være præget af ganske andre forestillinger om sundhed, graviditet og fødsel end det, der kendes i Danmark. Desuden vil forventningen til behandlerne ofte være anderledes end hos etniske danskere. Det er vigtigt ikke at være bange for at spørge og indgå i en dialog herom.

Det kan anbefales at tilbyde en særlig målrettet fødsels- og forældreforberedelse sammen med ligestillede, hvor der også undervises i det danske sundhedssystem og gives vejledning i kommunale tilbud. Nogle kvinder kan mangle basal viden om egen krop og underliv, og personalet bør give dem kendskab til anatomiske/biologiske forhold i relation til graviditet og fødsel.

Fokus for indsatsen er blandt andet:

- at sikre professionel tolkebistand
- at tage udgangspunkt i interkulturel forståelse ved samtaler og undersøgelser, herunder at drøfte kvindens egne forestillinger om graviditet, fødsel, barsel og amning
- at forklare formålet med de forebyggende graviditetsundersøgelser
- at sikre sig, at kvinden kender de tegn og symptomer, som kræver henvendelse til læge eller jordemoder
- at identificere ressourcer i den gravides netværk og i familien
- at tilbyde særlig målrettet fødsels- og familieforberedende undervisning.

5.7.1 Flygtninge og asylansøgere

Kvinder og familier, der er flygtet fra krig eller andre trusler, er ofte ressourcerstærke, men kan være belastet af traumer og måske mangeårige ophold i flygtningecentre. Gravide flygtninge og asylansøgere bør behandles individuelt med udgangspunkt i deres særlige behov. Nogle gravide kan være meget sårbare og præget af de oplevelser, de eller deres nære familie har været udsat for, inden de kom til Danmark. De kan have været tvunget til at skulle efterlade mand og børn i hjemlandet, og de kan have været udsat for voldtægt eller tortur, se afsnit 5.6.6, tvunget til prostitution osv. Mange flygtninge har et svækket netværk. For kvinderne er det kvindelige netværk i det etniske oprindelsesland ofte det forum, hvor man løser sine problemer – også dem, der relaterer til svangre- og barselsperioden.

Det er vigtigt, at den gravide får en fast jordemoder, så der bliver mulighed for at opbygge et tillidsforhold, idet det vil være forudsætningen for at give kvinden mulighed for at fortælle om sine evt. traumatiske oplevelser.

Fokus for indsatsen er blandt andet:

- at være opmærksom på, om den gravide kommer fra et område med dårlig hygiejne fx krigszone eller flygtningelejr, og om kvinden har åbne sår, hudlidelser, eller kronisk luftvejsinfektion
- at undersøge for hepatitis B, HIV og syfilis som led i den generelle screening. Desuden undersøges efter vurdering for varicella, rubella, TB, MRSA, gonoré og klamydia, hvis det ikke er gjort allerede ved kvindens ankomst til Danmark
- at undersøge om den gravide har et rusmiddelproblem
- at identificere den gravides og familiens ressourcer samt netværk i øvrigt
- at sikre, at samtaler og undersøgelser har udgangspunkt i interkulturel forståelse
- at anvende professionel tolkebistand.

5.7.2 Kvindelig omskæring

Kvinder, der er omskåret, tilbydes behandling som beskrevet i bilag 4. Da det er en risikotilstand, henvises den gravide altid til obstetrisk afdeling. Der arrangeres professionel tolkebistand med kvindens samtykke, med mindre hun taler dansk uden problemer eller ikke ønsker tolk.

Omskæring vil for de allerfleste være en traumatiserende oplevelse, og fødslen kan reaktivere denne, se afsnit 5.6.6 om tortur. Personalet bør ikke være bange for at snakke med den gravide om det – for de fleste kvinder vil omskæring ikke være tabu.

Fokus for indsatsen er blandt andet:

- at henvise den gravide, infibulerede kvinde til en obstetrisk afdeling
- at tilbyde behandling som beskrevet i bilag 4
- at tale åbent med den gravide om indgrebet, dets omfang og hendes oplevelser i forbindelse hermed
- at informere den gravide om fordelene ved *ikke* at reinfibulere efter fødslen
- at informere den gravide om, at det ifølge dansk lovgivning er kriminelt at omskære piger.

6. Levevis i graviditeten

6.1 Arbejdsmiljø

De fleste gravide er erhvervsaktive, og der er stor opmærksomhed omkring arbejdets betydning for graviditetens forløb. Sygefraværet blandt gravide er betydeligt. I perioden 2002-2004 blev 65 % af de gravide sygemeldt i løbet af graviditeten, i gennemsnit i 6,6 uger ud over barselsorloven på 4-8 uger⁴

Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i forbindelse med graviditet og arbejdsmiljø bør sikre, at kvinden kan arbejde under sundhedsmæssigt forsvarlige forhold og undgå evt. skadelige påvirkninger. Mange gravide er usikre på, om faktorer ved arbejdet kan skade fosteret, og om den belastning, der kan være ved at gå på arbejde, kan forværre graviditetsgener. Ved konsultationer under graviditeten gør lægen og jordemoderen den gravide opmærksom på arbejdets betydning og rådgiver om graviditet og arbejdsmiljø. Det er vigtigt at støtte den gravide i, at hun i videst muligt omfang kan arbejde, indtil hun påbegynder sin graviditets- og barselsorlov.

6.1.1 Virksomhedens ansvar og pligter

De gravide udgør en særlig sårbar gruppe i virksomheden, og arbejdsgiveren har ansvaret for at beskytte denne gruppe. Hensynet til gravide medarbejdere skal indgå i virksomhedernes almindelige sikkerhedsarbejde, herunder i de lovpligtige arbejdspladsvurderinger (www.arbejdstilsynet.dk). En graviditetspolitik kan angive retningslinjer for gravides arbejde. Virksomhedens holdning til kvinden har stor betydning for den gravides samlede fravær, specielt i forbindelse med de almindelige graviditetsproblemer. En positiv holdning kan i betydelig grad afhjælpe problemer, som ellers kunne udløse en sygemelding.

Arbejdsgiveren har pligt til at vurdere, om gravide medarbejdere er udsat for påvirkninger, der kan indebære fare for graviditeten eller fosteret. Såfremt det er tilfældet, skal der foretages en konkret risikovurdering, der evt. kan føre til omplacering til andre opgaver eller fraværsmelding.

Arbejdstilsynet har beskrevet de sundhedsskadelige påvirkninger i vejledning om gravide og ammendes arbejdsforhold (At-vejledning A.1.8). Vejledningen suppleres med de arbejds- og miljømedicinske klinikkers vurderinger på specifikke områder.

4 Danmarks statistik

6.1.2 Væsentlige påvirkninger på arbejdspladser

Ergonomiske påvirkninger: Forekommer primært i forbindelse med tunge løft og langvarigt, stående og gående arbejde. Belastningerne kan udgøre en risiko for væksthæmning og for tidlig fødsel samt risiko for graviditetsrelaterede gener fra bevægeapparatet. Der bør især tages hensyn i den senere del af graviditeten, i praksis defineret fra uge 12 med begrænsning af løft og mulighed for længevarende perioder med siddende arbejde eller hvilepauser.

Kemiske påvirkninger: Forekommer væsentligst i form af opløsningsmidler, pesticider, narkosegasser samt lægemidler. Påvirkningerne udgør en risiko for fosteret i form af øget risiko for misdannelser og øget risiko for, at fødslen går i gang for tidligt.

Biologiske påvirkninger med smitterisiko i arbejdet: En række infektioner kan øge risikoen for fosterdød og misdannelser eller påvirke den gravide generelt, se kapitel 10.

Arbejdstider, herunder lange arbejdsdage og natarbejde: Der er mistanke om, at såvel fast natarbejde som skiftende nattevagter øger risikoen for for tidlig fødsel. Døgnvagter og lange arbejdsdage kan give øget udtrætning, hvilket kan give risiko for komplicerede graviditeter.

6.1.3 Syge- og fraværsmeldinger

Sygemelding bruges ved sygdom og andre tilstande forårsaget af graviditeten.

Fraværsmelding bruges ved normal graviditet, hvor arbejdet udgør en risiko for den gravide eller fosteret, og i tilfælde hvor omplacering til andre arbejdsopgaver ikke er mulig. En fraværsmelding kan være en midlertidig foranstaltning, indtil der findes en løsning på problemerne. Er dette ikke muligt, kan fraværsmeldingen forløbe indtil 4 uger før forventet fødsel. Afgørelsen om fraværsmelding træffes af kvinden og arbejdspladsen i fællesskab og kræver ikke lægelig dokumentation.

Dagpengeloven, barselloven, funktionærloven og overenskomsterne på arbejdsmarkedet regulerer den gravides rettigheder. Desuden har EF-domstolen fastslået principper for ligebehandling af mænd og kvinder på arbejdsmarkedet.

6.1.4 Lægens og jordemoderens opgaver ved risikofyldt arbejde

Arbejdsmiljøets betydning for graviditeten og fosteret vurderes af den praktiserende læge i forbindelse med første graviditetsundersøgelse. Jordemoderen følger op på vurderingen ved første jordemoderkonsultation.

Lægen og jordemoderen vurderer, om den gravide arbejder under sikre forhold, og om arbejdspladsen tager hensyn til de specifikke forhold for de gravide. Såfremt lægen eller jordemoderen finder, at der er arbejdsmiljømæssige problemer, henvises den gravide til sin arbejdsgiver, tillidsrepræsentant eller sikkerhedsrepræsentant med henblik på risikovurdering og evt. omplacering til andre opgaver. Hvis virksomheden ikke kan sikre et arbejdsmiljø uden risikofaktorer, eller hvis der er forhold, som ikke er grundigt undersøgt, og som kan udgøre en risiko, kan den gravide fraværsmeldes helt eller delvist, indtil forholdene er undersøgt. Lægen kan ved behov konferere med eller henvise til Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik.

Under graviditet kan arbejdsbelastninger forårsage symptomer som plukveer, kvalme eller smerter fra bevægeapparatet. Løftarbejde, stående eller gående arbejde og andre fysiske belastninger er eksempler på sådanne arbejdsbelastninger. Lægen og/eller jordemoderen kan her gøre den gravide opmærksom på arbejdsforholdenes betydning, støtte kvinden i at opnå ændrede arbejdsforhold, og – hvis dette ikke er muligt – orientere hende om muligheden for fraværsmelding. De fleste gravide rådfører sig med deres praktiserende læge vedrørende arbejdsmiljømæssige forhold. Fraværsmelding kræver dog ikke dokumentation fra lægen.

6.1.5 Dagpengeregler ved fraværsmelding

Der ydes dagpenge indtil 4 uger før fødslen til enhver gravid, hvor arbejdets karakter medfører risiko for fosteret. Retten til dagpenge er uafhængig af den enkelte kvindes helbred, men det er en forudsætning, at risikoen ikke umiddelbart kan fjernes ved arbejds-hygiejniske foranstaltninger eller omplacering inden for samme virksomhed. Der kan ydes dagpenge under delvist fravær i henhold til dagpengeloven § 12, stk. 2, nr. 2 og stk. 3, nr. 2. Fraværsmeldte gravide opretholder fuld løn under fraværet. Arbejdsgiveren modtager dagpengerefusion fra kommunen. Ved anmodning om dagpenge ved fraværsmelding, kan kommunen indhente nærmere lægelige oplysninger ved brug af blanketten LÆ 235. Kommunen sender blanketten til den gravide, der beder lægen udfylde punkt 1 og 3 i blanketten, som kan hentes på hjemmesiden: www.klxml.dk/KLB/Blanket/Gaelder/la235.pdf

6.1.6 Dagpengeregler ved sygemelding på grund af graviditetsbetinget sygdom

Der ydes dagpenge indtil 4 uger før fødslen ved fuld uarbejdsdygtighed, hvis det efter en lægelig bedømmelse skønnes, at graviditeten har et sygeligt forløb, der ved fortsat beskæftigelse kan medføre risiko for kvinden eller fosteret.

Der ydes ligeledes dagpenge indtil 4 uger før fødslen ved fuld uarbejdsdygtighed på grund af almindelige graviditetsgener, når generne fører til, at kvinden er uarbejdsdygtig i sit erhverv, jf. dagpengeloven § 12, stk. 2, nr. 1. Der kan ydes nedsatte dagpenge under deltidssygemelding, når lægen skønner,

at arbejdet kun kan bestrides delvist pga. sygeligt forløbende graviditet, der medfører risiko for kvinden eller fosteret. Arbejdsgiveren modtager dagpenge- og udreder løn efter gældende overenskomst, jf. dagpengeloven § 12, stk. 3, nr. 1.

Efter funktionærloven § 5, stk. 4 kan arbejdsgiveren under sygdom af mere end 14 dages varighed forlange, at den ansatte fremviser en lægeerklæring med skøn over sygdommens formodede varighed. Lægeerklæringen udfærdiges på blanketten "Lægeerklæring om uarbejdsdygtighed", der er godkendt af Ankestyrelsen. Der afkrydses i rubrikken "graviditetsbetinget sygdom". Når kommunen modtager en anmodning om dagpenge, kan der indhentes nærmere lægelige oplysninger ved brug af LÆ 235.

6.1.7 Sygemelding uden forbindelse med graviditeten

Hvis den gravide sygemeldes som følge af sygdom, der ikke har forbindelse med graviditeten, gælder samme regler som for ikke-gravide.

LÆ blanketterne kan downloades fra www.klxml.dk/KLB/Blanket/Gaelder/la235.pdf

6.2 Lægemedler

Ved anvendelse af lægemidler til gravide afvejes to forhold: Risikoen for teratogen virkning (fosterbeskadigelse) og nødvendigheden af at behandle alvorlige sygdomme hos moderen. Ved medicinsk behandling i graviditeten er der ofte en overdreven og ubegrundet frygt for lægemiddelinducerede misdannelser. En overdreven frygt for medicinsk behandling af gravide kan medføre insufficient behandling, unødvendige lidelser for den gravide og i nogle tilfælde et dårligere udfald for mor og barn.

Generelt bør der gives så lidt medicin som muligt til gravide, specielt i 1. trimester, hvor faren for misdannelser er størst. Dette omfatter også håndkøbsmedicin og naturlægemidler. Samtidig er det vigtigt, at gravide får den relevante medicinske behandling, når der er velbegrundet indikation herfor. En etableret behandling kan ofte fortsætte under graviditeten, mens det i nogle tilfælde kan være nødvendigt at skifte fra et lægemiddel til et andet. Velkendte præparater, som med sikkerhed har været anvendt under mange graviditeter, bør foretrækkes. Der bør så vidt muligt kun behandles med ét lægemiddel, og specielt kombinationspræparater bør undgås, da udsættelse for flere lægemidler øger risikoen for fosterskader. Når det er muligt, anvendes lokal behandling frem for systemisk.

Det vil ofte være hensigtsmæssigt at drøfte dette med en obstetrisk speciallæge eller en særlig farmakologisk kyndig. Desuden henvises til referenceværket Brigg's: *Drugs in Pregnancy and Lactation* (seneste udgave).

Information om lægemidler og graviditet

Information og vejledning til sundhedspersonale fås ved lægemiddelinformationscentraler på landets fem klinisk farmakologiske enheder på Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Bispebjerg Hospital, Gentofte Hospital og Rigshospitalet.

6.2.1 Før graviditeten planlægges

Kvinder, der er i fast behandling med et lægemiddel, bør rådføre sig med lægen i god tid inden planlagt graviditet, idet visse lægemidler helst bør undgås i nogle måneder inden graviditeten. For kvinder med en kronisk lidelse er det vigtigt, at sygdommen er velbehandlet eller er i en rolig fase på konceptionstidspunktet.

6.2.2 Lægemidler indtaget under uerkendt graviditet

Indtagelse af et lægemiddel før erkendt graviditet vil yderst sjældent være indikation for abort. Hvis en kvinde har indtaget medicin, før graviditeten blev erkendt, vurderes størrelsen og arten af risikoen for teratogen virkning ved det pågældende præparat, herunder tages dosisstørrelse og graviditetens længde på tidspunktet for medicinindtagelsen i betragtning. Denne risikovurdering kan være en kompleks opgave, og lægen bør indhente specialviden (se ovenfor).

6.2.3 Ammende kvinder

Amning bør kun sjældent frarådes pga. moderens medicinindtagelse. Kun hvis der er begrundet formodning om, at medicinpåvirkningen kan skade barnet – og moderens sygdom ikke kan behandles tilfredsstillende på anden vis – bør amning frarådes.

Selvom næsten alle lægemidler udskilles i mælken, findes de oftest i så lave koncentrationer, at det er uden betydning for det ammede barn. Kun få lægemidler er så toksiske, at det er nødvendigt at stoppe amningen helt. For mange lægemidler foreligger der imidlertid ikke undersøgelser, som kan vurdere, om der er senfølger ved indtagelse med modermælk. Hvis den ammende moder indtager medicin, er det vigtigt at observere barnet tæt for evt. bivirkninger af det aktuelle lægemiddel. Nyfødte – og især præmature og svækkede børn – er særlig følsomme over for farmakologiske bivirkninger, hvorfor ekstra forsigtighed tilrådes i de første 2-4 uger af ammeperioden. Endvidere har nogle lægemidler som bivirkning, at de kan øge eller nedsætte mælkeproduktionen.



Gravide vejledes i at følge de 10 kostråd. Læs mere på www.altomkost.dk

6.3 Kostråd

Gravide bør følge de 10 kostråd for at sikre et passende indtag af næringsstoffer:

1. Spis varieret, ikke for meget og vær fysisk aktiv
2. Spis frugt og mange grønsager
3. Spis mere fisk *
4. Vælg fuldkorn
5. Vælg magert kød og kødpålæg
6. Vælg magre mejeriprodukter
7. Spis mindre mættet fedt
8. Spis mad med mindre salt
9. Spis mindre sukker
10. Drik vand.

* Dog bør den gravide ikke indtage mere end 100 g om ugen af store rovfisk, fordi disse kan have et højt indhold af kviksølv. Det drejer sig om helleflynder, sværdfisk, sildehaj, gedde, aborre, sandart, olie fisk, escolar, rokke og tun(bøffer). Tun fra dåse må gerne spises, fordi de typisk bliver fremstillet af små tunfisk, som indeholder mindre kviksølv. Østersølaks kan have et højt indhold af dioxin, hvorfor gravide højst må spise 125 g laks fra Østersøen om måneden.

6.3.1 Kosttilskud

Det anbefales, at gravide tager følgende kosttilskud:

- **Folsyre**

400 µg dagligt fra graviditeten overvejes og de første 12 uger af graviditeten. Optimalt tages folsyretilskud i 3 måneder, før graviditeten indtræder. Der er god dokumentation for, at denne dosis nedsætter risikoen for neuralrørsdefekt hos barnet. Det er vigtigt at give information om folsyre ved den prækonceptionelle rådgivning, både til kvinder, der overvejer at få deres første barn, men også til kvinder, der tidligere har født.

Nogle kvinder tilrådes et tilskud på 5 mg (5.000 µg) folsyre dagligt, fra graviditeten planlægges til og med 2 måneder henne i graviditeten. Det gælder kvinder, der tidligere har født et barn med neuralrørsdefekt, kvinder, der har været gravid med et foster med neuralrørsdefekt samt kvinder, der selv eller hvis partner har neuralrørsdefekt. Denne dosis skal ordineres af en læge.

- **Jern**

40-50 mg jern dagligt fra graviditetsuge 10 og resten af graviditeten. Såfremt den gravide lider meget af kvalme, kan man evt. vente med at starte jerntilskuddet til senest graviditetsuge 18. Jerntilskuddet optages bedst, hvis det indtages mellem måltiderne sammen med frugt- eller grønsagsjuice eller en citrusfrugt, idet C-vitamin fremmer jernabsorptionen. Se kapitel 9.

- **D-vitamin**

10 µg eller 400 IU dagligt gennem hele graviditeten. Under graviditeten og i ammeperioden sker der store ændringer i kalciumstofskiftet. D-vitamin fremmer calciumoptagelsen i tarmen. Den vigtigste kilde til D-vitamin er sollys. I Danmark er det gennemsnitlige indtag af D-vitamin i kosten kun ca. 2-3 µg. Der er ingen publicerede undersøgelser af D-vitaminstatus blandt gravide og ammende i Danmark, men en ikke ubetydelig andel af yngre voksne bloddonorer har lav D-vitaminstatus i vinter- og forårsmånederne.

Svær D-vitaminmangel er meget udbredt blandt kvinder med mørk hud og kvinder, som også i sommermånederne bærer en tildækkende påklædning (lange ærmer og lange bukser/kjoler). I disse tilfælde er et tilskud på 10 µg D-vitamin dagligt ikke tilstrækkeligt. Det anbefales derfor, at D-vitaminstatus undersøges ved måling af serum 25-hydroxy-vitamin D

hos disse kvinder og hos kvinder med symptomer på D-vitaminmangel, og at der gives behandling efter vanlig praksis.

Den gravide kan vælge at tage folsyre og D-vitamin som separate tilskud, eller hun kan vælge en multivitamin-mineralpille til gravide. Disse piller indeholder – udover de anbefalede mængder af folsyre og D-vitamin – også mindre A-vitamin. Jern bør tages som et separat tilskud mellem måltiderne.

- **Calcium**
Såfremt den gravide ikke drikker mælk eller spiser mælkeprodukter, anbefales et tilskud på 500 mg calcium gennem hele graviditeten og ammeperioden.

Det er vigtigt, at gravide ikke tager større doser af vitamin- og mineraltilskud end anbefalet.

Anbefalinger vedr. kost

- Gravide vejledes i at følge de 10 kostråd.
- Kvinder anbefales at tage kosttilskud før og under graviditet.
- Gravide vejledes om hensigtsmæssig vægtøgning under graviditeten, se afsnit 7.2.

6.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet under graviditeten har positive effekter for både kvinden og fosteret, og der er kun få vigtige forholdsregler. Der er publiceret en lang række artikler, som belyser effekten af fysisk aktivitet på graviditet, fødsel og den nyfødte. Generelt er de fleste studier observationelle, og der er kun få randomiserede undersøgelser. Der henvises til *Fysisk aktivitet – en håndbog om forebyggelse og behandling*, Sundhedsstyrelsen.

Den gravide anbefales fysisk aktivitet af moderat intensitet. For at få et indtryk af, hvad det dækker, kan Borg skalaen benyttes, se side 85. Skalaen viser den oplevede anstrengelse og går fra trin 6, som er hvile, til trin 20, som er den maksimale anstrengelse. Moderat fysisk aktivitet svarer til skalatrin 12-13.

BORG SKALA

Trin	Oplevet anstrengelse
6	
7	Meget, meget let
8	
9	Meget let
10	
11	Ret let
12	
13	Noget anstrengende
14	
15	Anstrengende
16	
17	Meget anstrengende
18	
19	Meget, meget anstrengende
20	

Anbefalinger vedr. fysisk aktivitet

- Raske gravide informeres om værdien af fysisk aktivitet og opfordres til at være moderat fysisk aktive (Borg skala 12-13) mindst 30 minutter om dagen – uanset hvor aktive de har været forud for graviditeten.
- Kvinder, der er disponerede for gestationel diabetes eller præeklampsi bør være fysisk aktive ud over de generelle anbefalinger (mængde og intensitet).
- Gravide bør instrueres i træning af bækkenbundens muskler.

6.4.1 Træningsformer

Anbefalingen til voksne om moderat fysisk aktivitet mindst 30 minutter dagligt gælder også for raske gravide med forventet normal fødsel. Gravide, der er disponerede for gestationel diabetes eller præeklampsi, har særlig gavn af at være fysisk aktive, da det har en gunstig effekt på både blodtryk og insulinfølsomhed.

Konditionstræning

Konditionstræning på moderat niveau kan med fordel påbegyndes i graviditeten. Hvis den gravide i forvejen er fysisk aktiv svarende til anbefalingerne, kan hun konditionstræne svarende til Borg skala 14-15. Kvinder, der har været meget fysisk aktive forud for graviditeten, kan fortsat være aktive under graviditeten evt. på let nedsat niveau, så længe de i øvrigt føler sig alment godt tilpas derved. Ikke-vægtbærende aktiviteter, som fx svømning, vandgymna-



Raske gravide opfordres til at være moderat fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen. Ikke-vægtbærende aktiviteter, som fx cykling, er særlig velegnede – især til gravide med ryg- og bækkenproblemer.

stik og cykling kan anbefales til kvinder med ryg- og bækkenproblemer. Det kan specielt være en fordel sidst i graviditeten, da den fysiske præstation ikke i samme grad er afhængig af den tiltagende vægt.

Styrketræning

På baggrund af sparsom dokumentation anbefales det fortrinsvis at styrketræne siddende, idet liggende styrketræning i 3. trimester kan give anledning til, at fosterets hjertefrekvens kortvarigt bliver langsommere (deccelerationer). Desuden bør den gravide undgå at intensivere styrketræning af overkroppen, da visse øvelser øger bugtrykket markant.

Bækkenbundstræning

En graviditet øger risikoen for inkontinens. Træning af bækkenbundens muskulatur med knibeøvelser under og efter graviditet kan forebygge inkontinens.

6.4.2 Forsigtighedsregler

Gravide med belastet obstetrisk eller medicinsk anamnese bør diskutere anbefalingerne om fysisk aktivitet med en læge, obstetriker eller jordemoder før næste graviditet. Kvinder, der tidligere har aborteret, frarådes meget anstrengende fysisk aktivitet.

Under graviditet er nogle aktivitets- og træningsformer mere egnede end andre. Kvinden bør være opmærksom på at undgå hårde stød mod maven og aktiviteter med risiko for ukontrollerede styrt med høj hastighed.

Følgende aktiviteter frarådes:

- Tunge løft, der belaster bækkenbund og ryg
- Dykning pga. risiko for trykskader på fosteret.

6.5 Rygning

Der er fortsat behov for en særlig indsats til gravide rygere. I 2008 var 13,5 % af de gravide rygere. Rygning blandt gravide er associeret med en række komplikationer under graviditet og fødsel, og der er stigende dokumentation for, at det også har langsigtede sundhedsmæssige effekter på barnet. Gravide, der stopper med at ryge tidligt i graviditeten, har en lavere forekomst af komplikationer end gravide, der fortsætter med at ryge. Rygning er den risikofaktor, hvor der er bedst dokumentation for metoder og effekt af forebyggelsesindsatsen. Forebyggelse af rygning under graviditeten har derfor været et væsentligt indsatsområde for svangreomsorgen, og andelen af gravide, der ryger, er faldet jævnt gennem de seneste 15 år.

6.5.1 Sundhedsmæssige konsekvenser i graviditeten af rygning

Tobaksrøg indeholder mindst 4000 forskellige kemiske stoffer, hvoraf ca. 200 er skadelige for mennesker, og mindst 40 er kræftfremkaldende. Risikoen for at føde før 37 fulde graviditetsuger er 40 % højere blandt rygere sammenlignet med ikke-rygere. Det gælder også, når der tages højde for andre livsstilsvaner og socioøkonomiske forhold.

Fosterets vækst påvirkes, når moderen ryger. Risikoen for at barnet bliver født med fødselsvægt < 2500 g, øges til det dobbelte hos gravide, der ryger. Generelt vil barnets fødselsvægt være omvendt proportional med moderens tobaksforbrug under graviditeten (jo mere rygning, des mindre fødselsvægt). Dog ser det ud til, at de første cigaretter har størst betydning for væksthæmningen, mens det er af mindre betydning for væksten, om den gravide fx ryger 15 eller 20 cigaretter.

6.5.2 Langsigtede sundhedsmæssige konsekvenser for barnet

Børn født af mødre, der har røget under graviditeten, har i nogle undersøgelser vist sig at have dobbelt så stor risiko for at dø ved fødslen og næsten dobbelt så stor risiko for at dø i løbet af det første leveår i forhold til børn af ikke-rygere. Børn født af mødre, der er stoppet med at ryge i 1. trimester, har samme risiko som børn født af kvinder, der slet ikke har røget i graviditeten.

Risikoen synes således at kunne elimineres, hvis moderen holder op med at ryge i begyndelsen af graviditeten.

Flere undersøgelser tyder på, at rygning under graviditeten øger risikoen for infektioner, luftvejssygdomme (astmatisk bronkitis) og sygdomme i andre organer i barnets første leveår.

Børn, der udsættes for tobaksrøg, har op mod tre gange så stor risiko for vuggedød sammenlignet med børn, der ikke udsættes for røg. Det vides dog ikke, i hvor høj grad det skyldes påvirkning i fostertilstanden eller udsættelse for passiv rygning efter fødslen.

6.5.3 Graviditet og passiv rygning

En række nye, amerikanske undersøgelser dokumenterer, at passiv rygning øger risikoen for fosterdød, for tidlig fødsel og reduceret fødselsvægt. Undersøgelserne dokumenterer, at vægtreduktionen er afhængig af, hvor meget røg den enkelte udsættes for. Men der er tilsyneladende ingen nedre grænse for, hvor lidt røg der skal til, for at det indebærer en risiko for væksthæmning og dermed reduceret fødselsvægt.

Risikoen for skader som følge af passiv rygning øges tilsyneladende med stigende alder.

Lov nr. 512 af 6. juni 2007 om røgfri miljøer har til formål at forebygge, at nogen ufrivilligt udsættes for passiv rygning og fastsætter som en hovedregel, at det ikke er tilladt at ryge indendørs på danske arbejdspladser. Loven indeholder dog undtagelsesbestemmelser. Arbejdstilsynet har til opgave at føre tilsyn med lovens overholdelse, og Arbejdstilsynet kan kontaktes i spørgsmål om beskyttelse af gravide i forhold til såvel loven om røgfri miljøer og til Arbejds miljøloven.

Børn og passiv rygning

Børn, der er udsat for passiv rygning, bliver oftere syge og rammes hårdere end andre børn af en række sygdomme. Det drejer sig især om luftvejssygdomme, almene infektioner og mellemørebetændelse.

6.5.4 Rygestop

Den største helbredsgevinst opnås ved rygestop før undfangelsen eller tidligt i graviditeten, men rygestop på et hvilket som helst tidspunkt i graviditeten har en positiv effekt. Derimod mangler der dokumentation for en gavnlig effekt af at nedsætte cigaretforbruget under graviditeten. En forklaring kan være, at rygere, der nedsætter deres forbrug, ofte vil kompensationsryge, dvs. ryge cigaretterne mere intensivt, og derved ikke nedsætte eksponeringen for skadelige stoffer i en grad, der svarer til det nedsatte antal cigaretter. Desuden er der belæg for, at selv et lille cigaretforbrug er skadeligt. Målet for intervention over for rygning under graviditet må derfor primært være rygestop.

Følgende metoder til rygeafvænning har vist sig effektive over for gravide: kort information om rygningens skadelige virkninger på fosteret, individuel vejledning om rygestop og egentlige rygestopkurser. Vejledningen bør varetages af specialuddannet personale og gennemføres sideløbende med den normale svangreomsorg.

Blandt ikke-gravide er det påvist, at nikotinsubstitutionsprodukter øger chancen for rygeophør hos personer, der ønsker at stoppe med at ryge. Derudover kunne et argument for at anvende nikotinbehandling under graviditet være, at man herved undgår, at fosteret udsættes for andre potentielt skadelige stoffer i tobaksrøgen. Men effekten af nikotinsubstitution hos gravide rygere er ikke tilstrækkelig undersøgt, til at det kan anbefales generelt, idet der mangler videnskabelig dokumentation for både effektivitet og sikkerhed. Om end nikotinsubstitution under graviditeten ikke er risikofri, synes risikoen dog ikke at være væsentlig øget.

Det er således fortsat Sundhedsstyrelsens vurdering, at gravide ikke bør ryge og ikke bør anvende nikotinpræparater uden at have drøftet det med en læge eller en jordemoder, men at nikotinpræparater udgør en mindre risiko for graviditets- og fødselskomplikationer og skader på det ufødte barn end fortsat rygning. For at få mindst mulig nikotinpåvirkning af barnet bør der primært anvendes intermitterende dosering med tyggegummi, resorribletter eller rygeinhalator. Hvis kvinden ikke tåler peroral dosering, fx på grund af kvalme, kan der i stedet anvendes plastre 0,9 mg/pr. time i maks. 16 timer/døgn. Styrken af præparater vælges efter vanlige retningslinjer.

Anbefalinger vedr. rygning

- Tilbud om hjælp til rygestop er en obligatorisk og rutinemæssig del af svangreomsorgen.
- Kvinder bør informeres om den forøgede risiko ved at ryge i graviditeten og om fordelene ved at stoppe med rygning. Sundhedspersonalet bør søge at motivere til rygestop gennem hele graviditeten og specielt i 1. trimester.
- Gravide, der ikke ønsker eller ikke kan holde op med at ryge, opfordres til at nedsætte forbruget.
- Gravide bør ikke anvende nikotinpræparater uden at have drøftet dette med en læge eller en jordemoder.
- Rygning frarådes i ammeperioden, men amning anbefales, selvom moderen ryger.
- Gravide bør ikke udsætte sig for passiv rygning - hverken hjemme eller på arbejdspladsen.

I ammeperioden frarådes det, at moderen ryger. Om nødvendigt kan nikotin-substitution anvendes. Intermitterende dosering bør foretrækkes. Ved at tage produktet umiddelbart efter amning – og ikke igen før efter barnets næste måltid – vil nikotinniveauet i mælken være så lavt som muligt, når barnets ammes.

6.6 Alkohol

Gravide drikker almindeligvis ikke meget – det gennemsnitlige alkoholforbrug er ca. en genstand om ugen. Knap 30 % af de gravide er totalt afholdende, mens kun 1 % indtager flere end 6 genstande om ugen. De fleste kvinder, der indtager alkohol, før de bliver gravide, stopper med at indtage alkohol eller reducerer deres alkoholindtag kraftigt, når de har erkendt, at de er gravide. Det bør også nævnes, at der i nogle studier, men ikke alle, er fundet en sammenhæng mellem alkoholindtagelse og nedsat frugtbarhed.

25-40 % af de gravide angiver, at de har drukket 5 genstande eller flere ved mindst en lejlighed siden conceptionen. En stor del af dette forbrug har fundet sted, inden graviditeten var erkendt. Alkoholindtagelse i den ikke-erkendte periode er skadelig – ligesom alkoholindtagelse i den resterende del af graviditeten – og derfor har alkoholvaner hos ikke-gravide kvinder i den fertile alder stor betydning. En opgørelse fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005 (Statens Institut for Folkesundhed) viser, at blandt kvinder i alderen 20-39 år drak 15 % flere end 14 genstande i løbet af den foregående uge, og 73 % drak 5 genstande eller flere ved mindst en lejlighed i løbet af den seneste måned.

6.6.1 Alkoholforbrug og fosterskader

Alkohol passerer gennem moderkagen til fosteret. Det bevirker, at fosteret får samme alkoholpromille som moderen. Indvirkningen af alkohol på fosteret er dosisafhængig og spænder fra fuldt udviklet føtal alkohol syndrom ved højt indtag til mere hårfine neurologiske påvirkninger ved lavere indtag. Det er veldokumenteret, at et stort alkoholforbrug øger risikoen for abort, dødfødsel, for tidlig fødsel, væksthæmning af fosteret og misdannelser. Effekten af et lille alkoholforbrug i graviditeten på under 1 genstand dagligt er omdiskuteret. Et lille alkoholforbrug er i nogle studier fundet at øge risikoen for abort, dødfødsel, og præterm fødsel samt at have en negativ effekt på barnets neurokognitive udvikling. Den videnskabelige litteratur er dog ikke entydig, og andre studier påviser ikke denne sammenhæng. Både det gennemsnitlige indtag af alkohol og mængden af alkohol, der drikkes på en gang, har betydning for fosterets udvikling. Der er mistanke om, at et indtag på 5 genstande eller flere på en gang under graviditeten kan være associeret med indlæringsvanskeligheder hos barnet.

Alkohol kan være skadeligt for fosterets udvikling under hele graviditeten. Skadernes omfang og karakter hænger sammen med, i hvilken fase af graviditeten kvinden drikker. Fosteret er mest følsomt for den fosterskadelige effekt af alkohol i 1. trimester, hvor de forskellige organer dannes. Hjernen er specielt følsom over for alkohols indvirkning i 1. trimester, hvor de grundlæggende hjernestrukturer dannes og i 3. trimester, hvor hjernen gennemgår sin vækstspurt.

Der er således mistanke om negative effekter på graviditet og foster ved et alkoholforbrug på 4 eller flere genstande om ugen, hvilket er under de anbefalede genstandsgrænser for kvinder. Det er derfor vigtigt, at alkoholvaner bliver drøftet med alle gravide.

Føtalt alkoholsyndrom (FAS)

Føtalt alkoholsyndrom (FAS) er den sværeste fosterskade, der ses som følge af alkohol. I Landspatientregisteret er der registreret 7-15 tilfælde årligt de senere år. FAS er karakteriseret ved:

- Vækstretardering, dvs. at barnets længde, vægt og hovedomfang er mindre
- Karakteristiske ansigtstræk med små, ofte lidt skråtstillede øjenspalter, epicanthus, bred, flad næseryg, lille opstoppet næse, manglende eller svagt udviklet næse-læbefure, lille vigende hage og lavt placerede, ofte bagud-drejede ører. Barnet skal have mindst to af disse træk, for at diagnosen kan stilles
- Symptomer på hjerneskade, der kan vise sig ved neurologiske symptomer hos det nyfødte barn. Hos nogle børn viser symptomerne sig først senere.

Desuden kan barnet have:

- Medfødt hjertefejl
- Klumpfødter
- Misdannede kønsorganer.

Desuden fødes et ukendt antal børn med mindre alkoholrelateret skader. Det kan fx dreje sig om hjertefejl og et bredt spektrum af opmærksomhedsforstyrrelser eller forsinket psykomotorisk udvikling.

6.6.2 Anbefalingerne bygger på et forsigtighedsprincip

På baggrund af den evidens, der foreligger, kan anbefalingerne baseres på en risikovurdering eller en forsigtighedsbetragtning. Der er ikke evidens for skadelige effekter af et alkoholforbrug mindre end ca. 4 genstande pr. uge. En anbefaling baseret på en risikovurdering ville derfor være, at gravide kan indtage små mængder alkohol, uden at det sandsynligvis påfører det ufødte barn skade. Men det er usikkert, om der findes en sikker nedre grænse for alkoholindtagelse under graviditet. Det er vanskeligt at dokumentere en år-

sagssammenhæng mellem et lille alkoholforbrug og multifaktorielt betingede lidelser eller subtile skader som fx minimale hjerneskader. Efterhånden som flere forskningsresultater er blevet tilvejebragt de senere år, er alkoholgrænserne under graviditet stadig rykket nedad. Der er ikke dokumentation for, at et indtag på under 4 genstande pr. uge er uskadeligt. Det skal samtidig anføres, at der ikke er nogen dokumentation for en gavnlig effekt hos mor eller barn af alkoholindtag i graviditeten.

I lighed med en række andre lande har Sundhedsstyrelsen valgt at basere nedenstående alkoholanbefalinger på et forsigtighedsprincip, da evt. skader på fosteret er livsvarige og kan forhindres fuldstændigt. Den mest sikre måde er at undgå indtagelse af alkohol under hele graviditeten – også den uerkendte periode af graviditeten. Der lægges således vægt på det sundhedsfremmende aspekt. En yderligere fordel ved en anbefaling om afholdenhed er, at budskabet er enkelt og entydigt.

Anbefalinger til gravide vedr. alkohol

- Undgå alkohol, når du er gravid.
- Undgå alkohol, hvis du prøver at blive gravid – for en sikkerheds skyld.

Sundhedsprofessionelle vil ofte møde kvinder, der allerede har drukket alkohol under graviditeten. Der bør i de situationer foretages en balanceret risikovurdering som udgangspunkt for rådgivningen til den gravide. I de fleste tilfælde vil risikoen for fosterskade være ganske lille.

Alle kvinder, der møder til første graviditetsundersøgelse, bør spørges om deres forbrug af alkohol, tobak, medicin og narkotika, se afsnit 7.10. Der er behov for uddybende rådgivning ved et forbrug på 1 genstand eller flere om dagen, eller hvis den gravide drikker flere genstande på en gang efter graviditetsuge 8-9.

Hvis sundhedspersonalet vurderer, at den gravide ikke selv er i stand til at ændre sit alkoholforbrug, er der behov for vejledning om de eksisterende muligheder for hjælp og støtte til at undgå alkohol under graviditeten.

6.6.3 Alkohol og amning

Alkohol udskilles i modermælken, og alkoholkoncentrationen i modermælken er til hver en tid på næsten samme niveau som koncentrationen i moderens blod. Metaboliseringshastigheden afhænger blandt andet af moderens vægt. Jo højere vægt, jo hurtigere udskillelse af alkohol. Én genstand vil i gennemsnit være udskilt fra mælken efter 2-3 timer, men der er individuelle forskelle. Man kan ikke fremskynde udskillelsen af alkohol i mælken ved at malke ud og kassere mælken. Barnets udsættelse for alkohol kan mindskes

eller undgås, hvis moderen undlader at amme i 2-3 timer for hver indtaget genstand. Hvis en kvinde eksempelvis har drukket 3 genstande, bør hun undlade at amme i 6-9 timer. Mælkeproduktionen påvirkes negativt af alkoholindtagelse, og mælken ændrer smag.

Det nyfødte barn påvirkes mindre af alkohol end fostret. Det nyfødte barn er imidlertid stadig sårbart over for alkohol, og man kender ikke den nedre grænse for skadelig påvirkning. Barnets søvn kan påvirkes af alkoholindtagelse, således at barnet sover mindre og mere uroligt i timerne umiddelbart efter.

Ammende mødre bør være tilbageholdende med at drikke alkohol. Et moderat alkoholforbrug bør ikke give anledning til ammeophør.

Anbefalinger vedr. alkohol

- Kvinder, der planlægger at blive gravide, informeres om alkoholanbefalingerne og fosterets særlige følsomhed i 1. trimester.
- Gravide frarådes at drikke alkohol gennem hele graviditeten.
- Alle gravide spørges om deres alkoholforbrug ved første graviditetsundersøgelse.
- Gravide, der har et forbrug på 1 genstand eller flere om dagen, tilbydes yderligere rådgivning. Såfremt den gravide ikke selv er i stand til at ændre alkoholvaner, henvises til særlig hjælp og støtte.
- Ammende kvinder rådes til at være tilbageholdende med at drikke alkohol.

6.7 Andre euforiserende stoffer/narkotika

Euforiserende stoffer har en begrænset udbredelse og er først og fremmest udbredt blandt yngre voksne. Mænd er hyppigere brugere end kvinder. Hash og andre stoffer (primært stimulerende stoffer) er mest udbredt i de sene teenageår, hvorefter andelen af brugere falder gradvist. Der er et meget stor sammenfald mellem et stort forbrug af alkohol og tobak og brug af euforiserende stoffer.

På årsbasis er godt 13.000 personer indskrevet til behandling for problemer med stoffer, heraf er en fjerdedel kvinder. Det skønnes, at det samlede antal kvinder med stofproblemer er omkring det dobbelte. Gennemsnitsalderen for kvinder, der behandles for stofproblemer er 37 år. De fleste kvinder med stofproblemer er således i den fertile alder. En registerundersøgelse har påvist, at

kvinder med stofproblemer stort set får samme antal børn som andre kvinder, men de har 2 ½ gange så mange provokerede aborter.

Brug af euforiserende stoffer er således ikke almindeligt udbredt blandt gravide. Det er særdeles vigtigt ikke at overse et stofproblem, da moderens brug af stoffer kan have alvorlig indvirkning på fosteret. Hovedparten af de euforiserende stoffer hæmmer fosterets vækst, nogle medfører risiko for varig skade på barnets hjerne og nervesystem, ligesom børnene kan fødes med abstinenssymptomer. Dertil kommer andre livsstilsaspekter samt de alvorlige psykiske, familiære og sociale belastninger, der er en del af enhver rusmiddelproblematik. Når det drejer sig om rusmiddelproblemer, er der altid tale om en multifaktoriel problemstilling, hvor mange faktorer indvirker negativt på fosterudvikling, graviditets- og fødselsforløb.

Anbefalinger vedr. euforiserende stoffer/narkotika

- Alle gravide spørges om deres forbrug af euforiserende stoffer ved første graviditetsundersøgelse.
- Euforiserende stoffer er skadelige under hele graviditeten. Den gravide frarådes brug af disse stoffer.
- Sundhedspersonale bør være særlig opmærksom på samvariation blandt unge gravide med stort forbrug af alkohol/tobak
- Gravide, der ikke selv er i stand til at holde op med at bruge euforiserende stoffer, henvises til særlig hjælp og støtte til afvænnning.
- Kvinder, der fortsat har et forbrug af euforiserende stoffer efter fødslen, frarådes amning.

6.8 Skadelige miljøstoffer

Gravide og ammende rådgives om at være særlig opmærksomme på, hvilke kemikalier de udsætter sig selv og det (ufødte) barn for, herunder at bruge så lidt kosmetik, creme og parfume som muligt, undlade at farve hår og bruge produkter på spraydåse samt at male. Der henvises endvidere til Miljøstyrelsens hjemmeside www.babykemi.dk

7. Undersøgelse og vurdering af den gravide

7.1 Terminfastsættelse

Naegeles regel for terminsberegning⁵ (terminsfastsættelse på baggrund af sidste menstruation (SM)) forudsætter præcis viden om dato for sidste menstruation og regelmæssige ovulatoriske menstruationscykli gennem mindst 3 måneder forud for konceptionen. Disse krav er ikke opfyldt for mange gravide.

Ultralydbaseret terminsberegning (ULS) bygger på den antagelse, at alle fostre har samme størrelse ved samme gestationsalder. Det er som oftest gældende for fostre før uge 20.

Terminsberegning på basis af ULS giver i forhold til SM en mere sikker bestemmelse:

- Hyppigheden af for tidlig fødsel er uændret til let nedsat.
- Hyppigheden af fødsel til termin er øget.
- Hyppigheden af postterme fødsler er reduceret.
- Selv ved oplysning om sikker SM og regelmæssig cyklus indebærer terminsfastsættelse ved UL en reduktion i antallet af inducerede fødsler pga. overbårenhed.

Anbefalinger vedr. terminsfastsættelse

- Terminen fastsættes på basis af ULS før uge 20.
- Naegeles regel for terminsberegning anvendes, hvis kvinden ikke ønsker ultralydsundersøgelse.

7.2 Vægt og vejning

Kvindens vægtøgning under graviditet varierer meget og spiller en rolle for fosterets udvikling og for moderens helbred på sigt. Hos normalvægtige er der vide grænser for vægtøgningen, uden at det påvirker udfaldet af graviditeten. Vægtøgning blandt raske gravide med fødsel af børn mellem 3 og 4 kg er således fundet at variere mellem 7 og 18 kg. En stor vægtstigning under graviditeten er associeret med højere fødselsvægt hos barnet. Hos kvinder, der er overvægtige før graviditeten, er der en øget forekomst af graviditets- og

⁵ Terminen beregnes som sidste menstruations første dag + 280 dage, såfremt cyklus er 28 dage.

fødselskomplikationer, jo mere kvinden tager på. Hos kvinder, der er undervægtige før graviditeten, øger lav vægtstigning risikoen for intrauterin vækstretardering og præterm fødsel.

Der er evidens for, at vægtøgning under graviditeten har betydning for kvindens vægtudvikling senere i livet. For nogle kvinder er graviditet den udløsende faktor for udvikling af overvægt. Udenlandske studier viser, at kvinders vægt i gennemsnit er øget med 0,5-4 kg i forhold til før-graviditetsvægten (såkaldt vægtretention) i op til 2½ år efter fødslen. Langtidsstudier har vist, at der er en klar sammenhæng mellem vægtøgningen under graviditeten og vægtretentionen efter graviditeten hos både undervægtige, normalvægtige og overvægtige. Jo mere kvinden tager på under graviditeten, des højere er vægten i perioden efter fødslen, og des større er risikoen for overvægt senere i livet. Nye forskningsresultater tyder på, at selv en beskeden vægtretention øger risikoen for komplikationer ved næste graviditet og fødsel, også hos normalvægtige. I gennemsnit tager overvægtige dog ikke mere på end normalvægtige, ligesom de heller ikke har større risiko for post-partum vægtretention.

Normalvægtige kvinder, der tager meget på under første graviditet (over 20 kg), er i risiko for stor vægtøgning under evt. følgende graviditeter og bør derfor have samme rådgivning som overvægtige gravide.

7.2.1 Vægtstigning under graviditet

Der er behov for at kunne rådgive om, hvor stor vægtøgning under graviditeten der giver det bedste udfald for mor og barn. Der er gode grunde til at anbefale en differentieret vægtøgning afhængig af, om kvinden var under-, normal- eller overvægtig inden graviditeten. Der er dog kun begrænset videnskabeligt belæg for at kunne fastlægge vægtgrænserne, som nødvendigvis må afspejle, at der er tale om et kompromis mellem hensynet til moderens og barnets helbred. Der er ikke international konsensus på området. De følgende vægtanbefalinger er baseret på den tilgængelige viden og tilpasset danske forhold. De skal betragtes som et fingerpeg om hensigtsmæssig vægtøgning.

Afhængig af den prægravide BMI er en hensigtsmæssig vægtstigning ved enkeltfødsgraviditet:

Prægravid	Vægtstigning under graviditet
Undervægtige (BMI < 18,5)	13-18 kg
Normalvægtige (BMI 18,5-24,9)	10-15 kg
Overvægtige (BMI 25-29,9)	8-10 kg
Svært overvægtige (BMI ≥ 30)	6-9 kg

For at vurdere BMI hos gravide anvendes den prægravide vægt. Er denne ikke kendt, anvendes den først målte vægt under graviditeten.

Formålet med vejningen er at identificere væsentlige afvigelser. Stor vægtstigning før 20 uger er prediktiv for stor vægtstigning i den resterende del af graviditeten. Det antages, at vægten stiger gradvist i 2. og 3. trimester.

Ubalancerede og/eller lavkalorie-slankekure frarådes under graviditet, da det kan medføre en u hensigtsmæssig næringsstofsammensætning, som i værste fald kan skade fosteret. Endvidere kan et lavt kalorieindtag føre til ketose, hvilket potentielt kan være farligt for fosteret. Derimod anbefales kostomlægning med henblik på at følge kostrådene. En del svært overvægtige kvinder har en meget begrænset eller slet ingen vægtstigning i graviditeten. Dette synes ikke at betyde noget, hvis kvinden har lagt sine spisevaner om, således at hun spiser sundt, alsidigt og tilstrækkeligt.

Anbefalinger vedr. vejning

- Alle gravide tilbydes rutinemæssig vejning (ca. en gang pr. trimester, hyppigere ved behov) som baggrund for rådgivning om vægtøgning, kost og fysisk aktivitet, se kapitel 6. Når det er muligt, anvendes samme vægt til vejningen.
- Ved første konsultation hos egen læge anføres både den selvrapporterede prægravide vægt og den målte vægt i vandrejournalen.

7.3 Blodtryk

Under en normal graviditet ændrer blodtrykket (BT) sig, således at det falder i første del af graviditeten, mens det stiger til normalværdier for ikke-gravide i sidste del af graviditeten. Et normalt BT under graviditet er < 140/90.

Måling af blodtrykket

Blodtryksmåling bør foregå under standardiserede betingelser med anvendelse af valideret udstyr. Blodtrykket måles med den gravide i halvsiddende/skråt sideleje med overarmen i hjerteniveau og efter mindst 5 minutters hvile. Der skal anvendes korrekt manchettørrelse, således at manchetten omslutter overarmen helt. Systolisk blodtryk registreres ved Korotkoff fase I og diastolisk blodtryk ved Korotkoff fase V (ophør af hjertelyd). Såfremt fase V udebliver, registreres fase IV.

Værdien af BT-måling ved alle rutinemæssige graviditetsundersøgelser er uafklaret. Det er almindeligt, at blodtrykket hos kvinder med essentiel hypertension falder til normale værdier i første del af graviditeten, således at der

evt. kan holdes pause med medikamentel behandling. Blodtryksmåling er en vigtig parameter for diagnosticering af præeklampsi, se afsnit 11.4.

Anbefalinger vedr. blodtryksmåling

BT måles hos alle gravide:

- Ved første graviditetsundersøgelse hos egen læge
- Ved mindst en undersøgelse i 2. trimester
- Ved hver undersøgelse i 3. trimester
- På indikation. (fx ved svimmelhed, besvimelsestilfælde, symptomer på mulig præeklampsi, dvs. almen sygdomsfølelse, smerter i epigastriet, hovedpine).

Ved BT $\geq 140/90$ henvises til obstetrisk afdeling.

7.4 Stetoskopi af hjerte og lunger

Værdien af rutinemæssig stetoskopi af hjerte og lunger er ikke dokumenteret. Det er tvivlsomt, om undersøgelsen kan afsløre en hjerte- eller lungelidelse, der ikke er symptomgivende eller kendt forud for graviditeten.

Anbefaling vedr. stetoskopi

- Stetoskopi af hjerte og lunger udføres kun på indikation.

7.5 Urinscreening

I det følgende beskrives urinscreening hos alle gravide. Vedrørende screening af risikogrupper henvises til de relevante afsnit.

7.5.1 Glucosuri

Formålet med undersøgelsen er at opspore diabetes eller diabetes under udvikling. Undersøgelsen anbefales gennemført en gang i henholdsvis 1. og 2. trimester og ved hver svangreundersøgelse i 3. trimester. Se endvidere afsnit 11.3 om gestationel diabetes.

7.5.2 Proteinuri

Formålet med undersøgelsen er tidlig opsporing af begyndende præeklampsi. Det anbefales at foretage urinundersøgelse for albumin en gang i henholdsvis 1. og 2. trimester og ved hver konsultation i 3. trimester. Se endvidere afsnit 11.4 om præeklampsi.

7.5.3 Asymptomatisk bakteriuri

Bakteriuri ($>10^5$ bakterier/ml) hos gravide øger risikoen for præterm fødsel, lav fødselsvægt og kronisk nyresygdom hos moderen – uanset om der er symptomer på urinvejsinfektion.

Asymptomatisk bakteriuri forekommer hos ca. 5-10 % af alle gravide, og af disse udvikler 20-30 % symptomatisk urinvejsinfektion, hvis de ikke behandles. Risikoen for at udvikle bakteriuri i graviditeten er størst imellem uge 9 og 17. Kvinder med øget risiko for bakteriuri tilbydes derfor urindyrkning i uge 16 hos den praktiserende læge, se boks.

Se endvidere afsnit 10.15 om gruppe B streptokokker.

Anbefalinger vedr. urinscreening

- Urinundersøgelse for opsporing af diabetes gennemføres en gang i henholdsvis 1. og 2. trimester og ved hver svangreundersøgelse i 3. trimester, samt ved symptomer.
- Urinundersøgelse for albumin foretages en gang i henholdsvis 1. og 2. trimester og ved hver svangreundersøgelse i 3. trimester.
- Urinundersøgelse for asymptomatisk bakteriuri gennemføres ved første og anden lægeundersøgelse hos egen læge. Undersøgelsen kan foregå enten ved urinmikroskopi eller urinstix. Ved positiv urinmikroskopi eller ved urinstix positiv for nitrit eller leukocytter suppleres med urindyrkning.
- Urindyrkning og evt. resistensbestemmelse foretages rutinemæssigt i uge 16 hos gravide med anamnese omfattende hyppige urinvejsinfektioner, tidligere urinvejsinfektion i graviditeten, præterme veer og eller præterm vandafgang i tidligere graviditet eller pyelonefrit.
- Ved fund af gruppe B streptokokker (GBS) i urinen påføres dette kvindens vandrejournal, idet der så behandles med penicillin i.v. under fødslen.

7.6 Gynækologisk undersøgelse

Værdien af rutinemæssig gynækologisk undersøgelse i graviditeten er ikke dokumenteret.

Anbefaling vedr. gynækologisk undersøgelse

- GU udføres på indikation (blødning, smerter, m.v.).

7.6.1 Vaginaleksploration

For tidlig fødsel kan ikke forudsiges ved rutinemæssig vaginaleksploration i løbet af graviditeten. Ugentlig vaginaleksploration fra uge 37 øger risikoen for primær vandafgang.

Et normalt fund ved vaginaleksploration udelukker ikke påvirkning af de cervicale forhold. Hvis der er klinisk mistanke om modning af de cervicale forhold fx pga. mange kontraktioner, tyngdefornemmelse eller rigeligt vandigt udfåd, bør kvinden henvises til obstetrisk afdeling med henblik på evt. ultralydsundersøgelse af cervix. Se endvidere afsnit 11.8.

Anbefalinger vedr. vaginaleksploration

- Vaginaleksploration foretages ikke ved de rutinemæssige svangreundersøgelser.
- Hvis der er tvivl om terminsberegning, og kvinden ikke ønsker ultralydsundersøgelse, kan vaginaleksploration udføres.
- Ved klinisk mistanke om præmatur påvirkning af de cervicale forhold henvises den gravide til obstetrisk afdeling med henblik på evt. vaginal ultralydsundersøgelse af livmoderhalsen.

7.6.2 Bækkenvurdering

Værdien af rutinemæssig vurdering af bækkenets størrelse er ikke dokumenteret. Den gravide bør vurderes af obstetrisk speciallæge, hvis hun er under 155 cm høj, tidligere har haft bækkenfraktur, svær skoliose, følger efter rachitis og polio og/eller andre tegn på mulige mekaniske problemer i forbindelse med fødsel.

Der bør desuden være opmærksomhed på kvinder, som er meget små og spinkle, fx af anden etnisk herkomst, særligt hvis den kommende far er væsentlig større end den gravide.

Anbefalinger vedr. bækkenvurdering

- Rutinemæssig vurdering af bækkenet foretages ikke som led i de almindelige svangreundersøgelser.
- Ved særlige forhold henvises til vurdering ved obstetrisk speciallæge.

7.7 Celleprøve fra livmoderhalsen (smear)

I henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger inviteres kvinder i aldersgruppen mellem 23 og 49 år til screening for livmoderhalskræft hvert 3. år, mens kvinder i aldersgruppen 50 og 65 år inviteres hvert 5. år.

Graviditet medfører visse ændringer i det mikroskopiske udseende af cellerne fra livmoderhalsen. Endvidere forårsager afskrabning af cervixceller i graviditeten ofte en let blødning. Disse forhold kan afstedkomme et inkonklusivt eller falskt positivt svar. Den gravide vil på dette grundlag kunne blive indkaldt til yderligere undersøgelser, hvilket vil ængste den gravide unødigt. Hertil kommer, at der kun under meget tvingende omstændigheder foretages en keglesnitoperation, mens kvinden er gravid.

Det vurderes, at der almindeligvis ikke bør foretages smearundersøgelse i graviditeten pga. den øgede risiko for falsk positive svar, og de vanskeligheder yderligere udredninger og behandling af tilstanden under graviditeten medfører. Der tilrådes enten prækonceptionel smearundersøgelse eller undersøgelse 8 uger efter fødslen, hvis der er gået mere end 3 år siden sidste undersøgelse. Under forudsætning af, at Sundhedsstyrelsens anbefaling vedrørende screening for livmoderhalskræft i øvrigt følges, antages det, at tilfælde af cervixcancer alligevel vil blive diagnosticeret i tide.

Ved mistanke om præmaligne eller maligne tilstande på cervix bør i stedet foretages kolposkopi og evt. biopsi.

Anbefalinger vedr. celleprøve fra livmoderhalsen

- Rutinemæssig undersøgelse med celledrab (smear) bør ikke udføres under graviditet.
- Ved klinisk mistanke om præ- eller manifest maligne tilstande bør kvinden henvises til undersøgelse på obstetrisk afdeling med kolposkopi og evt. biopsi i stedet for smear.

7.8 Mammalpalpation

Det er uden værdi at undersøge den gravides bryster med henblik på at vurdere kvindes mulighed for at amme. Behandling for introverte brystvorter er uden effekt. Langt de fleste kvinder med introverte brystvorter kan amme, blandt andet fordi brystet udvider sig efter fødslen.

Der er ikke indikation for at anbefale særlig opmærksomhed på udvikling af mammacancer under graviditet.

Anbefaling vedr. mammalpalpation

- Undersøgelse af mammae indgår ikke i de rutinemæssige svangreundersøgelser.

7.9 Psykisk og social anamnese

Ved første lægeundersøgelse optages en grundig psykosocial anamnese. Anamnesen danner baggrund for den individuelle plan, der lægges for kvinden, herunder behovet for særlig indsats fra jordemoder og speciallæge samt vurdering af behov for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde i løbet af graviditeten. Indsatsen for gravide med særlige behov som følge af psykosociale problemstillinger er beskrevet i kapitel 5.

Lægen/jordemoderen bør være opmærksom på, om der hos den gravide er:

- Traumer, fx tab af nærtstående familiemedlemmer eller venner inden for de seneste 2 år
- Livskriser eller sociale problemer i form af fx langvarig arbejdsløshed og manglende uddannelse
- Særlig sårbarhed som følge af tidligere anbringelse som barn eller ung
- Særlig sårbarhed som følge af ringe netværk eller tidligere ustabil, omtumlet tilværelse
- Særlig sårbarhed som følge af tidligere traumatiserende fødselsforløb
- Par-problemer eller -konflikter.

Lægen/jordemoderen bør i øvrigt være særlig opmærksom på:

- Psykisk sygdom, herunder også tidligere spiseforstyrrelse eller depression, se afsnit 5.4 og 16.2.
- Rusmiddelproblemer, både hos kvinden og hendes partner, se nedenstående
- Problemer som følge af etnicitet, herunder især sprogvanskeligheder, (for) lille netværk i Danmark og traumer i familien, se kapitel 5.

7.10 Systematisk udspørgen om rusmidler

Alle rusmidler, herunder i høj grad alkohol og tobak, påvirker fosterets udvikling negativt. Det er derfor vigtigt i starten af svangerskabet at lave en kortlægning af den gravides forbrug af alkohol, tobak og andre rusmidler.

Det anbefales at anvende en systematisk spørgeguide, rettet til alle gravide, med henblik på at kunne etablere en åben, ikke fordømmende dialog med

udgangspunkt i den gravide og hendes partners oplevelser af deres forbrug af såvel alkohol som tobak, afhængighedsskabende medicin, hash og evt. andre rusmidler. Den første konsultation er essentiel for vejledning om de fosterskadelige virkninger, og den strukturerede samtale giver mulighed for tidligt at vurdere, hvilke interventioner der kan være behov for.

Spørgeguiden bør for alle gravide omfatte følgende emner:

- Alkoholforbrug, herunder også partnerens, med henblik på at afklare, om der er pres på den gravide om at drikke
- Brug af tobak, herunder også partnerens, af hensyn til fosterets udsættelse for passiv rygning
- Brug af afhængighedsskabende medicin (benzodiazepiner, opioider).

Hvis der svares ja til sidstnævnte – eller hvis der er stort forbrug af alkohol og tobak – bør der spørges til:

- Brug af hash eller marihuana inden for det sidste år

Hvis der svares ja til dette, bør der spørges til:

- Brug af andre stoffer end hash (ecstasy, amfetamin, kokain, heroin osv.).

På baggrund af spørgeguidens resultat vurderer den praktiserende læge, hvilken intervention der kan være behov for, herunder hvilket niveau for indsatsen, jf. afsnit 3.2 og henviser den gravide til det rette tilbud i enten kommunen eller regionen. Spørgeskemaet resumeres i vandrejournalen, og anbefalet intervention beskrives.

Eksempel på en spørgeguide kan ses i *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer*, Sundhedsstyrelsen, bilag 3.

Anbefalinger vedr. opsporing af rusmiddelproblemer

- Den praktiserende læge anvender en systematisk spørgeguide ved første konsultation og vurderer behovet for intervention ud fra denne.
- Jordemoderen følger gennem hele graviditeten op på lægens notat vedr. anbefalet intervention.

8. Overvågning af fosteret

Systematisk undersøgelse af livmoderens og fosterets størrelse, fosterstilling og hjertelyd indgår i den kliniske undersøgelse. Sidst i graviditeten bør undersøgelsen udføres ved, at den gravide ligger i let skråleje for ikke at udløse vena cava-syndrom, dog skal den gravide ligge i fladt rygleje ved måling af symfyse-fundus-afstanden.

Det er jordemødres erfaring, at den udvendige undersøgelse betyder meget for mange gravide, og at palpation af fosteret med vurdering af størrelse og lejrning er et godt udgangspunkt for at tale med den gravide og hendes partner om forskellige aspekter af graviditeten samt moderens og barnets tilstand. I tilfælde hvor der lyttes efter hjertelyd, kan den udvendige undersøgelse medvirke til, at placeringen af træstetoskopet bliver mere præcis, så man umiddelbart kan høre hjertelyden og således undgå unødige ængstelse hos den gravide.

Vedrørende fosterdiagnostik henvises til Sundhedsstyrelsens gældende anbefalinger *Fosterdiagnostik og risikovurdering* Sundhedsstyrelsen 2003.

8.1 Fostervækst

Et af hovedformålene med svangreomsorgen er at forebygge og diagnosticere væksthæmning hos fosteret.

Fostervækst bedømmes ved:

1. Symfyse-fundus-måling
2. Klinisk fosterskøn
3. Ultralydsundersøgelse.

8.1.1 Symfyse-fundus-mål

Afstanden mellem symfyse og fundus uteri (SF, symfyse-fundus-mål) kan måles fra uge 24 med henblik på at finde fostre med afvigende og især retarderet vækst. Efter uge 36 er symfyse-fundus-måling mindre egnet på grund af hovedets placering i bækkenet.

Symfyse-fundus-mål under normalområdet kan skyldes, at barnet er lille – evt. vækstreteret – samt at der er lidt fostervand. Symfyse-fundus-mål over normalområdet kan forekomme ved fedme, tvillinger, for meget fostervand

og hvis der er tale om et meget stort barn. Symfyse-fundus-målet kan desuden afvige som følge af forkert terminsberegning.

Den foreliggende evidens er beskednen, men tyder på, at symfyse-fundus-mål har en rimelig sensitivitet, når det gælder de meget væksthæmmede børn. En randomiseret undersøgelse har sammenlignet anvendelsen af symfyse-fundus-mål og klinisk fosterskøn uden at kunne påvise forskel på de to metoder i forhold til udfaldet af graviditeten. Undersøgelsen kan anvendes fra et tidligere tidspunkt i graviditeten i forhold til klinisk fosterskøn og kræver få ressourcer, ligesom den ikke er forbundet med ubehag for kvinden.

Det tilstræbes, at målingen foregår under standardiserede forhold (tom blære og fladt rygleje). Der er betydelig variation i målinger udført af forskellige personer. Resultatet af målingen indføres på kurven i vandrejournalen. Ved lavt/stagnerende eller højt/unormalt stigende symfyse-fundus-mål henvises til obstetrisk afdeling med henblik på vurdering og vægtbestemmelse ved ultralydsundersøgelse.

8.1.2 Klinisk fosterskøn

Klinisk fosterskøn er usikkert med en lav sensitivitet, men svarende til symfyse-fundus-mål. Sensitiviteten er dog mere egnet til at påvise de svært væksthæmmede end de let væksthæmmede fostre, hvilket understøtter metodens anvendelse. Det kliniske fosterskøn er særdeles usikkert hos overvægtige. Rutinemæssigt fosterskøn er ikke præcist, men må hos den samme undersøger antages at give en god fornemmelse af tilvækst eller større mangel på samme.

Klinisk fosterskøn vurderes og registreres ved graviditetsundersøgelser i 3. trimester. Hvis fosterskønnet er usikkert, vigende og/eller lille (mindre end 80 % af medianen for den pågældende gestationsalder) henvises til obstetrisk afdeling med henblik på vurdering og evt. ultralydsundersøgelse.

8.1.3 Vurdering ved ultralydsundersøgelse

Undersøgelse af fosterets vækst ved ultralydsundersøgelse er indiceret:

- når den gravide mærker mindre liv
- når fosterskøn tyder på stagnerende eller ikke normal tiltagende foster-vækst
- når symfyse-fundus-målet er for lille eller for stort
- når kvinden synes, at abdominalomfanget ikke øges.

Der er ikke evidens for, at rutinemæssig anvendelse af ultralydsundersøgelse efter uge 24 forbedrer udfaldet af graviditeten, hvorfor det ikke anbefales.



Ultralydsundersøgelse kan foretages med forskellige formål, herunder beregning af graviditetens længde, fosterets størrelse og tilstand, antallet af fostre, misdannelser hos fosteret og vurdering af risikoen for Down syndrom ved nakkefoldsscanning.

8.2 Fosterstilling

En præcis vurdering af fosterstillingen har ikke klinisk relevans før uge 35. Systematisk undersøgelse af abdomen med de 4 håndgreb sigter mod at bestemme fosterets præsentation og indstilling. Undersøgelsens formål er at erkende, om barnet ligger i hovedstilling, sædestilling eller tværleje. Er der mistanke om andet end hovedstilling, henvises den gravide til en obstetrisk afdeling med henblik på vurdering med ultralydsundersøgelse. Ligger barnet ikke i hovedstilling efter uge 36, anbefales det at forsøge at vende barnet, med mindre der er kontraindikationer herfor.

Vurdering af fosterstilling ved palpation kan være vanskelig og vil i en del tilfælde være forkert. Da fosterstillingen har stor betydning for valg af fødselsmåde, er det vigtigt at henvise den gravide til ultralydsundersøgelse, hvis undersøgeren ikke er sikker på, hvorvidt barnet ligger i hovedstilling. Der er påvist en positiv sammenhæng mellem undersøgerens erfaring og evnen til at diagnosticere fosterstillingen korrekt.

8.3 Overvågning af fosterbevægelser

Den gravide vil oftest registrere fosterbevægelser efter 20 uger, dog ikke nødvendigvis dagligt i de første uger herefter. Der er betydelig individuel variation i oplevelsen af fosterets bevægelser, ligesom kvinder kan opleve forskelle

fra én graviditet til en anden. Ved en normal graviditet oplever kvinden almindeligvis, at fosteret bevæger sig flere gange dagligt efter uge 24.

8.3.1 Mindre liv

Gravide informeres om at henvende sig til en jordemoder eller obstetrisk afdeling, hvis de mærker mindre liv. Henvender kvinden sig, fordi barnet bevæger sig klart mindre end vanligt eller slet ikke bevæger sig, tilbydes hun undersøgelse hos en jordemoder eller på obstetrisk afdeling. Efter uge 24-26 tilbydes den gravide klinisk undersøgelse suppleret med CTG og/eller ultralydsundersøgelse. Det er ikke tilstrækkeligt at høre en normal hjertelyd, når kvinden mærker mindre liv eller slet ikke mærker liv. Der er ikke evidens for, at rutinemæssig overvågning og tælling af fosterbevægelser kan forebygge intrauterin fosterdød.

8.4 Hjertelyd

Der er ikke dokumenteret kliniske værdi ved rutinemæssigt at lytte efter hjertelyd (træstetoskop eller doptone) hos en gravid, der mærker liv dagligt. Det kan dog have psykologisk betydning for forældrene at høre fosterets hjertelyd, og da kan doptone anvendes i stedet for træstetoskop.

Såfremt kvinden ønsker det, kan man rutinemæssigt lytte efter hjertelyd hos gravide, der dagligt mærker liv.

Anbefalinger vedr. overvågning af fosteret

- Symfyse-fundus-måling kan foretages fra uge 24.
- Ved lavt/stagnerende eller højt/unormalt stigende symfyse-fundus-mål henvises til obstetrisk afdeling med henblik på vurdering og vægtbestemmelse ved ultralydsundersøgelse.
- Klinisk fosterskøn vurderes og registreres ved graviditetsundersøgelser i 3. trimester. Der henvises til obstetrisk afdeling med henblik på vurdering og evt. ultralydsundersøgelse, hvis lægen eller jordemoderen skønner, at fosteret ikke vokser normalt.
- Fosterstilling vurderes ved graviditetsundersøgelser fra uge 35 - ved andre tilfælde end hovedstilling henvises til obstetrisk afdeling.
- Den gravide informeres om at henvende sig til en læge eller jordemoder, hvis hun mærker mindre liv efter 24 uger.
- Hvis en gravid henvender sig med færre eller manglende fosterbevægelser, tilbydes hun klinisk undersøgelse ved jordemoder eller obstetriker, efter uge 24-26 suppleret med CTG og/eller ultralydsundersøgelse.

9. Screening for hæmatologiske sygdomme

9.1 Anæmi

Jernbehovet stiger gradvist gennem graviditeten, og jernindtaget bruges hovedsageligt til at øge erytrocytmassen hos den gravide, udvikle placentastrukturer, dække fosterets jernbehov og opveje jerntab ved fødslen som følge af blødning.

Der findes ikke nogen dansk undersøgelse af jernindtaget blandt gravide, men hos danske kvinder i den fertile alder er jernindtaget i gennemsnit lavere (11 mg/dag) end det anbefalede (15 mg/dag). Hos de fleste er mulighederne for at opbygge tilstrækkelige jerndepoter inden en graviditet derfor ikke gode. Det daglige jernindtag i kosten vil hos størstedelen ikke være tilstrækkeligt til at dække det øgede behov under graviditeten.

Der kræves et jerndepot på 500 mg for at kunne gennemføre en graviditet uden at få jernmangel svarende til en serum ferritin koncentration på $> 70 \mu\text{g/L}$. Kun 20 % af danske kvinder har ved første graviditetsundersøgelse serum ferritin over det niveau. Endvidere har 40 % enten små jernreserver under 240 mg eller ikke eksisterende reserver. Således har 75-80 % af danske kvinder mindre jerndepoter, end der kræves til at gennemføre en graviditet uden at komme i jernunderskud.

9.1.1 Sundhedsmæssige effekter af jerntilskud

Det vides især fra udviklingslande, at jernmangelanæmi er en risikofaktor for tidlig fødsel og lav fødselsvægt. Men i et højindkomst-land som Danmark er fordelene ved jerntilskud dog langt mindre målt på parametre som fødselskomplikationer og fødselsvægt. De positive effekter hos fosteret vil primært være, at man sikrer tilstrækkelig jern til udvikling af de vitale organer, samt mulighed for at opbygge tilstrækkeligt store jerndepoter til de første levemåned.

De positive effekter hos moderen er forebyggelse af jernmangelanæmi både under graviditeten og efter fødslen, hvilket har betydning for det generelle velbefindende og den fysiske formåen. Ved 5-10 % af alle fødsler er blodtabet så stort, at moderen udvikler blødningsanæmi, og det er derfor væsentligt, at den gravides jerndepoter ikke tømmes. Kvinder, der har taget jerntilskud under graviditeten, har en bedre jernstatus post partum end kvinder, der ikke har taget jerntilskud. Det er også vist, at graviditet har betydning for jernstatus i årene frem. Således har kvinder, der har født, lavere s-ferritin sammen-

lignet med kvinder, der ikke har født. Og kvinder, der har fået flere børn, har mindre jerndepoter, end kvinder der kun har gennemført én graviditet.

9.1.2 Jerntilskud

Hovedparten af danske kvinder vil derfor have behov for et jerntilskud under graviditet for at forebygge udtømming af jerndepoterne. En lille gruppe gravide (0,35 % af befolkningen svarende til omkring 200 gravide årligt) er homozygote bærere af genmutationer, der leder til hæmokromatose. Det er dog ikke alle homozygote bærere, der udvikler sygdommen, og effekten af jerntilskud i en begrænset periode på nogle måneder, hvor jernbehovet naturligt er større end normalt, er formentlig begrænset. Endvidere er der ikke kendte negative effekter for fosteret af maternel forhøjet jernabsorption.

Der er ikke international konsensus om, hvorvidt man skal give generel eller individuel jernprofylakse, ligesom der ikke er enighed om, hvorvidt serum ferritin eller hæmoglobin bør anvendes til screening af gravide, med henblik på at identificere den mindre gruppe, som har tilstrækkelige jerndepoter til, at tilskud kan undværes. Da det samtidig ikke er påvist, at et profylaktisk moderat jerntilskud har skadelige effekter, anbefaler Sundhedsstyrelsen ud fra en samlet vurdering generel jernprofylakse under graviditet. Det er af flere grunde hensigtsmæssigt at stille efter den lavest effektive dosis, og nyere undersøgelser viser, at 40 mg/dag senest fra uge 18 er tilstrækkeligt til at forebygge jernmangel og jernmangelanæmi hos de fleste gravide. Hvis lægen har klinisk mistanke om, at den gravide har anæmi eller jernmangel, bør det medføre måling af hæmoglobin og serum ferritin, og ved lave værdier at anbefale et øget tilskud (66-100 mg jern dagligt).

Anbefalinger vedr. jerntilskud

- Alle gravide tilrådes et dagligt jerntilskud på ca. 40-50 mg* fra uge 10 – eller senest fra uge 18 - og resten af graviditeten.
- Den gravide bør gøres opmærksom på, at jerntabletter ligesom andre tabletter skal opbevares utilgængeligt for børn.

* Dosis på 40-50 mg er baseret på, at jerntilskuddet tages separat og mellem måltiderne, hvor absorptionen er bedst. Samtidig indtagelse af C-vitamin, fx som et glas juice, øger optagelsen af jern. Jern, der indgår i multivitaminer, medregnes ikke i de 40-50 mg, idet jernet ikke absorberes optimalt i konkurrence med de andre stoffer i en multivitamin-tablet. Den anbefalede dosis vil sjældent give anledning til bivirkninger.

9.2 RhD (rhesus) immunisering

15 % af de gravide har RhD negativ blodtype, heraf bærer 60 % på et foster med RhD positiv blodtype. I Danmark, hvor fødselstallet har ligget stabilt på ca. 65.000 årligt de senere år, svarer det til ca. 10.000 gravide med RhD negativ blodtype, hvoraf ca. 6.000 bærer et foster med RhD positiv blodtype.

RhD profylaksen blev indført i Danmark i 1969 og medførte et dramatisk fald i antallet af immuniserede kvinder og dermed reduktion af antal tilfælde af hæmolytisk sygdom hos fostre og nyfødte (erythroblastose) samt intrauterin fosterdød.

Immunisering forudsætter, at blodlegemer fra fosteret passerer over i moderen ved en føto-maternel blødning (FMB). FMB kan ske under hele graviditeten, men forekomsten stiger i løbet af graviditeten og er hyppigst og i størst mængde under fødslen.

RhD immunisering i forbindelse med graviditet og fødsel forekommer stadig i ca. 1,5 % af tilfældene, svarende til knap 100 kvinder om året. Heraf er ca. 10 alvorlige tilfælde, som kræver intrauterin transfusion til fosteret. Størstedelen af disse skyldes formentlig immunisering i sidste halvdel af en ellers ukompliceret graviditet. Andre tilfælde kan skyldes manglende RhD profylakse ved forskellige komplikationer eller procedurer.

De senere år har der været omkring et dødsfald om året enten intrauterint eller efter fødslen som følge af RhD immunisering. Der er ingen opgørelse over blivende handicaps hos børnene.

9.2.1 Forebyggelse af RhD immunisering

Generel forebyggende behandling med anti-D immunglobulin under graviditeten er de senere år indført i en række lande, blandt andet Holland, Storbritannien, USA og Australien. Der er god dokumentation for, at man kan nedsætte antallet af immuniseringer ved at give enten en injektion med 250-300 µg anti-D immunglobulin ved en gestationsalder på 28 uger eller to injektioner på hver 100 µg ved en gestationsalder på henholdsvis 28 og 34 uger. Modellerne vurderes at være lige effektive, og det er rapporteret, at antallet af RhD immuniserede kvinder kan nedsættes med ca. 2/3, dvs. fra 1,5 % til ca. 0,5 % af tilfældene.

På den baggrund har Sundhedsstyrelsen fundet grundlag for at foretage en udvidelse af RhD profylaksen. Den første model anbefales – dvs. en injektion med 300 µg anti-D immunglobulin ved en gestationsalder på 28 uger – idet den skønnes at være den mest kost-effektive. For at opnå den bedste compliance og anvende færrest ekstra ressourcer, indpasses den antenatale RhD profylakse i det nuværende skema for svangreomsorgen, således at injektionen

gives i forbindelse med jordemoderkonsultationen i uge 29, idet det skønnes, at det ikke vil svække effekten væsentligt, at injektionen gives lidt senere end det ideelle tidspunkt.

9.2.2 Rutineprøver

Alle gravide tilbydes at få taget blodprøve til blodtypebestemmelse og screening for irregulære blodtypeantistoffer ved første lægeundersøgelse.

Alle RhD negative gravide får taget en blodprøve til screening for irregulære blodtypeantistoffer i uge 25 hos den praktiserende læge. Samtidig undersøges fosterets RhD type på en anden blodprøve, således at fødestedet har svaret og kan handle på det, når kvinden kommer til jordemoder i uge 29. Svaret skal desuden tilgå den praktiserende læge til orientering. Fosterets RhD type kan bestemmes på en almindelig blodprøve fra moderen. I mødres plasma er der små mængder af frit arvemateriale fra deres fostre. En analyse af det frie arvemateriale vil vise, om fostret er RhD positivt.

9.2.3 Indikationer for behandling med anti-D immunglobulin til ikke-immuniserede RhD negative gravide

Før graviditetsuge 8+0

Der er ikke behov for behandling med anti-D immunglobulin til og med uge 7 + 6. Det skyldes, at fosterets blodvolumen og dermed antallet af føtale erythrocytter er så lille indtil dette tidspunkt, at risikoen for immunisering anses for minimal. Dette gælder alle graviditeter, uanset om der er foretaget et indgreb eller ej.

Fra graviditetsuge 8+0 til uge 19+6

Der gives 100-150 µg anti-D inden for 72 timer efter nedenstående procedurer eller komplikationer under forudsætning af, at ampuller i den rette dosering er tilgængelige. Hvis det ikke er tilfældet gives 250-300 µg anti-D.

- Spontan, "missed" eller induceret abort uanset metode
- Ekstrauterin graviditet
- Mola
- Moderat til kraftig vaginal blødning eller abortus imminens efter 12 fulde graviditetsuger
- Abdominal traume, som medfører indlæggelse med henblik på observation for placentalsløsning.

Ved blødning gives anti-D én gang. Ved gentagne blødningsepisoder gives ikke yderligere anti-D.

Efter graviditetsuge 20+0

Der gives 250-300 µg anti-D inden for 72 timer efter følgende procedurer eller komplikationer:

- Moderat til kraftig blødning før uge 29 (tidspunktet for den rutinemæssige profylakse), hvis der ikke er givet anti-D tidligere
- Foetus mortuus, så snart diagnosen er stillet
- Abdominal traume, som medfører indlæggelse på mistanke om placentaløsning
- Udvendig vending.

Rutinemæssig antenatal profylakse i graviditetsuge 29

Alle ikke-immuniserede RhD negative gravide med RhD positive fostre tilbydes rutinemæssigt 250-300 µg anti-D immunglobulin i uge 29. Anti-D immunglobulin skal ordineres af en læge. En læge kan delegere administrationen heraf til en medhjælp. Lægen har i den forbindelse ansvar for at sikre sig, at medhjælpen er instrueret i tilstrækkeligt omfang og er kvalificeret til at varetage opgaven. Lægen skal endvidere sikre, at medhjælpen kan behandle evt. komplikationer. En jordemoder eller sygeplejerske kan derfor godt give injektionen.

Anbefalinger vedr. forebyggelse af RhD immunisering

Rutineprøver

Alle gravide tilbydes blodprøve til blodtypebestemmelse og screening for irregulære blodtypeantistoffer ved første graviditetsundersøgelse hos den praktiserende læge.

Alle RhD negative gravide tilbydes blodprøve til screening for irregulære blodtypeantistoffer og bestemmelse af fosterets RhD-type i uge 25 hos den praktiserende læge. Svaret skal tilgå fødestedet, samt den praktiserende læge til orientering.

Rutinemæssig profylakse

Rutinemæssig antenatal profylakse i graviditetsuge 29: Alle ikke-immuniserede RhD negative gravide med RhD positive fostre tilbydes rutinemæssigt 250-300 µg anti-D immunglobulin i uge 29.

Rutineprofylakse ved fødslen: Alle ikke-immuniserede RhD negative kvinder, som har født et RhD positivt barn, tilbydes rutinemæssigt 250-300 µg (mikrogram) anti-D immunglobulin hurtigst muligt og senest inden for 72 timer efter fødslen.

Profylakse på særlige indikationer

Før graviditetsuge 8+0 er der ikke behov for behandling med anti-D immunglobulin.

Fra graviditetsuge 8+0 til uge 19+6 tilbydes 100-150 µg anti-D immunglobulin på de i teksten anførte indikationer.

Efter graviditetsuge 20+0 tilbydes 250-300 µg anti-D på indikation, som beskrevet i teksten.

Det skal bemærkes, at der ved injektionsbehandling altid skal være adrenalin til rådighed i tilfælde af anafylaktisk shock. På sygehuse kan overlægen give en generel bemyndigelse til, at de i afdelingen ansatte jordemødre selvstændigt vurderer behovet for anvendelse af anti-D immunglobulin og iværksætter behandling hermed.

Hvis kvinden ikke følger graviditetsundersøgelserne i fødestedets regi, påhviler ordination og behandlingsansvaret den praktiserende læge.

Anbefalingen om antenatal rhesus profylakse træder i kraft 1. januar 2010.

Ved fødslen

Hvis moderen er RhD negativ og ikke har RhD antistoffer, gives 250-300 µg anti-D hurtigst muligt og senest inden for 72 timer efter fødsel af et RhD positivt barn.

9.3 Hæmoglobinopatier

Hæmoglobinopatier er verdens hyppigste arvelige sygdomme, og undersøgelser i Danmark har vist, at 3-4 % af indvandrerbefolkningen bærer genet. Sygdommene nedarves autosomt recessivt, og for de hyppigste hæmoglobinopatier (thalassæmi og seglcelleanæmi) er det karakteristisk, at heterozygote er raske eller næsten raske. Kvinder, som er heterozygote for thalassæmi, vil ofte have en ikke-symptomgivende mikrocytær anæmi, hvilket kan forveksles med jernmangelanæmi. Kvinder, som er bærer af hæmoglobin S, vil sædvanligvis have normal hæmoglobin og være uden symptomer. Derimod er homozygote for både μ -thalassæmi og seglcelleanæmi meget syge, og sygdommene er forbundet med svære symptomer og øget mortalitet. De terapeutiske muligheder er både kostbare, besværlige og i mange tilfælde vanskelige at gennemføre. Der henvises til MTV-rapporten *Screening af gravide indvandrere for hæmoglobinopati*, Sundhedsstyrelsen, som udkommer juni 2009.

9.3.1 Selektiv screening for hæmoglobinopati

I overensstemmelse med WHO's rekommandationer har screening for seglcelleanæmi og thalassæmi været gennemført gennem de sidste 40 år i en række lande. Det har fra et screeningssynspunkt været en succes, idet antallet af fødsler af børn med alvorlig sygdom er reduceret betydeligt. I takt med stigende indvandring til Danmark fra endemiske områder, er undersøgelse af disse befolkningsgrupper også blevet relevant her i landet.

Gravide af etnisk oprindelse fra følgende lande tilbydes screening:

- Afrika (gravide fra primært områder syd for Sahara samt afroamerikanere)
- Middelhavslandene (Portugal, Spanien, Italien, Balkanlandene, Grækenland, Tyrkiet, Syrien, Libanon, Israel, Ægypten, Libyen, Tunis, Marokko og Algeriet)
- Mellemøsten (ovenstående lande samt Jordan og landene på Den Arabiske Halvø)
- Iran
- Irak
- Indien
- Afghanistan
- Pakistan
- Kina
- Sydøstasien (sydlige Kina, Cambodja, Laos, Burma, Vietnam, Thailand, Malaysia, Filippinerne)
- Oceanien (Java, Borneo, Sumatra, New Guinea og omkringliggende øer).

Hurtigst muligt efter påvist graviditet sendes en prøve med EDTA-blod til det lokale laboratorium med henblik på analyse af fraktioneret hæmoglobin.

Fra en række områder, hvor kun thalassæmi er relevant (den europæiske del af Middelhavsområdet og Tyrkiet), kan screeningen dog initialt være bestemmelse af erythrocyt middelcellevolumen (MCV). En MCV værdi ≥ 78 fL udelukker med stor sandsynlighed thalassæmi. Hvis $MCV < 78$ fL laves fraktioneret hæmoglobin. Efter aftale kan denne sortering foretages af laboratoriet, således at der kun tages én blodprøve.

Anbefalinger vedr. hæmoglobinopatier

Gravide med etnisk oprindelse fra et af de lande nævnt ovenfor informeres om sygdommene og tilbydes undersøgelse herfor ved første graviditetsundersøgelse hos den praktiserende læge, hvis der *ikke* foreligger en tidligere undersøgelse for hæmoglobinopati.

Hvis den gravide viser sig at være heterozygot for thalassæmi eller seglcelleanæmi, tilbydes undersøgelse af faderen, såfremt han også kommer fra ét af ovennævnte steder og ikke tidligere er undersøgt. Hvis begge forældre er bærere af en hæmoglobinopati, tilbydes de genetisk rådgivning og informeres om muligheden for prænatal diagnostik for at undersøge, om fosteret er homozygot.

9.4 Graviditetskomplikationer associeret til arvelig og erhvervet trombofili

Graviditeten i sig selv udgør en risiko for dannelse af venøse tromber (blodpropper i benene), da mængden af nogle af koagulationsfaktorerne er øget, og mængden af de naturlige antikoagulanter er nedsat. Hvis den gravide derudover har trombofili, en tilstand hvor man er prædisponeret til tromboembolisk sygdom på grund af en dysregulation i koagulationssystemet, er risikoen for komplikationer associeret med venøs trombose yderligere øget.

Ved tilstedeværelse af erhvervet trombofili som fx antifosfolipidantistoffer og ved arvelig trombofili som faktor V Leiden varianten og faktor II varianten er der øget hyppighed af graviditetskomplikationer som gentagne aborter, intrauterin væksthæmning og fosterdød. Patogenesen er formentlig trombosebetinget placentainsufficiens.

Da trombofili således kan være en medvirkende årsag til alvorlige graviditetskomplikationer, er det vigtigt at få tilstanden diagnosticeret med henblik på forebyggende behandling i efterfølgende graviditeter.

Anbefalinger vedr. trombofili

Hos kvinder med én eller flere af følgende graviditetskomplikationer er der indikation for undersøgelse af en arvet eller erhvervet trombofiltilstand:

- Abortus habitus (mindst 3 spontane aborter i 1. trimester)
- Intrauterin fosterdød i 2. eller 3. trimester
- Svært væksthæmmed foster
- Svær og tidligt indsættende præeklamsi
- Placentaløsning
- Tidligere venøs trombose.

Hvis der er indikation for trombofiliudredning, henvises kvinden til obstetrisk afdeling, som i samarbejde med et trombosecenter vil sørge for udredning og risikovurdering.

Gravide med diagnosticeret trombofiltilstand og som tidligere har haft én af de nævnte graviditetskomplikationer, henvises til obstetrisk afdeling så hurtigt som muligt efter erkendt graviditet med henblik på blodfortyndende behandling.

Udredningen foretages bedst, når kvinden *ikke* er gravid og minimum 3 måneder efter sidste graviditet, da nogle analyseresultater er svære at tolke hos gravide. Hvis den gravide tidligere har oplevet en af de nedenfor nævnte, alvorlige graviditetskomplikationer, og *ikke* tidligere er blevet udredt, anbefales alligevel udredning så hurtigt som muligt.

Hos gravide, som har haft én af de nævnte graviditetskomplikationer, og som har fået påvist en nedarvet eller erhvervet trombofili tilstand, iværksættes der i samråd med obstetrisk afdeling blodfortyndende medicinsk behandling (ofte lavmolekylært heparin) i nødvendigt omfang for at forebygge lignende komplikationer i fremtidige graviditeter. Da behandlingen typisk skal påbegyndes tidligt i graviditeten, henvises kvinden til obstetrisk afdeling så hurtigt som muligt efter erkendt graviditet.

10. Undersøgelse for infektioner

Under graviditeten udsættes den gravide for en række almindelige infektioner, uden at dette påvirker graviditetsforløb eller foster. Andre infektioner kan skade fosteret. I kapitlet er medtaget de almindeligste infektioner, hvor der er specielle forhold i graviditeten og mulighed for at forebygge eller behandle sygdom.

Ved de kroniske infektioner hepatitis B, HIV og syfilis, hvor moderen ikke har symptomer, kan fosteret smittes og skades. Hvor moderen ikke har gennemgået børnesygdomme og andre udbredte sygdomme eller er vaccineret, er fosteret ikke beskyttet af maternelle antistoffer og kan udvikle alvorlig sygdom, det gælder fx for rubella.

Generelt er det vigtigt, at gravide overholder almindelige hygiejniske foranstaltninger som håndvask og fødevarerhygiejne for at forebygge smitsomme sygdomme. Flere infektioner kan overføres fra dyr, hvorfor gravide i almindelighed bør være særligt omhyggelige ved kontakt med dyr.

Undersøgelsesprincipper

Som et generelt princip undersøges kun for sygdomme, hvor der vil være en konsekvens af undersøgelsesresultatet i form af forebyggelse eller behandling. Kapitlet omfatter følgende sygdomme:

A. Screening ved første lægeundersøgelse

- Generel screening: Der er generel screening af gravide for hepatitis B virus infektion. Der indføres også generel screening for HIV-infektion og syfilis, som træder i kraft 1. januar 2010.
- Ud fra anamnesen: De gravide udspørges om risikofaktorer for andre seksuelt overførte sygdomme som gonoré og klamydia.
- Gravide født efter 1974 udspørges om MFR-vaccination.

B. Undersøgelse ud fra eksposition eller sygdomstegn i graviditeten

Gælder for rubella, parvovirus, varicella, genital herpes, cytomegalovirus, toxoplasmose og listeriainfektion. Der udføres ikke rutinemæssig serologisk undersøgelse for disse infektioner.

C. Andre infektionssygdomme

Endvidere omtales undersøgelse for bakteriel vaginose og infektion med gruppe B-streptokokker.

A. SCREENING VED FØRSTE LÆGEUNDERSØGELSE

10.1 Hepatitis B virus infektion (HBV)

HBV-infektion er meget udbredt på verdensplan særligt i Asien, Afrika, en del østeuropæiske lande og Grønland. Man regner med, at 350 mio. mennesker har kronisk HBV-infektion. Smitten overføres med blod, ved seksuel kontakt, gennem brug af stoffer og fra mor til barn ved fødslen. I Danmark er det overvejende personer født i højendemiske områder (flygtninge, indvandrere, adopterede) og kvinder med stofproblemer samt partnere til disse, der har kronisk HBV-infektion.

Gravide med kronisk HBV-infektion vil oftest være symptomfri og har ikke særlige komplikationer i graviditeten; men der er stor risiko for, at barnet smittes ved fødslen. Risikoen for perinatal smitte afhænger til dels af, hvor smitsom moderens infektion er (HBsAg-status), og angives i større undersøgelser til 75 %. Hvis børnene smittes perinatalt, udvikler omkring 70 % en kronisk HBV-infektion med senere risiko for udvikling af levercirrose og leverkræft, og de vil kunne føre smitten videre. Smitteoverførsel fra mor til barn kan forhindres, hvis der umiddelbart efter fødslen gives hepatitis B immunoglobulin og hepatitis B-vaccination efterfulgt af yderligere 3 hepatitis B-vaccinationer, når barnet er henholdsvis 1, 2 og 12 måneder gammelt.

Generel screening af gravide blev indført 1. november 2005 først som en 2-årig forsøgsordning. Man fandt ved forsøgsordningen i alt 371 gravide med kronisk HBV-infektion, hvilket svarer til en prævalens blandt gravide på 0,26 %. En del var ikke kendt i forvejen, og en del ville ikke være fundet ved selektiv screening. Generel screening blev gjort permanent fra 1. november 2007.

Der henvises til Sundhedsstyrelsens *Vejledning om generel screening af gravide for hepatitis B virus infektion*.

Anbefalinger vedr. HBV-infektion

- Alle gravide undersøges for HBV-infektion, med mindre undersøgelsen aktivt fravælges.
- Der anvendes samme blodprøve til den rutinemæssige undersøgelse for blodtype, blodtypeantistoffer, HBV, HIV og syfilis ved første graviditetsundersøgelse hos lægen.
- Analysen udføres i blodbanken.
- Resultatet af undersøgelsen anføres i svangrejournalen og vandrejournalen.

Generelt gælder, at alle patienter med kronisk hepatitis B-infektion henvises til udredning på en specialafdeling.

10.2 Hepatitis C virus infektion (HCV)

Der er en lille risiko (mindre end 5 %) for smitte med hepatitis C fra mor til barn i forbindelse med fødslen. Gravide undersøges normalt ikke for HCV, idet det ikke er muligt at forebygge den lille smitterisiko. Der er ikke grund til at fraråde graviditet eller amning hos kvinder med kendt HCV-infektion.

Der henvises til *Vejledning om forebyggelse af viral hepatitis*, Sundhedsstyrelsen.

10.3 HIV-infektion

HIV-infektion er meget udbredt globalt, særligt i Afrika syd for Sahara og i Syd- og Sydøstasien, hvor hovedparten af smittede er kvinder i den fødedygtige alder. Infektionen er kronisk, og man regner med, at 38 mio. mennesker er smittet med HIV på verdensplan. I Danmark er HIV-infektion blandt gravide sjælden, og der diagnosticeres ca. 10 gravide om året. HIV forekommer særligt hos indvandrere fra højendemiske områder og mennesker med stofproblemer.

Der er stor risiko for smitte (15-40 %) af barnet i graviditeten, ved fødsel og amning; hovedparten af smitten foregår sent i graviditeten. Ved antiviral kombinationsbehandling i graviditeten forebygges smitten til barnet. Behandlingen startes ofte efter 1. trimester, hvis den gravide ikke er i behandling i forvejen. HIV-infektionen giver ikke fosterskader eller misdannelser hos barnet. Ikke alle gravide med HIV-infektion findes med den selektive screening, og der fødes i Danmark 1-2 børn om året med HIV-infektion. Man har derfor besluttet at indføre generel screening, som træder i kraft 1. januar 2010, med brug af samme logistik som for HBV-infektion.

Yderligere information om behandling kan læses i *HIV behandling af gravide, 2008*, Dansk Selskab for Infektionsmedicin, www.dsinfm.dk

Anbefalinger vedr. HIV-infektion

- Alle gravide undersøges for HIV-infektion, med mindre undersøgelsen aktivt fravælges.
- Der anvendes samme blodprøve til den rutinemæssige undersøgelse for blodtype, blodtypeantistoffer, HBV, HIV og syfilis ved første graviditetsundersøgelse.
- Analysen udføres i blodbanken.
- Resultatet af undersøgelsen anføres i svangrejournalen og vandrejournalen.

Gravide HIV-positive henvises til infektionsmedicinsk afdeling for rådgivning og behandling.

10.4 Syfilis

Infektionen er udbredt i Afrika, Asien og Sydamerika og er blusset op også i Baltikum, Rusland og andre dele af Østeuropa. I Danmark er syfilis blandt kvinder sjælden, og der anmeldes mellem 1 og 14 tilfælde om året med en ligelig fordeling mellem indvandrere og danskere. De fleste tilfælde af syfilis, som diagnosticeres hos gravide, er uden symptomer. Antallet af diagnosticerede kvinder med syfilis faldt efter ophøret af den generelle screening i 1998, hvilket indikerer, at der overses tilfælde af syfilis i graviditeten.

Smitte i fostertilstanden kan medføre abort, dødfødsel eller medfødt syfilis. Medfødt syfilis kan ytre sig som svær, akut sygdom ved fødslen, eller sygdommen kan være asymptomatisk og senere resultere i en række forskellige kroniske tilstande, fx mental retardering. Selv klassiske symptomatiske tilfælde, kan pga. deres sjældenhed være svære at diagnosticere i Danmark. Relevant antibiotisk behandling i graviditeten kan forhindre følger af infektionen hos barnet.

Der er anmeldt to tilfælde af medfødt syfilis siden den generelle screening ophørte i 1998. Det ene barn var meget sygt ved fødslen, og det andet var dødfødt. Begge mødre var fra lande med høj forekomst af syfilis og burde være fundet gennem den selektive screening.

Det er derfor besluttet at indføre generel screening for syfilis, som træder i kraft 1. januar 2010, med brug af meget af den samme logistik som for HBV-infektion. Analyserne udføres via blodbanken. Endelig udredning for syfilis samt behandling er en specialistopgave.

Der henvises til *Vejledning for diagnose og behandling af seksuelt overførbare sygdomme*. Sundhedsstyrelsen.

Anbefalinger vedr. syfilis

- Alle gravide undersøges for syfilis, med mindre undersøgelsen aktivt fravælges.
- Der anvendes samme blodprøve til den rutinemæssige undersøgelse for blodtype, blodtypeantistoffer, HBV, HIV og syfilis ved første graviditetsundersøgelse hos lægen.
- Analysen udføres i blodbanken.
- Resultatet af undersøgelsen anføres i vandrejournalen.
- Ved positiv test for syfilis henvises den gravide til obstetrisk afdeling for endelig udredning og behandling.

10.5 Gonoré

Sygdommen er udbredt på verdensplan, men er blevet sjælden i Danmark. Der påvistes i perioden 1997-2006 mellem 24 og 71 tilfælde blandt kvinder pr. år, hvoraf de fleste er danskere og smittet i Danmark. Mange tilfælde er asymptomatiske. Gonoré erhvervet ved fødslen er nu yderst sjælden, og der er kun anmeldt ét tilfælde (i 2005) i perioden 1997-2006. Hvis et barn smittes med gonokokker i øjet under fødslen og ikke behandles, kan der udvikles en svær øjeninfektion med risiko for blindhed.

Der henvises til *Vejledning for diagnose og behandling af seksuelt overførbare sygdomme*, Sundhedsstyrelsen.

Anbefaling vedr. gonoré

- Gravide, der mener at have været udsat for smitte, podes for gonokokker fra urethra, cervix, rectum og svælg.



Ved første lægeundersøgelse spørges den gravide, om hun kan have været udsat for smitte med en seksygd.

10.6 Klamydia

Klamydiainfektion er meget hyppig blandt unge under 26 år. Der blev i 2007 diagnosticeret 26.000 tilfælde af klamydia, og man regner med, at der er dobbelt så mange tilfælde. Blandt unge kvinder er prævalensen 5-8 %, selvom de ikke har symptomer og noget højere, hvis der er symptomer. Klamydiainfektion er sjælden hos kvinder over 35 år.

Omkring halvdelen af infektionerne er asymptomatiske. Hvis der er symptomer, vil det oftest være øget eller ændret udflåd, dysuri, kontaktblødning, blødning mellem menstruationerne og underlivssmerter.

Klamydia kan give underlivsinfektion med efterfølgende øget risiko for infertilitet og ektopisk graviditet. Børn kan smittes under fødslen med risiko for udvikling af konjunktivitis og pneumoni.

Der henvises til *Klamydiainfektioner. Vejledning for diagnose og behandling i almen praksis*, Sundhedsstyrelsen.

Anbefalinger vedr. klamydia

Gravide undersøges i henhold til de generelle anbefalinger i ovenstående vejledning. Altid test:

- Ved kendt klamydiaeksposition
- Ved symptomer, som giver mistanke om klamydiainfektion – især hos kvinder < 26 år
- Ved anden påvist seksuel overførbart infektion, uanset kvindens alder.

Test overvejes hos gravide, der tidligere har haft usikker sex og hyppige partnerskift – især hos kvinder < 26 år.

B. UNDERSØGELSE UD FRA EKSPPOSITION ELLER SYGDOMSTEGN

10.7 Rubella (røde hunde)

Efter indførelse af MFR-vaccination i 1987 er røde hunde næsten udryddet i Danmark; men der er mulighed for smitte i udlandet og mindre udbrud efter import af sygdommen. Rubella er udbredt i mange "turistlande" verden over, hvor man ikke MFR-vaccinerer, men kun vaccinerer mod mæslinger.

I 2007 og 2008 blev anmeldt i alt 4 tilfælde af røde hunde i graviditeten; alle var uvaccinerede. De 2 var indvandrere og smittet ved besøg i hjemlandet. Der er ikke anmeldt tilfælde af congenit rubella syndrom (CRS) siden indførelse af meldepligten i 1994.

Rubella er en mild sygdom, der kan give feber og udslæt, men som ofte er subklinisk. Infektion tidligt i svangerskabet kan forårsage intrauterin død og spontan abort samt give fosterskader, hvor barnet fødes med CRS: hjerneska-
de, døvhed, blindhed, hjertefejl og dårligt immunforsvar. Risikoen for CRS hos fosteret er op mod 90 %, hvis moderen smittes i 1. trimester, og herefter faldende, således at CRS er sjælden ved smitte efter 20. graviditetsuge. Forebyggelse af CRS er den primære årsag til, at man vaccinerer børn mod røde hunde, og at rubellavaccination også tilbydes gratis til kvinder over 18 år.

Det er væsentligt, at gravide er immune over for rubella, særligt ved udlandsrejse. Kvinder, der ikke er MFR-vaccinerede, tilbydes gratis vaccination mod røde hunde i forbindelse med prækonceptionel rådgivning eller efter afsluttet graviditet. Vaccinen kan gives som MFR-vaccination, hvis kvinden ikke har haft mæslinger. Der skal gå 1-3 måneder fra rubella- eller MFR-vaccination til konception, jf. vaccinsens indlægsseddel. Vaccination er principielt kontraindiceret under graviditet. Hvis der er givet rubellavaccination i graviditeten, er der dog ikke indikation for at afbryde svangerskabet.

Anbefalinger vedr. rubella

- Rutinemæssig udspørgen om MFR-vaccinationsstatus for gravide, der er født efter 1974.
- Kvinder, der ikke er vaccineret, tilbydes vaccination prækonceptionelt eller efter afsluttet graviditet.
- Ved eksantemysygdom i graviditeten eller eksposition for rubella undersøges den gravide for antistoffer mod rubella.
- Gravide med rubella infektion henvises til obstetrisk afdeling for rådgivning.

10.8 Parvovirus B19 – lussingesyge

Sygdommen er en almindelig børnesygdom, der er udbredt i hele verden. Den kaldes også den femte børnesygdom eller erythema infectiosum. Det er en mild sygdom, som giver livsvarig immunitet, og som de fleste voksne kvinder har haft (70 %). Der er smittespredning med parvovirus hele året med småudbrud hvert år fra januar til maj og større epidemier hvert 3-4. år. Sygdommen kan forveksles med andre eksantem sygdomme, hvorfor serologisk diagnostik er væsentlig, før særlige foranstaltninger iværksættes. Der findes ikke antiviral behandling og ingen vaccine mod parvovirus.

Hvis en seronegativ gravid smittes, vil infektionen i de fleste tilfælde være uden betydning, og hun vil få et normalt barn, også selvom fosteret smittes. Der er ingen risiko for medfødte misdannelser. Infektionen kan dog være årsag til spontan abort, hydrops foetalis og fosterdød.

Risikoen for smitte fra mor til foster er samlet omkring 25 %. Påvirkningen af fosteret sker overvejende ved smitte før uge 20, hvor der er en lav risiko (9 %) for spontan abort/fosterdød og < 3 % for hydrops foetalis. Det anslås, at der årligt forekommer 0-2 tilfælde af hydrops foetalis (4 i epidemiår) og 3 tilfælde af spontan abort eller intrauterin død (10 i epidemiår). Nogle tilfælde af hydrops foetalis helbredes spontant, og der er mulighed for behandling af fosteret med intrauterin blodtransfusion.

Sygdommen smitter gennem luftvejssekret, men kræver en temmelig tæt kontakt for at smitte og kan i et vist omfang forebygges gennem håndvask og andre hygiejniske foranstaltninger. Ved udbrud af parvovirus infektion er gravide i tæt kontakt med børn i størst risiko for smitte. Man har derfor forsøgt at fraværsmelde seronegative gravide, der arbejder i børneinstitutioner og skoler, men har ikke kunnet dokumentere en effekt af dette som et generelt forebyggende tiltag. Dette skyldes, at den største smitterisiko er fra børn i hjemmet, at sygdommen er udbredt i samfundet og fortrinsvis smitter, inden det karakteristiske udslæt kommer, og at der er mange subkliniske tilfælde. Fraværsmelding eller omplacering af gravide kan dog i særlige tilfælde forebygge smitte.

Yderligere information findes i guidelines fra DSOG, *Parovirus B19 infektion i graviditeten*, 2008.

Anbefalinger vedr. parvovirus B19 – lussingesyge

- Der anbefales *ikke* rutinemæssig undersøgelse af gravide for immunitet mod parvovirus.
- Ved udbrud af parvovirus er det vigtigt at informere om den lave risiko for fosteret, og at infektionen ikke giver misdannelser.
- Ved mistanke om parvovirus infektion eller -eksposition tilbydes undersøgelse for antistoffer.
- Gravide med parvovirus infektion henvises til obstetrisk afdeling for rådgivning.

10.9 Varicella (skoldkopper)

Varicella er en børnesygdom, som næsten alle kvinder har haft (98 %), hvis de er født og opvokset i Danmark. Men kun ca. 50 % af de kvinder, der er født og opvokset i tropiske lande, har antistoffer mod sygdommen. Varicella har et karakteristisk sygdomsbillede og efterlader ofte små ar. Infektionen kan være alvorlig hos voksne, og gravide har en højere risiko for at udvikle virusbetaget pneumoni i forbindelse med skoldkopper. Desuden er der en lille risiko, 2 %, for fosterskader ved skoldkopper i første halvdel af graviditeten, kongenit varicella zoster-syndrom.

Varicella kan forebygges med vaccination i op til 3 dage efter eksposition. Ikke-gravide voksne og børn >1 år kan vaccineres, mens der i graviditeten er mulighed for at behandle med specifikt immunglobulin (VZIG) og acyclovir.

Yderligere information findes på www.ssi.dk og i EPI-NYT uge 45/2005.

Anbefalinger vedr. varicella

- Præconceptionel vaccination af kvinder, der ikke har haft varicella. Kvinder født og opvokset i troperne udspørges rutinemæssigt, om de har haft skoldkopper med det karakteristiske sygdomsbillede og evt. ar efter sygdommen.
- Gravide, som ikke ved, om de har haft sygdommen, og som eksponeres massivt for varicella, fx hvis et familiemedlem udvikler sygdommen, bør få taget en blodprøve til afklaring af den serologiske status. Er den gravide seronegativ, bør hun beskyttes med VZIG, der helst skal gives inden for 4 døgn efter eksposition. Efter fødslen bør kvinden tilbydes vaccination.
- En gravid, der udvikler kliniske symptomer på varicella, bør henvises til obstetrisk afdeling med henblik på behandling.

10.10 Herpes simplex virus

Genital herpes er en udbredt infektion, der i sjældne tilfælde kan smitte den nyfødte og give alvorlig infektion. Ubehandlet kan infektionen give alvorlige skader eller være dødelig. Er den gravide smittet med herpes simplex virus allerede inden graviditeten, er der lav risiko for smitte af barnet, idet både moderen og barnet har antistoffer.

Hvis den gravide får genital herpes (primær infektion) i slutningen af svangerskabet, er risikoen for smitte af det nyfødte barn dog større, specielt hvis moderen ikke får behandling med antivirale midler. Sectio overvejes ved primær infektion kort før fødslen.

Yderligere information findes i kliniske retningslinjer fra DSOG, Herpes Simplex og graviditet 2001.

Anbefaling vedr. herpes simplex virus

- Ved mistanke om førstegangsudbrud af genital herpes i 3. trimester, henvises til obstetrisk afdeling for diagnostik og behandling.

10.11 Cytomegalovirus (CMV)

CMV er ligesom herpes simplex virus meget udbredt i befolkningen og medfører livslang infektion. I Danmark fødes ca. 300 CMV inficerede børn årligt (ca. 0,4 %). Både primær infektion og en reaktivering af en tidligere infektion hos moderen under graviditeten kan medføre infektion af fosteret.

De fleste børn med kongenit CMV, 80 %, er raske ved fødslen og forbliver raske. En mindre del af børnene, 10 %, har symptomer ved fødslen (forstørret lever og milt og/eller hjerneskade). Andre 10 % udvikler høreskader og lettere retardering.

Behandling af kongenit inficerede børn med antivirale stoffer skal nøje overvejes før evt. behandlingsstart, idet der ikke er overbevisende resultater.

Anbefaling vedr. cytomegalovirus

- Der undersøges normalt ikke for CMV i graviditeten, da der ikke er mulighed for forebyggelse eller behandling af mor-barn-smitte.

10.12 Toxoplasmose (hasesyge)

Toxoplasmose skyldes en parasit, som har katten som hovedvært. Hvis den gravide smittes – hvilket fx kan ske, hvis hun undlader passende hygiejniske foranstaltninger efter havearbejde, skiftning af kattebakke, eller kontakt med utilberedt kød – kan smitten evt. overføres til fosteret. Parasitten indkapsles hos immunkompetente smittede i form af inaktive cyster, som ikke penetres af antibiotika. Reaktivering kan forekomme under opvæksten, formentligt helt til voksenalderen. Toxoplasmose hos voksne forløber normalt uden symptomer, og der opnås livslang immunitet.

Prævalensen af medfødt toxoplasmose i fødselsårgangen er ca. 1:5000, svarende til at der fødes ca. 12 børn med toxoplasmose om året i Danmark. De fleste børn har ingen symptomer, og mange forbliver asymptomatiske. Klinisk påviselige manifestationer ses især i form af lokaliserede retinale læsioner, som opheler til ar, eller i form af intrakranielle lokaliserede forkalkninger. En ukendt andel vil udvikle mindre alvorlige problemer fx unilateral synsnedsættelse. Børnene udvikler sig generelt lige som andre børn. Alvorlige følger som dødfødsel, bilateral synsnedsættelse/blindhed eller neurologiske sequelae ansås at forekomme hos sammenlagt 5 % af de smittede børn (< 1 barn om året).

Det er kun et mindretal af asymptomatiske gravide, der overfører infektionen til fosteret. Antibiotisk behandling af kvinden nedsætter ikke risikoen for transmission til fosteret. Behandling af raske, immunkompetente børn med medfødt toxoplasmose har ikke dokumenteret forebyggende effekt. Dette er nu vist gennem store prospektive europæiske studier, hvori også resultater fra den danske toxoplasmoscreening af nyfødte i perioden 1999-2007 indgår. På baggrund af disse resultater ophørte den danske screening pr. 1. august 2007.

Rutinemæssig undersøgelse af gravide eller undersøgelse efter mistanke om eksposition, anbefales *ikke*. Der er derfor kun indikation for undersøgelse og behandling i de få tilfælde, hvor en gravid har kliniske symptomer på toxoplasmose.

Evt. testning bør konfereres med en obstetriker. Man skal være opmærksom på, at positivt IgM for toxoplasmose kan være falsk positivt eller resultat af en tidligere infektion.

Det er væsentligt at forebygge toxoplasmose ved at rådgive den gravide om, hvordan hun bedst undgår at blive smittet gennem nedenstående råd. Disse råd forebygger også andre mere sjældne infektioner, der kan overføres fra dyr og forårsage fosterskader.

Anbefalinger vedr. toxoplasmose

Den gravide vejledes om, at smitte kan undgås ved:

- at vaske hænder efter berøring af rå kød og grønsager, samt efter havearbejde og kontakt med sandkasse
- at vaske frugt og grønt grundigt
- at undgå at spise kød, der ikke er gennemstegt eller kogt, og undlade at smage på rå fars
- at undgå rå mælk (upasteuriseret)
- at lade en anden tømme kattebakken, hvis der er kat i hjemmet. Hvis det ikke er muligt, bør den gravide benytte engangshandsker ved arbejdet og skolde kattebakken hver dag.
- at undgå at flå og håndtere harer og andre dyr.

Der bør ikke udføres test for toxoplasmose i graviditeten, med mindre den gravide har kliniske symptomer på akut infektion. Evt. testning bør konfereres med en obstetriker.

10.13 Listeriose

Infektioner med listeria kan i meget sjældne tilfælde give febersygdom hos gravide og medføre fosterdød, for tidlig fødsel eller sygdom hos det nyfødte barn. Listeriabakterien findes overalt i miljøet og derfor også i de fleste rå madvarer. Alle mennesker spiser bakterien fra tid til anden, men kun meget få bliver syge af det. Bakterien vokser ved køleskabstemperatur og er derfor især et problem i forbindelse med utilstrækkeligt varmebehandlede eller forurenede færdigvarer, såsom afskåret kød, pålæg og bløde oste, som er fremstillet af upasteuriseret mælk.

Anbefalinger vedr. listeriose

Den gravide vejledes om, at smitte kan undgås ved:

- at skylle, koge eller gennemstege madvarerne
- at vaske frugt og grønt grundigt
- at overholde holdbarhedsdatoer og opbevaringstemperaturer
- at spise maden inden for få dage, efter emballagen er åbnet
- at undgå rå mælk og oste fremstillet af rå mælk (upasteriseret).

C. ANDRE INFEKTIONSSYGDOMME

10.14 Bakteriel vaginose

En tilstand, hvor den normale vaginalflora domineret af laktobaciller, helt eller delvist er erstattet af en overvejende anaerob bakterieflora. Samtidig ændres de biokemiske forhold i vaginalsekretet.

Bakteriel vaginose forekommer hos 6-32 % af gravide. Forskelle i prævalensen skyldes forskelle i de undersøgte populationer. Op mod halvdelen af kvinder med bakteriel vaginose er symptomfri. Hyppigste symptom er ildelugtende fluor vaginalis.

Undersøgelser af gravide har vist sammenhæng mellem forekomst af bakteriel vaginose og præterm fødsel. Kausaliteten er imidlertid usikker. Velgennemførte undersøgelser med over 4.000 kvinder har ikke vist, at forebyggende behandling af bakteriel vaginose nedsætter risikoen for efterfølgende præterm fødsel. Hos gravide uden symptomer er der således ikke evidens for at screene eller behandle en bakteriel vaginose for at undgå præterm fødsel. Hos gravide med tidligere præterm fødsel er der muligvis en gevinst ved at give en forebyggende behandling mod bakteriel vaginose. Desuden reduceres risikoen for tidlige veer og vandafgang samt risikoen for præterm fødsel. Der er ikke indikation for partnerbehandling ved bakteriel vaginose.

Anbefaling vedr. bakteriel vaginose

- Undersøgelse ved symptomer og evt. ved tidligere præterm fødsel. Kvinder med bakteriel vaginose, som tidligere har født for tidligt, henvises til obstetrikere.

10.15 Gruppe B-streptokokker (GBS)

Omkring 20-30 % af alle gravide er koloniseret vaginalt/rektalt med GBS, og infektionen kan overføres til barnet ved fødslen. Den gravide har normalt ingen symptomer, udover at GBS kan give urinvejsinfektion. GBS kan imidlertid forårsage meget alvorlig infektion hos nyfødte kort efter og op til en måned efter fødslen. Der forekommer ca. 30 tilfælde om året, og sygdommen viser sig som sepsis, meningitis eller lungebetændelse.

Smitten kan forebygges med antibiotika givet til moderen under fødslen. Antibiotika gives til fødende med særlige risikofaktorer og ved fund af GBS i urindyrkning. Der er manglende evidens for effekt af rutinemæssig undersøgelse for GBS i graviditeten, hvorfor dette ikke anbefales.

Der henvises til retningslinjer fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG).

Anbefalinger vedr. gruppe B-streptokokker

- Alle gravide screenes for asymptomatisk bakteriuri, der ved positiv urinmikroskopi eller ved urinstix positiv for nitrit eller leukocytter suppleres med en urindyrkning.
- Ved fund af GBS i urindyrkning (uanset mængde) behandles med antibiotika. Fødestedet orienteres om fundet.
- Endvidere gives antibiotikabehandling i.v. under fødslen for at forebygge GBS-sygdom hos det nyfødte barn.

11. Obstetriske problemstillinger

11.1 Blødning

Blødning under graviditet optræder hyppigt. Blødningen kan have mange årsager, hvoraf nogle er betydningsløse, mens andre er udtryk for alvorlige tilstande af betydning for graviditetens udfald.

11.1.1 Den tidlige graviditet

Mellem 1/5 og 1/4 af alle påbegyndte graviditeter ender som abort – en del så tidligt, at kvinden ikke selv har erkendt graviditeten. Mindst halvdelen af aborter i 1. trimester skyldes kromosomfejl. Blødning i løbet af første halvdel af graviditeten optræder hos ca. 25 %, hvoraf halvdelen vil ende med at abortere eller have en ektrauterin graviditet.

Ved blødning tidligt i graviditeten er det afgørende at få undersøgt, om graviditeten er intakt, eller om blødningen er et symptom på, at graviditeten er gået til grunde. Ultralydsundersøgelse – gerne vaginalt – er den centrale undersøgelse. Hvis blødningen ikke er meget voldsom, og der ikke er samtidige smerter, kan kvinden henvises til ultralydsundersøgelse næste hverdag. Er blødningen ledsaget af smerter – og er det ikke tidligere blevet fastslået, at graviditeten er lokaliseret intrauterint – må ektrauterin graviditet overvejes, og umiddelbar henvisning til undersøgelse på obstetrisk afdeling vil være relevant.

Der er god evidens for, at man ved hjælp af ultralydsundersøgelse kan sondre mellem normale og patologiske graviditeter i 1. trimester. Der er også god evidens for, at ektrauterin graviditet kan diagnosticeres ved hjælp af transvaginal ultralydsundersøgelse og bestemmelse af kvantitativ HCG.

Påvises en normal intrauterin graviditet ved UL, vil prognosen for graviditeten være god.

11.1.2 Blødning i 2. og 3. trimester

Blødning i 2. trimester kan være et symptom på cervixinsufficiens. Blødningen vil da ofte være ledsaget af slimet eller vandigt udflåd som udtryk for transudation af fostervand gennem de eksponerede fosterhinder.

Væsentlige årsager til blødning i sidste halvdel af graviditeten er:

- *Tegnblødning* – oftest slimet og ledsaget af kontraktioner.
- *Placenta prævia* – typisk betydelig mængde frisk blødning uden ledsagende smerter. Optræder hos 0,2-0,8 % – og hyppigere efter tidligere sectio og hos rygere. Vil ofte være diagnosticeret eller mistænkt ved skanning i uge 19. Mistanken støttes ved, at den ledende fosterdel ikke er engageret i bækkenet. Cave: ingen vaginaleksploration.
- *Placentaløsning (abruptio)* – optræder med en hyppighed på ca. 1 %. Kan omfatte en større eller mindre del af placenta. Karakteristisk er smerter, fordi blødning retroplacentært irriterer uterus, som bliver hård, toniseret. Ledsages ofte af mørk vaginalblødning. Typisk vil den synlige blødning kun udgøre en mindre del af den faktiske blødning.

11.1.3 Gennem hele graviditeten

I hele graviditeten kan blødningen stamme fra cervix. Den vil ofte vise sig som kontaktblødning.

Der kan være tale om godartede forandringer som ectopi og polyp. Men det er vigtigt at være opmærksom på muligheden af cervix cancer som årsag til blødning under graviditet. Ved flere blødningsepisoder bør der derfor udføres GU – og den gravide bør ved synlige forandringer have udført kolposkopi og evt. biopsier.

Anbefalinger vedr. blødning i graviditeten

- *Blødning i 1. trimester uden smerter:* Den gravide henvises til speciallæge for UL førstkommande hverdag med henblik på viabiliteten af graviditeten.
- *Blødning i 1. trimester ledsaget af smerter:* Hvis graviditetens lokalisering ikke tidligere er fastslået, henvises den gravide umiddelbart til gynækologisk afdeling med henblik på afklaring af evt. ekstrauterin graviditet.
- *Blødning i 2. og 3. trimester:* Den gravide henvises umiddelbart til undersøgelse på obstetrisk afdeling. Vaginaleksploration bør undlades i 3. trimester.
- *Ved flere blødningsepisoder:* Der bør udføres GU med henblik på inspektion af cervix. Ved synlige forandringer bør henvises til kolposkopi og evt. biopsi.



Antallet af overvægtige gravide er hastigt stigende. Overvægt giver øget risiko for en lang række graviditetskomplikationer, herunder diabetes mellitus, hypertension og præeklampsi. Den overvægtige gravide tilbydes rådgivning med henblik på at begrænse vægtøgningen.

11.2 Den overvægtige gravide

Forekomsten af overvægt i befolkningen og dermed blandt gravide er hastigt stigende. I 2008 var 33 % af alle gravide overvægtige (BMI > 25), mens 12 % var svært overvægtige (BMI > 30). Det er veldokumenteret, at overvægt hos moderen medfører en betydelig øget risiko for komplikationer for mor og barn både i forbindelse med graviditet og fødsel. Overvægtige mødre oplever desuden oftere problemer med amningen. På længere sigt har barnet øget risiko for udvikling af overvægt. Epidemiologien og forekomsten af komplikationer er beskrevet i afsnit 2.6.2.

Årsagen til den øgede forekomst af komplikationer hos disse kvinder kendes ikke. Men meget peger på, at faktorer med betydning for udviklingen af det såkaldte metaboliske syndrom og insulinresistens spiller en rolle. Såvel fysisk aktivitet i graviditeten som en minimering af vægtøgningen forbedrer insulinfølsomheden. Disse livsstilsændringer har vist sig at have gunstig effekt på sygeligheden hos mor og barn. Men der mangler evidensbaseret viden om behandlingsmetoder og -effekt i aktuelle graviditeter og på længere sigt hos overvægtige.

Det er hensigtsmæssigt, at overvægtige kvinder forsøger at tabe sig, før de bliver gravide. Kostomlægning med henblik på at følge kostrådene anbefales, mens ubalancerede og/eller lavkalorie slankekure frarådes under graviditet, se afsnit 7.2. Hos overvægtige gravide er den kliniske undersøgelse med henblik

på at bedømme fosterets leje og størrelse behæftet med betydelig usikkerhed, hvorfor henvisning til ultralydsundersøgelse kan overvejes – denne undersøgelse er dog også vanskeligere hos overvægtige. Da ca. 30 % af alle svært overvægtige føder ved kejsersnit og udgør en anæstesiologisk risikogruppe med besværet anlæggelse af epidural og spinal anæstesi, kan det overvejes at tilbyde profylaktisk epidural anlæggelse tidligt i fødslen.

Der bør iværksættes forskningsbaseret udvikling af metoder og programmer for at kunne understøtte livsstilsændringer og begrænse vægtstigning hos overvægtige gravide, samt for evaluering og kvalitetssikring heraf.

Anbefalinger vedr. overvægt

- Overvægtige gravide tilbydes rådgivning med henblik på at begrænse vægtøgningen under graviditeten, se afsnit 7.2, og opfordres til fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen, se afsnit 6.4.
- Gravide med prægravid BMI ≥ 27 henvises i uge 27-30 til glukosebelastningstest, se afsnit 11.3.
- Hos gravide med prægraviditet BMI > 35 kan overvejes henvisning til ultralydsundersøgelse i uge 35 med henblik på stillingskontrol og fostervægt samt samtale med obstetriker om mulige komplikationer ved fødslen. Tilbud om profylaktisk epidural ved fødsel kan diskuteres ved den lejlighed.

11.3 Gestationel diabetes mellitus

Gestationel diabetes defineres som glukoseintolerans af varierende sværhedsgrad, der debuterer eller diagnosticeres første gang i forbindelse med en graviditet.

I Danmark udgør forekomsten af gestationel diabetes 2-3 %. Tilstanden er forbundet med en række komplikationer hos mor og barn og kan mindskes ved diæt og om nødvendigt insulinbehandling. De fleste kvinder med gestationel diabetes har ingen symptomer, hvorfor der screenes for at opspore og behandle tilstanden.

Som oftest normaliseres glukosetolerancen umiddelbart efter fødslen. Men kvinder med gestationel diabetes har en stærkt øget risiko for at udvikle diabetes senere i livet (i Danmark ca. 50 %) og en tredoblet risiko for at udvikle det metaboliske syndrom. Efter fødslen anbefales kvinderne at følge kostrådene, være fysisk aktive og tilstræbe en normal vægt. Herudover tilrådes regelmæssig kontrol, fx med glukosebelastningstest med 1-2 års interval for tidlig diagnosticering af diabetes.

Anbefalinger vedr. gestationel diabetes mellitus

Følgende screeningsprogram for gestationel diabetes mellitus anbefales:

- *Hos alle gravide* undersøges urinen for glukosuri, som beskrevet i afsnit 7.5. Glukosuri udløser altid oral glukosebelastningstest (OGTT) uanset tidspunktet i graviditeten, såfremt der ikke foreligger en normal OGTT inden for de seneste 4-6 uger.
- *Hos risikogrupper* udføres OGTT i henhold til nedenstående procedure.

Kvinder med følgende risikofaktorer indgår:

- Tidligere gestationel diabetes mellitus
- Prægravid overvægt (BMI ≥ 27)
- Maternal familiær disposition til diabetes (dvs. type 1- eller type 2-diabetes hos bedsteforældre, forældre, søskende til moderen eller egne børn)
- Tidligere fødsel af et stort barn (≥ 4500 g)
- Glukosuri $\geq +2$ ved Boehringer Mannheim stix eller $\geq +1$ Bayer stix.

Der anvendes følgende diagnostisk test:

- 2-timers 75 g OGTT. Der måles kun blodglukose efter 2 timer (dobbeltestbestemmelse tilstræbes).
- Tolkning: Gestationel diabetes mellitus ved $\geq 9,0$ mmol/l i kapillært fuld-blod eller venøst plasma målt med højkvalitetsmetode⁷.

Screeningsprocedurer

Ved 14-20 uger undersøges følgende gravide:

- Kvinder med tidligere gestationel diabetes mellitus
- Kvinder med **2** af følgende risikofaktorer:
 - Prægravid overvægt (BMI ≥ 27)
 - Familiær disposition til diabetes
- Tidligere fødsel af et stort barn (≥ 4500 g).

Ved 27-30 uger undersøges følgende gravide:

- Kvinder med kun **1** af følgende risikofaktorer:
 - Prægravid overvægt (BMI ≥ 27)
 - Familiær disposition til diabetes
- Tidligere fødsel af et stort barn (≥ 4500 g).
- Kvinder, der er screenet tidligere i graviditeten, men hvor glukosebelastningen var ikke-diabetisk.

6 Forskellen i glukoseværdier målt i disse to medier tilnærmes, jo højere værdierne bliver. De små forskelle, der kan være, alt efter hvilket medie, der anvendes, opvejes af fordelene ved kun at have én grænseværdi.

11.4 Præeklamsi og andre hypertensive tilstande i graviditeten

11.4.1 Hypertensive tilstande

Hypertension defineres som systolisk blodtryk ≥ 140 mmHg eller diastolisk blodtryk ≥ 90 mmHg konstateret ved 2 målinger med 4 timers interval, se afsnit 7.3.

Proteinuri defineres som $\geq 0,3$ g/24 timer eller $\geq +1$ ved steril urinstix. Spor af protein er et normalt fund, som ikke i sig selv indikerer skærpet kontrol.

Hypertensive tilstande i graviditeten omfatter:

- Kronisk hypertension: forhøjet blodtryk, der er til stede allerede før graviditeten, eller som opstår før graviditetsuge 20
- Graviditetsbetinget hypertension: forhøjet blodtryk, der opstår i graviditeten efter uge 20, og som forsvinder efter fødslen
- Præeklamsi: graviditetsbetinget hypertension ledsaget af proteinuri
- Kronisk hypertension med overbygning af præeklamsi.

Denne klassifikation er anvendelig til identifikation af gravide med øget risiko, hvor præeklamsi og kronisk hypertension kompliceret af præeklamsi udgør den største sygdomsrisiko for kvinden og fosteret.

11.4.2 Præeklamsi

Forekomsten af præeklamsi er 2-8 %. Præeklamsi og komplikationerne dertil kan være en livstruende tilstand for både kvinden og fosteret. Kvinder med præeklamsi har formentlig en øget risiko for kardiovaskulær sygdom senere i livet.

Præeklamsi er et multi-organ-syndrom, der påvirker både kvinden og fosteret. Der er øget risiko for intrauterin vækstretardering hos fosteret. Syndromet er karakteriseret af vasokonstriktion, metaboliske forandringer, endothelial dysfunktion og øget inflammatorisk respons. Det kliniske sygdomsbillede varierer meget. Symptomerne, der afspejler de patofysiologiske forandringer, omfatter:

- Konstant hovedpine
- Synsforstyrrelser
- Svimmelhed
- Trykken for brystet
- Vejtrækningsbesvær
- Gastrointestinale symptomer med smerter i øvre abdomen og opkastninger
- Massiv ødemtendens
- Nedsat eller manglende fosterbevægelser, som tegn på føtal mistrivsel.

Den eneste definitive behandling er forløsning.

Præeklamsi optræder i varierende sygdomsgrad fra let præeklamsi med let-moderat blodtryksforhøjelse og proteinuri uden subjektive symptomer til svær præeklamsi med udtalt blodtryksforhøjelse (≥ 160 mmHg/110 mmHg) og svær proteinuri (≥ 5 g/24 timer) samt udtalte subjektive symptomer som følge af svær organpåvirkning.

Sjældne komplikationer er HELLP syndrom (1/1000 gravide) og eklamsi (1/2000 gravide). HELLP syndrom er karakteriseret ved Hæmolyse, Eleverede Leverenzym, Lave blodPlader. Karakteristiske symptomer er almen sygdomsfølelse, smerter i epigastriet og/eller under højre curvatur, evt. gastrointestinale gener som kvalme, opkastning og diarré.

Diagnosen stilles ved påvisning af de nævnte forandringer i blodprøver. HELLP syndrom kan være en komplikation til en allerede eksisterende præeklamsi, men kan også optræde uden forudgående klassiske symptomer på præeklamsi. Eklamsi er karakteriseret ved universelle kramper hos en gravid uden tilgrundsiggende årsag. En tredjedel af tilfældene af eklamsi optræder uden forudgående eller ved kun beskedne blodtryksforhøjelse. Eklamsi optræder hyppigt post partum.

Ved første graviditetsundersøgelse hos den praktiserende læge eller jordemoderen vurderes risikoen for præeklamsi. Risikoen for præeklamsi er størst ved:

- Tidligere præeklamsi
- Familiær disposition (mor eller søster) til præeklamsi
- Flerfoldsgraviditet
- Førstegangsfødende
- BMI ≥ 35 ved første graviditetsundersøgelse
- Alder ≥ 40 år
- ≥ 10 år siden sidste graviditet
- Tilstedeværende medicinsk sygdom: diabetes mellitus, kronisk hypertension, nyresygdom, antifosfolipidantistoffer.

Anbefalinger vedr. præeklamsi

- Den praktiserende læge eller jordemoderen vurderer risikoen for præeklamsi ved den første graviditetsundersøgelse med henblik på tilrettelæggelse af kontrolforløb og evt. henvisning til obstetrisk afdeling.
- Hos symptomfrie gravide uden risikofaktorer kontrolleres blodtryk og urin én gang i 1. og 2. trimester samt ved hver kontrol i 3. trimester.
- Hos gravide med de ovennævnte risikofaktorer individualiseres kontrollen af blodtryk og urin.
- Gravide med tidligere svær præeklamsi eller HELLP, flerfoldsgraviditet eller tilstedeværende medicinsk sygdom henvises til vurdering på obstetrisk afdeling før graviditetsuge 20 med henblik på rådgivning og planlægning af individuelt kontrolforløb.
- Lægen eller jordemoderen informerer gravide, der er i risiko, om symptomer på præeklamsi, der indicerer lægeundersøgelse.
- Læge og jordemoder foretager blodtryksmåling under standardiserede betingelser med henblik på at sikre valide sammenligninger. Blodtrykskontrol udføres altid samtidig med undersøgelse for proteinuri og klinisk fosterskøn.
- Ved mistanke om præeklamsi henvises til vurdering på obstetrisk afdeling.

11.5 Graviditetsrelaterede bækkensmerter

Bækkensmerter er en hyppig årsag til sygemelding under graviditet. Årsagen til bækkensmerterne er ikke fuldstændig klarlagt. Risikofaktorer for bækkensmerter i graviditeten er tidligere rygmerter, tidligere traumer relateret til bækkenet, tidligere fødsler samt hårdt fysisk arbejde. P-piller før graviditeten, alder, højde, vægt, rygning og tiden siden sidste graviditet øger ikke risikoen for bækkensmerter i graviditeten.

Bækken- og rygmerter i graviditeten opleves af ca. 50 % af alle gravide. Mange gravide oplever diffuse, og som regel milde smerter i ryg og bækken, mens en mindre andel gravide har sværere og mere specifikke smerter fra bækkenleddene, hvilket kan bevirke en betydelig funktionshæmning. Bækkensmerter lokaliseret til symfyse og/eller sacroiliacaleddene, og som kan udløses ved provokationstest af de respektive led, forekommer hos ca. 20 %, mens smerteudløsning fra alle 3 led forekommer hos ca. 5 %. Betegnelsen bækkenløsning anvendes oftest kun om sidstnævnte tilstand. Disse kvinder har også en dårligere prognose, idet 50 % angiver smerter 1/2 år efter fødslen, og hos 20 % rapporteres fortsat smerter efter 2 år. I modsætning hertil har kun 7 % af kvinderne med affektion af færre led smerter 3 måneder efter fødslen.

Det er derfor relevant at foretage en grundig smerteanamnese med lokalisation og udløsende faktorer suppleret med en objektiv undersøgelse. Som objektiv undersøgelse anbefales P4-test og modificeret Trendelenburg-test som beskrevet i bilag 2. Ved positiv test kan man henvise til fysioterapeut med henblik på mere specifik undersøgelse og rådgivning.

Der kan ikke angives en sikker, effektiv behandlingsform mod graviditetsrelaterede bækkensmerter på basis af de foreliggende studier. Der er en vis evidens for effekt af bassinbehandling og akupunktur. En velgennemført undersøgelse har vist, at et individuelt tilpasset program – med stabiliserende øvelser givet i en periode post-partum – havde effekt på smerter og funktion i 1 år efter graviditeten. Man havde dog ikke klarhed over, hvilke elementer i øvelsesprogrammet, der var effektive. Det kan ikke anbefales at have specielle rygskoler, at bruge specielle puder, manipulation/mobilisering, injektionsbehandling, bækkenbælte eller massage som eneste behandling.

Graviditetsrelaterede bækkensmerter er ikke i sig selv indikation for kejsersnit.

11.6 Tidligere kejsersnit – sectio antea

I 2008 var andelen af fødsler ved kejsersnit 20,5 % (svarende til 21,4 % af sygehusfødslerne). På baggrund af en stigende forekomst af kejsersnit må forudses et fortsat stigende antal af gravide, der tidligere har født ved kejsersnit.

Kvinder, der tidligere har født ved kejsersnit, tilbydes samtale med obstetriker i den aktuelle graviditet med henblik på drøftelse af den forestående fødsel.

Graviditetsforløb efter tidligere kejsersnit adskiller sig som hovedregel ikke fra graviditet efter tidligere vaginal fødsel. Tidligere kejsersnit er dog forbundet med en let øget risiko for *placenta previa* (foranliggende moderkage). Risikoen stiger med antallet af tidligere kejsersnit. Risiko for *accret placenta* (indvækst af moderkagen i myometriet) øges betydeligt ved samtidig placenta prævia og tidligere kejsersnit. Der er i registerundersøgelser fundet en let øget forekomst af intrauterin fosterdød blandt gravide med tidligere sectio. Årsagen er uafklaret.

Der vil være indikation for fornyet kejsersnit i de fleste tilfælde ved:

- Tidligere ruptur af livmoderen
- Tidligere operation på livmoderen fx fjernelse af fibromer, der har nødvendiggjort åbning til uterinkaviteten
- Tidligere kejsersnit pga. mekanisk misforhold
- Årsager, der gav anledning til det tidligere kejsersnit, som også er til stede i den aktuelle graviditet

- Tilfælde, hvor fødsel altid tilrådes at foregå ved kejsersnit som
- Placenta prævia
- Foster i tværleje.

En opgørelse fra Fødselsregistret viser, at i perioden 1973-2005 forsøgte 71,4 % af kvinder med tidligere sectio at føde vaginalt, af disse endte 75,5 % med at føde vaginalt.

Ved forsøg på vaginal fødsel er komplikationen primært, at det mislykkes, så kvinden må føde ved akut kejsersnit. Ruptur af arret i livmoderen optræder med en hyppighed på 0,5-1,0 % dog således, at hyppigheden stiger med antal tidligere sectio og med et kort interval (<24 måneder) mellem fødslerne samt ved igangsættelse af fødslen med prostaglandin.

Har kvinden én gang gennemført en vaginal fødsel efter kejsersnit, er der øget sandsynlighed for at hun igen kan føde vaginalt.

Anbefalinger vedr. tidligere kejsersnit

- Ved tidligere kejsersnit henvises den gravide til en samtale med en obstetiker med henblik på at udfærdige en plan for næste fødsel. Der tilbydes undersøgelse for placenta prævia.
- Ved ét tidligere kejsersnit bør kvinden tilbydes samtale på fødestedet med henblik på at drøfte fordele og ulemper ved henholdsvis forsøg på vaginal fødsel og planlagt kejsersnit og at indgå en dialog om den forestående fødsel. Samtalens hovedindhold noteres i journalen.
- Planlagt vaginal fødsel efter tidligere kejsersnit tilrådes at finde sted på en obstetrisk afdeling under overvågning af mor og barn.
- Ved igangsættelse af fødsel efter tidligere kejsersnit bør kvinden oplyses om den øgede risiko for uterusruptur.
- Ved mere end ét tidligere kejsersnit frarådes forsøg på vaginal fødsel. Såfremt kvinden ønsker at forsøge at føde vaginalt, informeres hun om den øgede risiko for uterusruptur.

11.7 Flerfoldsgraviditeter

Hyppigheden af flerfoldsgraviditeter forekommer spontant cirka i 1 ud af 80-85 graviditeter, men er i dag cirka 1 ud af 40 graviditeter som følge af øget anvendelse af fertilitetsbehandling og mødres stigende alder. I 2008 var 2,2 % af fødslerne tvillingefødsler og 0,03 % trillingefødsler. Firelingefødsler er meget sjældne og forekommer ikke hvert år i Danmark. Flerfoldsgraviditeter kan være enæggede eller tveæggede og fordeler sig cirka 1/6 enæggede og 5/6 tveæggede.

Flerfoldsgraviditeter er generelt forbundet med en øget risiko for væksthæmning og præterm fødsel, se afsnit 8.1 og 11.8. Ca. 10 % af alle gemelli (tvillinger) fødes med en vægtforskel på > 20 % (diskordant vægt). Væksthæmning og diskordant vægt er uafhængige risikofaktorer for negativt udkomme. Fosteræksten vurderes ved ultralydsskanning, idet man ikke klinisk kan vurdere hvert barns tilvækst. Derudover ses en øget risiko for præeklampsi ved flerfoldsgraviditeter.

I 1. eller 2. trimester fastslås ved ultralydsundersøgelse, om det drejer sig om monochoriske eller dichoriske gemelli (om tvillingeparret har en fælles eller hver sin ydre fosterhinde). Den perinatale mortalitet hos dichoriske tvillinger er kun lidt større end singletongraviditet (enkeltfoldsgraviditet), hvorimod monochoriske tvillinger har en markant øget perinatal mortalitet i forhold til singleton. Monochoriske gemelli har særlig risiko for udvikling af transfusionssyndrom, idet de har en fælles placenta (moderkage), og har også øget risiko for væksthæmning af den ene eller begge tvillinger. Monochoriske gemelli forløses oftere ved sectio. Monoamniotiske tvillinger har fælles indre og ydre fosterhinder og har øget risiko for intrauterin fosterdød som følge af navlesnorsomvikling.

For tvillingegraviditeter uden yderligere komplikationer er der ingen dokumenteret værdi af liggende aflastning eller rutinemæssig vaginaleksploration. Ultralydundersøgelse af de cervikale forhold ved 22-23 uger kan tilbydes. Let fysisk aktivitet, så som svømning, kan tilrådes, såfremt plukveer ikke tiltager derved.

At blive flerfoldsforældre er for de fleste en stor udfordring, hvorfor der flere steder tilbydes fødsels- og forældreforberedelse specielt for flerfoldsforældre, hvor der både informeres og diskuteres disse særlige udfordringer. Desuden informeres om fødslen, der kræver særlige forhold, uanset om der er tale om planlagt vaginal fødsel eller kejsersnit.

Anbefalinger vedr. flerfoldsgraviditeter

- Den gravide flerfoldsmor tilbydes hyppige konsultationer, hvor hvert barns tilvækst monitoreres, og tegn på præterm fødsel vurderes.
- Kommende flerfoldsforældre tilbydes særlig målrettet fødsels- og forældreforberedelse.

11.8 Præterm fødsel

Præterm fødsel defineres som fødsel før 37 uger + 0 dage. Efter misdannelser er præterm fødsel den væsentligste årsag til perinatal mortalitet og morbiditet. Mortaliteten er imidlertid primært associeret til de ekstremt præterme fødsler (< 28 uger + 0 dage) og handicaps som følge af præmaturitet ses sjældent ved gestationsalder over 34 uger + 0 dage.

Ætiologien til præterm fødsel er mangfoldig og heterogen. Det er formentlig forklaringen på, at det hidtil ikke er lykkedes at etablere en god metode til identifikation af risikogrupper. I nedenstående afsnit er nævnt en række forhold, som er associeret med præterm fødsel.

11.8.1 Risikofaktorer for præterm fødsel

Faktorer associeret til høj risiko (relativ risiko > 5):

- Tidligere præterm fødsel
- Flerfoldsgraviditeter
- Tidligere spontane aborter i 2. trimester
- 2 eller flere koniseringer.

Faktorer associeret med øget risiko (relativ risiko 2-5):

- Alder under 17 år
- Ryger over 15 cigaretter dagligt
- Stående, gående arbejde.

Graviditetskomplikationer med høj risiko for præterm fødsel:

- Polyhydramnios (for meget fostervand) – der henvises til obstetrisk afdeling inden for dage
- Blødning i 2. og 3. trimester – der henvises akut til obstetrisk afdeling
- Pludselig øget vandigt udflåd – der henvises akut til obstetrisk afdeling med henblik på cervixinsufficiens
- Bakteriuri og specielt pyelonefritis (nyrebækkenbetændelse) – der gives antibiotika
- Smertefulde plukveer – snarlig henvisning med henblik på cervixskanning.

Kontraktioner vs. plukveer

Som grundregel kan man sige, at det er normalt at have plukveer i 3. trimester. Plukveer er karakteriseret ved, at livmoderen bliver hård enten spontant, eller når den gravide er fysisk aktiv.

Det kan være vanskeligt at vurdere, om en gravid er i fødsel. Det kan derfor være endog meget vanskeligt at vurdere, om plukveer er normale eller patologiske.

Ved smertefulde kontraktioner før uge 34 bør den gravide henvises til obstetriske afdeling med henblik på vaginal ultralydsundersøgelse.

Cervixlængde

Cervixlængde vurderet ved vaginaleksploration er ikke altid en pålidelig undersøgelse, når det skal vurderes, om fx plukveer er patologiske eller ej.

Cervixlængde over 25-30 mm vurderet ved vaginal ultralydsskanning er associeret med meget lav risiko for præterm fødsel selv hos gravide med smertefulde kontraktioner.

Cervixlængde under 15-20 mm vurderet ved vaginal ultralydsskanning er associeret med betydelig risiko for fødsel inden for de nærmeste 6 uger.

Udflåd

Ændret udflåd under graviditet er oftest fysiologisk eller forårsaget af fx *Candida albicans*. Pludseligt øget vandigt udflåd kan skyldes cervixdilatation ved cervixinsufficiens og indikerer akut vurdering.

Anbefalinger vedr. præterm fødsel

- Den praktiserende læge optager anamnese om tidligere graviditeter samt sociale og arbejdsmæssige forhold.
- Ved høj risiko henvises til vurdering på obstetriske afdeling med henblik på evt. cervixskanning.
- Fraværsmeding kan være indiceret, specielt ved gående, stående arbejde og kort cervix ved ultralydsskanning.
- Urindyrkning foretages på indikation.
- Smertefulde plukveer kan indicere aflastning, men man bør overveje henvisning til obstetriker med henblik på vurdering og eventuelt cervixskanning.

11.9 Overbårenhed – graviditas prolongata

Graviditeter med varighed ud over 293 dage klassificeres som graviditas prolongata. Graviditas prolongata er forbundet med øget forekomst af komplikationer for mor og barn. Der er beskednen viden om årsagerne til graviditas prolongata. Nulliparitet, tidligere postterm fødsel, maternal overvægt og en genetisk komponent øger risikoen. I 2008 var 5,6 % af graviditeterne overbårne.

Ved anvendelse af ultralydsbestemt termin, se afsnit 7.1, bliver færre graviditeter klassificeret som graviditas prolongata, og hyppigheden af igangsættelse på denne indikation reduceres. En opgørelse fra Fødselsregistret over perioden 1978-93 viser, at graviditas prolongata forekom hos 9 %, men kun hos 4 % af gravide med ultralyds fastsat termin.

11.9.1 Risici ved overbårenhed

Graviditas prolongata øger risikoen for perinatale komplikationer, såsom placentainsufficiens, mekoniumafgang, skulderdystoci, aspiration, fetal distress og nedsat apgar score. Endvidere øges risikoen for maternelle komplikationer, såsom dystoci, obstetriske traumer, sectio og postpartum blødning.

Risikoen for intrauterin fosterdød er stigende i den sidste del af graviditeten. Stigningen ses allerede fra 37-38 uger og accentueres efter 40-41 uger. I særlig risiko er førstegangsfødende, gravide over 35 år og overvægtige. Desuden ses en social gradient i forekomsten af intrauterin fosterdød.

En opgørelse fra Fødselsregisteret over perioden 1997-2006 har ikke kunnet genfinde denne øgede i risiko, formentlig fordi man i Danmark har haft fokus på overbårenhed og har sat fødslen i gang ved tegn på komplikationer.

11.9.2 Igangsættelse

Fordelene ved igangsættelse er forholdsvis små. Der er ikke evidens for, at der er forskel i komplikationsfrekvensen ved igangsættelse efter henholdsvis 41 eller 42 uger. Igangsættelsestidspunktet fastsættes i henhold til den enkelte afdelings retningslinjer og efter konkret individuel vurdering.

Hindeløsning kan reducere anvendelse af andre igangsætningsmetoder, men medfører ingen ændring i udkomme for barnet. Metoden er forbundet med mere ubehag for kvinden, blandt andet hyppigere optræden af smertefulde kontraktioner, der ikke fører til fødsel.

Gravide, der ikke ønsker igangsættelse ved uge 42+0, bør tilbydes overvågning i form af kontrol 2-3 gange ugentligt inklusive ultralydsundersøgelse og/eller CTG. Det må overvejes at påbegynde den intensive overvågning i intervallet 41+0 til 42+0 pga. den registrerede stigning i den perinatale mortalitet efter termin.

Anbefalinger vedr. overbårenhed

- Den gravide henvises til obstetrisk afdeling med henblik på evt. igangsættelse senest ved uge 42+0, og i øvrigt i henhold til gældende instruks på den obstetriske afdeling.

Valg af igangsætningsmetode afhænger af modenheden af livmoderhalsen og forløb af evt. tidligere fødsel, især om kvinden tidligere har født ved kejsersnit.

- Hindesprængning kan anvendes ved meget modne forhold, men skal ofte suppleres med vestimulerende drop.
- Stikpille i skeden (prostaglandinpræparat) kan anvendes ved mindre modne forhold.
- Ballonkateter i livmoderhalsen kan anvendes ved mindre modne forhold.
- Ved meget umodne forhold overvejes afventende behandling under observation.
- Ved tidligere kejsersnit tilrådes forsigtighed med prostaglandinpræparater pga. risiko for uterusruptur. Hindesprængning og ballon kan anvendes. Ved meget umodne forhold og behov for afslutning af graviditeten må gentaget kejsersnit stærkt overvejes.

11.10 Henvisning til børneafdeling

Såfremt der er mistanke om sygdom eller misdannelse hos fosteret, eller hvis man under graviditeten kan forudse, at barnet sandsynligvis vil få brug for behandling straks efter fødslen, bør man inddrage pædiatrisk rådgivning og ekspertise allerede i løbet af graviditeten. Det kan eksempelvis dreje sig om familieanamnese med medfødt syndrom, mistanke om misdannelser ved ultralydsundersøgelse, eller medicinske sygdomme hos moderen, hvor der er mulighed for påvirkning af fosteret. Der vil herved være mulighed for at planlægge og afpasse den relevante indsats i god tid.

Anbefaling vedr. henvisning til børneafdeling

- Når der i graviditeten er mistanke om sygdom eller misdannelse hos fosteret/den nyfødte, henvises til pædiatrisk afdeling i god tid inden fødslen.

12. Fødsels- og forældreforberedelse

Fødsels- og forældreforberedelse er en integreret del af svangreomsorgen. Formålet med fødselsforberedelsen er at informere kvinden og partneren om selve fødslen, smertehåndtering og -lindring, evt. komplikationer og andet af medicinsk/obstetrisk karakter. Formålet med forældreforberedelsen er at forberede kvinden/parret til forældreskab ved at give mulighed for at drøfte familieførelsen i forhold til praktiske, psykiske og sociale aspekter. Fødsels- og forældreforberedelse er med til at øge de kommende forældres mulighed for selvbestemmelse.

Anbefalinger vedr. fødsels- og forældreforberedelse

- Det anbefales, at der tilbydes fødsels- og forældreforberedelse til alle.
- Der foreslås et temaopdelt tilbud med deltagelse af repræsentanter for de fagpersoner, som familien møder gennem forløbet i et temaopdelt tilbud.
- Fødestedet bør etablere tilbud om fødsels- og forældreforberedelse målrettet kvinder/par med særlige psykosociale, sproglige og/eller kulturelle behov.

12.1 Tilrettelæggelse

Fødsels- og forældreforberedelse finder i princippet sted ved alle kontakter med den gravide. Ud over konsultationer og undersøgelser, hvor individuelle behov bliver tilgodeset, kan forberedelsen også finde sted i grupper, hvor den gravide/parret er sammen med andre, der venter barn. Fødsels- og forældreforberedelse i grupper varetages primært af jordemoderen og kan tilrettelægges tværfagligt i samarbejde med sundhedsplejerske, barselssygeplejerske og andre faggrupper.

Især gruppen af veluddannede, kommende forældre er motiveret for at deltage i familie- og fødselsforberedelse. Socio-demografiske forhold (uddannelse og bopæl) samt følelsesmæssige vanskeligheder i forhold til den kommende fødsel kan være associeret med *ikke* at deltage i fødsels- og forældreforberedelse. Ved tilrettelæggelse af svangreomsorgen bør der på fødestedet etableres tilbud, der også appellerer til de kvinder/par, der ikke umiddelbart er motiverede for og interesserede i at deltage i fødsels- og forældreforberedelse.

Erfaring viser, at gruppeaktiviteter kan bidrage til at skabe netværk, som kvinden og hendes partner også kan have glæde af efter fødslen. Samværet med andre kommende forældre har betydning for forældredannelsen, se afsnit 4.2.3.



Fødsels- og forældreforberedelse varetages primært af jordmoderen og omfatter en lang række sociale, psykologiske og følelsesmæssige emner relateret til den aktuelle periode i graviditeten. Først i 3. trimester gennemgås fødselens tekniske del og tiden efter fødslen.

12.2 Fødsels- og forældreforberedelsens indhold

Mange informationer om den kommende forælderrolle er tilgængelige via eksempelvis blade, bøger, pjecer og internetsider. Praktiserfaringer viser dog, at der er et stort spring fra den teoretiske viden til den praktiske virkelighed, når forældrene har deres første nyfødte i armene. Førstegangsførelde kan være famlende og usikre, når de skal håndtere og vurdere det spæde barns udtryk, behov og kompetencer. Det gælder også fædrene, der i disse år ændrer roller og opgaver i forhold til deres nyfødte. Alt i alt stiller det nye krav til indholdet af fødsels- og forældreforberedelsen.

Endnu ved vi kun lidt om, hvilket indhold fødsels- og forældreforberedelse bør have for at være tilpasset nutidens forældrepar. Flere undersøgelser beskriver de kommende forældres ønske om at beskæftige sig med den sociale, følelsesmæssige og psykologiske side af forælderrollen. Forberedelse til fødslen bør omfatte information om fødselens tekniske del, herunder smertehåndtering og -lindring og evt. komplikationer og indgreb m.m. Derudover beskrives et behov for at få viden om tiden efter fødslen, plejen af spædbarnet samt om spædbarnets kompetencer.

For at skabe sammenhæng i tilrettelæggelsen af fødsels- og forældreforberedelsen forstås det, at man i planlægningen betragter graviditet, fødsel og barsel i forhold til følgende 4 hovedtemaer:

1. Den gravides/parrets udvikling hen imod forældreskab
2. Amning og tilknytning til barnet under graviditeten, fødslen og i barselsperioden
3. Forberedelsen til fødslen
4. Konkret vejledning i pasning og pleje af barnet i barselsperioden.

Det første tema gennemgås først i graviditeten, det andet i 2. trimester, og de to sidste i 3. trimester. Baggrunden herfor er beskrevet i kapitel 16. Udgangspunktet for udfoldelsen af de enkelte temaer bør være de kommende forældres erfaringer og overvejelser. Relevante fagpersoner understøtter alle emnerne med den nyeste faglige viden. Undervisningen retter sig mod både den gravide og hendes partner og tilgodeser begges behov, fx ved at give kommende mødre og fædre mulighed for at dele erfaringer med personer af eget køn i løbet af undervisningsperioden.

12.2.1 Udvikling til forældreskab

- Familiedannelse, ændring i par-relation og samliv, forælderrollen, moder- og faderfølelser, familienetværk (egne forældre og svigerforældre). Den gode forælder som begreb, idealer og tro på egne instinkter og evner.
- Udfordringer og behov for støtte i den første tid hjemme. Det sociale netværks betydning samt professionelle tilbud.
- Barselsorlovens forløb, lovgrundlag, muligheder og evt. ønsker om deling af orloven.
- Fysisk aktivitet og bækkenbundstræning under graviditet og i barselsperioden.

12.2.2 Amning og tilknytning til barnet

- Kvinders og mænds forestillinger om det kommende barn, forældre-kærlighed, jalousi og andre følelser som fx usikkerhed, magtesløshed og frustration.
- Barnets personlighed, kompetencer, evne til og behov for kommunikation og berøring. Konkret viden om barnets sanser. Barnets signaler og adfærd samt forældrenes tolkninger og reaktioner. Relation og tilknytning mellem forældre og barn.
- Amning. Forventninger og ønsker, viden og erfaringer, holdninger, myter og fakta, forberedelse og den første tidlige periode, hvor amningen etableres. Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Faderens rolle. Kommende forældres ønsker om amning eller flaskeernæring respekteres.

12.2.3 Fødslen

- Den normale fødsel, rundvisning på fødegang, fødsels psykologi, kontakt til fødestedet, faresignaler, smertehåndtering og -lindring, gennemgang af forskellige fødestillinger, mulige indgreb herunder sectio.
- Fysisk forberedelse til fødslen.
- Drøftelse af faderens eller anden ledsagers rolle under fødslen.

12.2.4 Spædbarnspleje og den første tid efter fødslen

- Den første tid hjemme med et nyfødt barn. Praktiske foranstaltninger og udfordringer i forhold til fx barnets søvn, gråd, pasning og pleje, døgnrytme, leg og kontakt med et spædbarn, praktiske forhold i hjemmet – fx arbejdsfordeling, bekymring, angst, glæder samt forventninger til livet som ny familie.
- Amning i den første tid hjemme, støtte og vejledning fra familienetværket, det sociale og professionelle netværk. Faderens rolle.
- Vurdering af om barnet får mad nok.
- Søskenrelationer, den sammenbragte familie.
- Humørsvingninger, efterfødselsreaktioner og depressioner hos både mor og far. Kendskab til symptomer og viden om, at det er en forholdsvis almindelig tilstand hos både kvinder og mænd. Hjælpemuligheder og behandling.
- Genoptagelse af seksuallivet og prævention.

12.3 Familier med anden etnisk baggrund end dansk

Tilbud om fødsels- og forældreforberedelse tilrettelægges i forhold til familiens ønsker og behov under hensyntagen til sproglige, kulturelle og psykosociale forhold. I områder med større grupper af samme etniske minoritet kan der med fordel tilrettelægges specielle forberedelseshold med tolk.

Undersøgelser har vist, at nogle etniske grupper ammer i kortere tid end danske familier, hvorfor der bør være særlig opmærksomhed på dette emne i graviditeten.

13. Fødslen

Langt de fleste fødsler foregår på sygehus. Kun ca. 1 % føder hjemme. Formålet med sundhedsvæsenets indsats under fødslen er:

- at sikre trygge forløb, uanset hvor og hvordan kvinden vælger at føde
- at mor og barn kommer igennem fødslen med bedst mulig sundhedstilstand
- at minimere komplikationer under og efter fødslen
- at bidrage til en god fødselsoplevelse for kvinden og hendes partner.

At føde er en naturlig fysiologisk proces, som både er en fysisk udfordring og en begivenhed, som huskes resten af livet. Fødselsoplevelsen kan således have langvarige positive eller negative psykologiske eftervirkninger. Sundhedspersonalet bør derfor arbejde for både det gode udkomme og den gode fødselsoplevelse.

Når kvinden og hendes partner modtages af jordemoderen, tales forventninger og ønsker igennem hvis muligt. Forventningerne om den forestående fødsel kan overordnet opdeles i tre tendenser: 1) ønsket om så naturlig en fødsel som muligt, 2) ønsket om høj grad af teknologisk hjælp, og 3) ingen stillingtagen på forhånd – man lader det afhænge af situationen. Sidstnævnte er det mest almindelige.

For alle gælder dog, at det afgørende for, om fødslen opleves som meningsfuld, ikke nødvendigvis er en indfrielse af forhåndsforventningerne. Det væsentlige er, at kvinden/parret føler sig velinformede, og at de bliver involveret i de beslutninger, der tages under fødslen, såfremt de ønsker det. Jordemoderens og/eller lægens adfærd over for den fødende – og deres evne til at informere og involvere den fødende/parret i evt. beslutninger undervejs i fødslen – har større betydning for forældrenes tilfredshed end smertelindring og indgreb under fødslen.

Hovedparten af fødsler i Danmark foregår uden kejsersnit eller brug af sugkop. Der er en tendens til stigende brug af teknologi – men der er også en variation fødestederne imellem, som ikke alene kan forklares ved optageområdets sammensætning. Sundhedsstyrelsen udgiver regelmæssigt fødselsstatistik, som er tilgængelig på www.sst.dk

Den spontant forløbende fødsel forestås på alle fødesteder af en jordemoder. Hvis der indtræder komplikationer, skal jordemoderen tilkalde en læge. Indsatsen bør understøtte det naturlige fødselsforløb og styrke den fødendes mestringsevne. Der er god dokumentation for, at kontinuerlig tilstedeværelse



Faderen er en vigtig støtte for den gravide under fødslen. Hos førstegangsfødende er det normalt med en lang latent fase, som dog også kan være tegn på abnormiteter.

af en omsorgsperson under fødslen nedsætter kvindens behov for medicinsk smertelindring, øger hendes tilfredshed og chancen for at fødslen forløber spontant. Det bør derfor prioriteres, at den fødende kan have en jordemoder hos sig kontinuerligt under den aktive del af fødslen. Den fødende bør støttes i og have frihed til at bevæge sig eller ligge og til at bruge forskellige hvile- og fødestillinger. Rutinemæssige indgreb eller procedurer, som reducerer sandsynligheden for en normal vaginal fødsel, bør kun implementeres på fødestedet efter grundig evidens for en positiv effekt.

13.1 Vaginal fødsel

I dette afsnit gennemgås problemstillinger, som er relevante for den planlagte vaginale fødsel.

13.1.1 Lang latent fase/udvidningsfasen

En lang latent fase er oftest led i en normal fødsel og ses hyppigst hos førstegangsfødende. En lang latent fase kan dog også afspejle abnormiteter i den underliggende fødselsfysiologi.

Tidlig indlæggelse på fødeafdeling i fødselens latente fase øger risikoen for længere fødsel (både første og andet stadium), hyppigere brug af vestimule-

rende midler og epiduralblokada samt dårligere fødselsoplevelse. Det er dog uvist, om ineffektive veer er årsag til den lange latente fase og dermed giver behov for indgreb, eller om den tidlige ankomst på fødeafdelingen medfører indgreb og derefter vesvækkelse.

Det er vist, at chancen for, at fødslen forløber spontant, øges, og at behovet for instrumentelle indgreb nedsættes, hvis den gravide er i reel aktiv fødsel, når hun indlægges på fødeafdelingen. Kvinder, der har deltaget i fødselsforberedelse, henvender sig generelt til fødeafdelingen, når fødslen er mere frem-skreden.

På fødestedet bør der derfor være mulighed for at visitere kvinder, der henvender sig til fødeafdelingen, med henblik på at håndtere deres behov. Når den gravide henvender sig til fødeafdelingen med kontraktioner/veer i den latente fase, vurderer jordemoderen i samråd med den gravide, om det vil være bedst for hende at gå hjem eller blive på modtage- eller svangreafsnittet til omsorg og evt. smertelindring.

13.1.2 Progression og anvendelse af vestimulerende midler

Et langvarigt fødselsforløb kan være med til at give en dårlig fødselsoplevelse. Det er vigtigt, at parrets forventninger til progression er afstemt efter virkeligheden. Der anvendes vestimulation til ca. 45 % af de førstegangsfødende, der går spontant i fødsel. Dette tal er så højt, at man på de enkelte fødesteder bør sikre, at der foreligger klare retningslinjer for indikationerne for brug af vestimulerende midler.

Der kan anvendes et partogram som hjælpemiddel til vurdering af fødsels progression og diagnosen vesvækkelse, når kvinden er i aktiv fødsel. Vesvækkelse foreligger, hvis dilatationen i fødsels aktive fase er mindre end ½ cm pr. time over mindst 3-4 timer⁷. Der skelnes mellem overgangsfase og ud-drivelsesfasens nedtrængnings- og presseperiode.

Såfremt der ikke er den ønskede progression, og der er behov for anvendelse af vestimulation, bør dette ske efter informeret samtykke. Stimulation gives efter et regime, der tager hensyn til såvel effektive veer som ve-pauser. Hyperstimulation bør undgås, og der bør være ve-pauser, som sikrer barnet tilstrækkelig iltning. Der er ikke evidens for bedre udkomme for barn og mor ved anvendelse af vestimulation efter de kriterier for diagnosen vesvækkelse, som sædvanligvis anvendes i Danmark. Der er dog udenlandsk dokumentation for større tilfredshed med intervention. Der bør under perinatale audits være fokus på den anvendte vestimulation (veer og ve-pauser) efter fødsel af et asfyktisk barn.

7 Definition i henhold til Dystoci, guideline fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 1999. www.dsog.dk

Anbefaling vedr. vestimulation

- Den fødende bør informeres om fordele og ulemper ved anvendelse af vestimulation, og herunder at der ikke er evidens for bedre udkomme for barn og mor. Den nødvendige information bør gives første gang i god tid før fødslen, fx som led i fødselsforberedelsen, og gentages under fødslen ved behov.

13.1.3 Fødselsens uddrivningsfase (nedtrængningsperioden og presseperioden)

Varetagelsen af fødselsens uddrivningsfase har konsekvenser for indgrebsfrekvens, barnets tilstand samt kvindens risiko for bristninger, herunder sphincterruptur (bristning af endetarmens lukkemuskel). Epiduralblokade kan forlænge perioden for barnets nedtrængning i bækkenet med ca. 1 time hos førstegangsfødende, se afsnit 13.1.4. Erfaringer fra danske forsknings- og udviklingsprojekter viser, at fokus på, at ledende fosterdel står på bækkenbunden, før kvinden begynder at presse aktivt, nedsætter behovet for instrumentel forløsning. Det er selve pressefasen, der medfører fald i pH og ikke nedtrængningen i bækkenet. Muligheden for at undgå store bristninger er meget diskuteret. Risikofaktorer for sphincterruptur er instrumentel forløsning, førstegangsfødende og stort barn. Der er ikke evidens for, at episiotomi beskytter mod bristning af endetarmsmusklen, se afsnit 13.1.7 om suturering.

Anbefalinger vedr. uddrivningsfasen

- Afventning af spontan pressetrang samt fokus på, at ledende fosterdel reelt er på bækkenbunden, før kvinden giver efter for aktiv brug af bugpressen. Dette er særlig gældende for førstegangsfødende, og når der er anvendt epiduralblokade som smertelindring.
- Opmærksomhed på den aktive presseperiodes længde, dette i forhold til barnets tilstand samt risikoen for, at mellemkødet bliver ødematøst.
- Ved forløsning bør kvinden så vidt muligt være i en stilling, hvor jordemoderen kan se og beskytte mellemkødet.
- Episiotomi bør kun foretages på restriktiv indikation ved truende iltmangel hos fosteret.

13.1.4 Smertehåndtering og -lindring

Kvindens behov for smertelindring under fødsel varierer meget. For nogle kvinder kan det at gennemleve fødslen uden smertelindring betyde styrket selvværd. For andre kan mangelfuld smertelindring medføre en betydelig følelsesmæssig belastning. Tilstedeværelse af en støtteperson, der kan hjælpe kvinden med at håndtere smerterne, kan nedsætte behovet for medicinsk



Når jordemoderen er konstant til stede under den aktive del af fødslen, kan det nedsætte kvindes behov for medicinsk smertelindring. Valg af smertelindring foretages sammen med den fødende og efter en individuel vurdering.

smertelindring. I barselperioden kan der være behov for smertelindring efter både kejsersnit og vaginale fødsler.

Smertelindringsmuligheder i fødselssammenhæng er ikke-medicinske (fx vejtrækning, afspænding, ve-hvilestillinger, massage, akupressur/-punktur og varme bade) såvel som medicinske (fx morfin, lattergas, pudendus- og epiduralblokade). I løbet af graviditeten drøftes de forskellige smertestillende metoder samt deres fordele og ulemper med kvinden/parret. Under fødslen beror valget af smertelindring på en individuel vurdering af behov og ønsker i samråd med den fødende.

Brugen af epiduralblokada har været stigende gennem de senere år og blev anvendt ved 20 % af alle fødsler i 2008. Epiduralblokada er den mest effektive form for smertelindring under fødslen, men kan medføre vesvækkelse og forlænge fødslen, især presseperioden. Anlæggelse af epiduralblokada medfører hyppigere brug af vestibulerende drop og øger risikoen for forløsning med sugekop. Epiduralblokada ser ikke ud til at øge risikoen for forløsning ved kejsersnit, men litteraturen er ikke entydig.

Personalet bør være opmærksom på den enkelte kvindes behov for smertelindring under fødslen og i barselsperioden, også selvom det ikke udtrykkes eksplicit.

Anbefalinger vedr. smertehåndtering og -lindring

- I løbet af graviditeten informeres de kommende forældre om mulighederne for smertehåndtering og -lindring under og efter fødslen, herunder om bivirkninger.
- Valget af smertelindring under fødslen beror på en individuel vurdering i samråd med den fødende.

13.1.5 Fødegangens teknologi

Træstetoskop anvendes forsat til overvågning af det raske fosters tilstand under den ukomplicerede fødsel. Det har været dansk klinisk praksis at lytte til fosterets hjertelyd over 3 x 5 sekunder. Internationale anbefalinger er imidlertid at lytte mindst 1 minut efter en ve og hvert 15. minut i den aktive del af fødslen.

Cardiotocografi (CTG) har høj sensitivitet for det truede foster, men lav positiv prædiktiv værdi. Der er ikke evidens for rutinemæssig anvendelse af CTG ved ankomst til fødegangen. For at undgå unødvendige indgreb anbefales det, at metoden suppleres ved abnorme fund. Som supplement kan anvendes scalp-pH eller STAN (ST-analyse, som kombinerer CTG med analyse af fosterets EKG). STAN hviler på en primær subjektiv vurdering af CTG, og ved abnormt fund på en efterfølgende computerbaseret objektiv vurdering. CTG og STAN forudsætter kontinuerlig undervisning og strikte definitioner. Ved tidligere kejsersnit bør man dog overveje forløsning ved abnormt CTG, som kan være første tegn på uterusruptur.

Instrumentel forløsning består i Danmark næsten udelukkende af sugekopforløsning og anvendes til ca. 10 % af alle fødsler.

Syntocinonprofylakse bør tilbydes umiddelbart efter barnets fødsel både ved vaginal og ved abdominal forløsning, idet der er evidens for, at det reducerer både blødningens omfang og hyppigheden af store blødningsepisoder.



Sen afnavling - dvs. 30-120 sekunder efter fødslen - er at foretrække, fordi det betyder øget jerndepot hos det mature barn. Faderen kan evt. klippe navlestrengen over.

13.1.6 Afnavling

Der er ingen definition på tidlig versus sen afnavling. Afnavling umiddelbart efter fødslen forebygger ikke gulsot og respirationsproblemer hos den nyfødte, og har ikke en blødningsreducerende effekt på moderen. Derimod er det vist, at tidlig afnavling resulterer i mindre jerndepoter i barnets første halve leveår. Hos det mature barn resulterer en sen afnavling i øget jerndepot helt op til 6-måneders-alderen.

Anbefaling vedr. afnavling

- Både ved vaginal fødsel og ved kejsersnit bør afnavling først ske efter 30-120 sekunder.

13.1.7 Bristninger og suturering

Bristninger i perinæum og labia er almindelige især ved fødsel af første barn, og hen ved 60-70 % behandles med suturer efter fødslen. Der er evidens for, at hurtigt resorberbart suturmateriale giver færrest gener for kvinden. Suturene bør lægges under hudniveau i perineale muskler og subcutis, da det reducerer smerter under ophelingen.

Ved suturering af bristninger efter fødslen er effektiv smertelindring vigtig. Det kan være nødvendigt at anvende en kombination af flere metoder for

at opnå god effekt, fx lokalbedøvende gel, akupunktur og/eller infiltrationsanalgesi. Ved suturering af komplicerede bristninger bør regional analgesi overvejes.

Kvinden bør i forbindelse med behandlingen informeres grundigt om det forventede ophelingsforløb, og der kan tilbydes en vurdering af sårhelingen ved fagperson inden udskrivelse eller 1-2 uger efter fødslen.

Kvinder, der er behandlet for en bristning, som involverer sphinctermusklen, bør kontaktes af fødestedet 5-6 måneder efter fødslen med henblik på systematisk udspørgen vedr. gener i form af inkontinens for urin, afføring og flatus samt smerter, fx i forbindelse med samleje. Kvinder, der fortsat har gener, indkaldes til nærmere vurdering og udredning.

Ved en efterfølgende graviditet bør der hos kvinder med tidligere sphincterruptur foretages en risikovurdering og tilbydes samtale om den kommende fødsel.

Anbefalinger vedr. bristninger og suturering

- Ved suturering af bristninger anlægges effektiv smertelindring enten som lokal- eller regional analgesi.
- I forbindelse med suturering af bristninger informeres kvinden om det forventede ophelingsforløb.
- Kvinder med større bristninger, herunder sphincterruptur og episiotomi, som fortsat har gener efter ½ år, bør vurderes af speciallæge.

13.2 Kejsersnit – sectio

Allerede under graviditeten bør kvinden modtage evidensbaseret information om kejsersnit, idet ca. hver 5. føder ved kejsersnit. Den gravide bør blandt andet oplyses om indikationerne for kejsersnit, fordele og risici for mor og barn, hvordan det foregår, og implikationer for kommende graviditeter og fødsler.

Kejsersnit foretages nu overvejende i regionalbedøvelse (spinal/epidural) med barselsforløb, som er optimeret med hurtig mobilisering, selvadministration af smertelindring efter skema og kort indlæggelsestid.

13.2.1 Kejsersnit på moders ønske (maternal request)

Et stigende antal kvinder ønsker at føde ved kejsersnit uden medicinsk indikation (maternal request). 14,6 % af alle kejsersnit blev udført på moders ønske i 2008, svarende til 3,1 % af alle fødsler. Kejsersnit uden lægelig indikation ønskes primært af flergangsfødende med en dårlig fødselsoplevelse bag sig, og

det er derfor centralt at forebygge ønsket ved at sikre gode førstegangsfødsler. Fødestedet bør tilstræbe tilstedeværelse af en jordemoder under den aktive del af fødslen, og jordemoderen bør være opmærksom på kvindens behov for hjælp til smertehåndtering og behov for smertelindring i løbet af fødslen.

Selvom moderens ønske ikke i sig selv er en indikation for kejsersnit, bør baggrunden for hendes ønske indgå i planlægningen af den svangreomsorg, hun tilbydes. Den gravide har således ikke krav på at føde ved kejsersnit uden medicinsk indikation, men hun har krav på at modtage grundig og objektiv rådgivning. Hun bør tilbydes samtale på fødestedet med henblik på at tilrettelægge tilbuddene i den aktuelle svangreomsorg og afdække årsagerne til ønsket, herunder at gennemgå tidligere fødselsforløb, at drøfte fordele og ulemper ved henholdsvis vaginal fødsel og kejsersnit og at indgå i en dialog om den forestående fødsel. Samtalens hovedindhold noteres i journalen. Samtalen bør finde sted tidligt i graviditeten, og emnet kan tages op igen senere efter behov.

Den enkelte læge har ret til at afvise en patients ønske om operation, hvis lægen mener, at det er det rigtige. Imidlertid bør kvindens ønske tages alvorligt, og hun bør evt. tilbydes vurdering hos en anden læge (second opinion).

Der henvises til MTV-rapporten *Kejsersnit på moders ønske*, Sundhedsstyrelsen.

Anbefalinger vedr. kejsersnit på moders ønske

- Dårlige fødselsoplevelser søges forebygget.
- Kvinder, som ønsker kejsersnit uden lægelig indikation, tilbydes samtale herom tidligt i graviditeten og evt. igen senere efter behov.

13.3 Hjemmefødsler

Under graviditeten rådgiver jordemoderen ved et hjemmebesøg om nødvendige praktiske foranstaltninger i hjemmet. Kvinden bør så vidt muligt assisteres ved fødslen af en jordemoder, hun kender. Den hjemmefødende skal være velinformeret om, hvorledes hun tilkalder jordemoderen. Når kvinden er i fødsel, skal der være en jordemoder til stede i hjemmet. Jordemoderen medbringer det nødvendige udstyr til den spontant forløbende, ukomplicerede fødsel samt nødhjælpsudstyr til at påbegynde behandling ved komplikationer hos mor og barn.

Efter fødslen bliver jordemoderen i hjemmet i nogle timer for at observere mor og barn og hjælpe familien tilrette, herunder støtte ved den første amning. Efter indhentet samtykke fra kvinden underretter jordemoderen den kommunale sundhedstjeneste og kvindens egen læge om, at fødslen har fundet sted.

13.4 Tiden lige efter fødslen

Det er vigtigt, at barnet og forældrene så vidt muligt kan være uforstyrret sammen den første times tid efter fødslen med henblik på etablering af god forældre-barn-kontakt og den første amning.

Der er evidens for positiv effekt på barnets parathed til at tage brystet, suteteknikken og ammevarigheden, når der er hud mod hud-kontakt mellem barn og mor lige efter fødslen. Desuden ses en effekt på moderens tilknytning til barnet. Moderen/parret informeres allerede i graviditeten om fordelene ved den tidlige hud mod hud-kontakt, således at moderen er parat til at tage barnet op til sig hurtigt efter fødslen og lægge det til brystet, når det er klar til det. Hvis barnet ikke bliver klar på fødestuen, kan barnet have gavn af fortsat hud mod hud-kontakt, så længe moderen er vågen. Hud mod hud-kontakt har også en stabiliserende virkning på barnets fysiologiske funktioner, og barnet kan lægges hos faderen, hvis moderen ikke er i stand til det.

Ved komplicerede fødsler og kejsersnit er det vigtigt at prioritere denne mor-barn-kontakt så snart, det er muligt. Sundhedspersonalet må sikre den fornødne ro og eventuel hjælp til den første kontakt til barnet og den første amning, når det er medicinsk forsvarligt. Hvis moderen har fået universalanæstesi, bør personalet sørge for, at barnet kun ligger hos moderen, når hun er vågen og opmærksom.

Anbefalinger vedr. tiden lige efter fødslen

- Hurtigt efter fødslen lægges barnet lægges hud mod hud med moderen, som lægger barnet til brystet, når det er parat
- Ved komplicerede fødsler og post-partum komplikationer lægges barnet hud mod hud hos sin mor, så snart de medicinske omstændigheder tillader det.

13.5 Etniske minoriteter

Data fra Landspatientregistret viser, at kvinder fra ikke-vestlige lande har en lavere forekomst af planlagte kejsersnit end etnisk danske kvinder, men en højere forekomst af akutte kejsersnit. Ligeledes ses hos nogle grupper kvinder med anden etnisk baggrund end dansk en højere forekomst af instrumentelle forløsninger og episiotomier end etnisk danske kvinder. Det kan være vanskeligt at pege på årsagerne til dette billede. Den lavere forekomst af planlagte kejsersnit kan muligvis tilskrives utilstrækkelig kommunikation og dermed information, eller at nogle af disse kvinder er meget bange for kejsersnit, og derfor så vidt muligt ønsker at føde vaginalt. Den lavere forekomst af

planlagte kejsersnit kan medføre en øget forekomst af akutte kejsersnit. Den øgede risiko for akutte kejsersnit kan også skyldes, at disse grupper af kvinder reelt har en højere risiko for obstetriske komplikationer, men spørgsmålet er uafklaret.

Det vil ofte være nødvendigt med professionel tolk til samtale om kvindens forventninger til fødslen, ligesom ægtefællens eller andet familiemedlems vurdering af kvindens behov og tilstand under fødslen bør inddrages i vurderingen af fødsels forløb, herunder behov for hjælp til smertehåndtering eller -lindring. Se desuden afsnit 5.7.

Anbefalinger vedr. kvinder med anden etnisk baggrund

- Kvinder med etnisk baggrund i ikke-vestlige lande informeres tidligt i graviditeten om de medicinske indikationer for kejsersnit og sikkerheden omkring indgrebet i Danmark sammenlignet med deres hjemmeland.
- Der bør anvendes professionel tolk i videst muligt omfang, også under den aktive del af fødslen.
- Sundhedspersonalet bør være opmærksomt på kvindens behov for smertelindring, også selvom den ikke udtrykkes eksplicit.

13.6 Obstetrisk færdighedstræning

Der er evidens for værdien af færdighedstræning i håndtering af akutte obstetriske tilstande målt på udkomme. Obstetrisk færdighedstræning kan fx omhandle instrumental forløsning, skulder dystoci, underkropsforløsning, post partum blødning, og suturering af sphincterruptur og episiotomi. Se desuden afsnit 14.12.

Fødeafdelingerne bør etablere regelmæssig undervisning for både læger og jordemødre i indikation for CTG, tolkning af CTG og opfølgning på afvigelser.

Anbefaling vedr. obstetrisk færdighedstræning

- Det relevante personale på fødeafdelingerne bør modtage vedligeholdelsesundervisning i CTG-overvågning og i håndtering af akutte obstetriske tilstande (færdighedstræning).

14. Observation, forebyggelse og behandling af den nyfødte

14.1 Undersøgelse af den nyfødte

Straks efter fødslen vurderer jordemoderen den nyfødtes tilstand, hvad angår respiration, hjerteaktion, tonus, reflekser og farve. Dette udtrykkes ved Apgar score, der som minimum noteres 1 og 5 minutter efter fødslen. Desuden ses efter umiddelbart iøjnefaldende misdannelser.

Inden barnet flyttes fra fødegangen, undersøger jordemoderen systematisk barnet med henblik på at konstatere, om der er lidelser eller misdannelser, der kræver lægeundersøgelse, herunder læbe-ganespalte, rygmarvsbrok og sammenvoksede eller overtallige fingre/tæer. Det bemærkes, om kraniet, øjne, ydre øre, abdomen og genitalia externa normale, om der ses åbning i anus og der udføres undersøgelse for medfødt hofte luksation, se bilag 5. Endelig vurderes, om barnet synes at være født præmaturt eller dysmaturt.

Tidligere anbefalinger har indeholdt tilbud om lægeundersøgelse af barnet inden for en uge efter fødslen. En del fødesteder har valgt ikke at følge denne anbefaling og kun tilbyde lægeundersøgelse på indikation, typisk hvis jordemoderen finder eller mistænker noget abnormt. En systematisk litteratursøgning har ikke frembragt grundlag for fremover at anbefale rutinemæssig



Jordemoderen undersøger barnet for medfødt hofte luksation ved Ortolanis og Barlows test, se bilag 5.

lægeundersøgelse af tilsyneladende raske nyfødte. Tværtimod har flere studier vist, at specifik instruktion af undersøgeren er vigtigere for undersøgelsens kvalitet end undersøgerens uddannelsesmæssige baggrund. Sundhedsstyrelsen vurderer på den baggrund, at rutinemæssig lægeundersøgelse af alle raske nyfødte ikke kan anbefales.

Stetoskopi af hjerte og lunger samt undersøgelse af puls i femoralarterierne udgår således fra rutineundersøgelsen pga. meget lav sensitivitet for påvisning af hjertesygdom.

Anbefalinger vedr. undersøgelse af den nyfødte

- Jordemoderen undersøger barnet efter fødslen.
- Lægen undersøger den nyfødte på indikation.
- Fødeafdelingen udarbejder skriftlig vejledning i systematisk undersøgelse af det nyfødte barn, samt retningslinjer for henvisning af barnet til undersøgelse ved børnelæge. Det sikres, at jordemoderen i tvivlstilfælde eller ved abnorme fund kan henvise barnet til undersøgelse ved børnelæge eller anden relevant speciallæge.

14.2 Anmeldelse af fødslen m.v.

Jordemoderen foretager anmeldelse af fødslen og de øvrige indberetninger, som sundhedsmyndighederne kræver. Efter indhentet samtykke fra kvinden gives meddelelse om fødslen til den kommunale sundhedstjeneste (sundhedsplejersken).

14.3 Måling af navlesnors-pH

På mange store fødeafdelinger tages rutinemæssigt blodprøver til bestemmelse af pH-værdier og SBE (standard base excess) i navlesnorsarterien og -venen umiddelbart efter fødslen. Ved at sammenholde værdierne opnås viden om, hvorvidt barnet har været udsat for iltmangel under fødslen og i givet fald varigheden heraf. Hvis værdierne måles i forbindelse med alle fødsler, er hyppigheden af børn med lave pH-værdier en vægtig kvalitetsparameter for afdelingens behandling af fødende og fødselsovervågningen. Periodelvise ændringer i hyppigheden af lave pH-værdier er tegn på, at behandlingen af de fødende er ændret, og der er behov for en vurdering af de procedurer, der foretages på fødegangen. Sammen med Apgar-score er pH-værdien en vigtig parameter, som indgår i vurderingen af påvirkede nyfødtes behov for neonatologisk observation og behandling.

14.4 K-vitamin-indgift

Nyfødte har øget blødningsrisiko som følge af fysiologisk K-vitaminmangel. Herudover har visse lidelser hos barnet og bestemte typer medicin indtaget af moderen også betydning for barnets blødningstilbøjelighed. Der findes 3 typer af blødningssygdomme betinget af K-vitaminmangel hos nyfødte:

- En klassisk form med debut, når barnet er 2-7 dage. Sygdommen manifesterer sig især som tarmlødning eller blødning fra navlestedet
- En tidlig form med debut inden for de første 24 timer, oftest hos børn af mødre, der har taget medicin, som påvirker K-vitaminmetabolismen
- En sen form med debut efter den første uge og hyppigst i form af intrakranielle blødninger. Den sene form ses næsten kun hos ammede børn og især børn med malabsorption eller kronisk sygdom i lever eller galdeveje.

Blødningstilbøjeligheden kan forebygges med indgift af K-vitamin. Forebyggende K-vitamintilskud til nyfødte har været rutine i Danmark siden 1960. Det er veldokumenteret, at den mest effektive metode til at hindre blødning som følge af K-vitaminmangel hos spædbørn er at give 1 mg K-vitamin intramuskulært ved fødslen. Peroral indgift er kun effektiv under forudsætning af, at der gives gentagne doser i de første måneder.

Anbefaling vedr. K-vitamin-indgift

- Jordemoderen giver barnet 1 mg phytomenadion intramuskulært inden for de første par timer efter fødslen. Der er ikke behov for yderligere K-vitamin tilskud.

14.5 Biokemisk screening for medfødt sygdom hos nyfødte

Det er fødestedets ansvar, at der – med forældresamtykke og efter information – tages blodprøve fra den nyfødte til undersøgelse for medfødte sygdomme (filterpapir-blodprøve, “hælbloodprøven”).

Dette gælder også, såfremt mor og barn er udskrevet inden tidspunktet for prøvetagningen.

Blodprøven tages 48-72 timer efter fødslen (hos præmature gentaget svarende til 32 gestationsuger). Sundhedsstyrelsens meddelelse af 19. december 2008 til fødestederne mfl. om den biokemiske screening for medfødt sygdom hos nyfødte er optrykt i bilag 6, hvortil der henvises.

Blodprøvekortet ("PKU-kortet") skal efter de nye retningslinjer returneres til screeningslaboratoriet (Statens Serum Institut) også i tilfælde, hvor kvinden/parret afslår prøvetagning. Det er endvidere fortsat fødestedets ansvar at rykke for prøvesvar fra analyseinstansen, såfremt svar udebliver.

14.6 Hørescreening

Formålet med neonatal hørescreening er, at børn med høretab diagnosticeres tidligt. Behandling bør etableres, inden barnet er 6 måneder gammelt, idet der er nogen dokumentation for, at tidlig behandling gavner barnets sprog- og taleudvikling samt den sociale tilpasning. Det er fødestedets ansvar, at forældrene får tilbud om hørescreening efter forudgående information, herunder også om falsk positive resultater og det efterfølgende forløb, såfremt screeningsresultatet ikke er normalt.

De bedste resultater opnås ved at gennemføre hørescreening, når barnet er mindst 48 timer gammelt, idet man vil finde flere falsk positive screeningsresultater de første par dage efter fødslen.

Der henvises til *Sundhedsstyrelsens retningslinjer af 12. august 2004 for neonatal hørescreening*.

Anbefaling vedr. hørescreening

- Alle forældre får tilbud om hørescreening af den nyfødte efter forudgående information.

14.7 Hepatitis B-vaccination

Der er generel screening af gravide for hepatitis B virus infektion (HBV-infektion, se kapitel 10).

I forbindelse med fødslen kontrollerer jordmoderen informationer i vandrejournalen vedr. screeningen: dato og resultat af undersøgelsen, eller om denne evt. er fravalgt. Hvis det fremgår, at moderen har kronisk HBV-infektion, kan smitteoverførslen fra mor til barn forhindres, hvis der umiddelbart efter fødslen startes hepatitis B-vaccination og gives immunglobulin, og der efterfølgende gives 3 hepatitis B-vaccinationer hos egen læge, når barnet er 1, 2 og 12 måneder gammelt. Den initiale behandling kan dog gives i op til 48 timer efter fødslen. Fødestedet bør have rutiner, der sikrer, at hepatitis B-vaccine og

hepatitis B immunglobulin er på fødeafdelingen og, at praktiserende læge og sundhedsplejerske får besked om behovet for opfølgende vaccinationer.

Der henvises til *Vejledning om generel screening af gravide for hepatitis B virus infektion*. Sundhedsstyrelsen.

Anbefalinger vedr. hepatitis B-vaccination

- Nyfødte, der fødes af kvinder med kronisk HBV-infektion, gives en hepatitis B-vaccination og en injektion af hepatitis B immunglobulin, inden de forlader fødestuen.
- Der udfyldes vaccinationskort, og det indføres i barnets journal, at der er givet første hepatitis B-vaccination og hepatitis B immunglobulin.
- Der gives besked til sundhedsplejersken og den praktiserende læge.

14.8 RhD (rhesus) immunprofylakse

Ved fødslen tages en blodprøve bestående af navlesnorsblod både på nyfødte af RhD negative mødre og på nyfødte af mødre, der har fået påvist klinisk betydningsfulde irregulære blodtypeantistoffer. Nyfødte af RhD negative mødre undersøges for RhD type med henblik på RhD immunprofylakse af moderen, se afsnit 9.2.

Nyfødte af mødre med klinisk betydningsfulde irregulære blodtypeantistoffer undersøges for tilsvarende blodtype og forekomst af maternelt antistof på barnets blodlegemer (direkte antiglobulin test, tidligere kaldet Coombs' direkte prøve).

14.9 Børn med særlig risiko for udvikling af allergisk sygdom

Spædbørn, hvis forældre og/eller søskende har eller har haft flerårig, lægediagnosticeret, behandlingskrævende allergisk sygdom (astma, høfeber, børneeksem, fødevarerallergi), har en øget risiko for udvikling af allergisk sygdom (allergidisponerede børn).

Amning og/eller ernæring med højt hydrolyseret modermælkserstatning de første 4 måneder kan nedsætte risikoen for komælksallergi og børneeksem hos allergidisponerede børn under forudsætning af, at anden tilskudskost først introduceres efter 4-6-måneders-alderen.

Der er ikke dokumentation for, at diæt til den gravide eller ammende mor har allergiforebyggende effekt. Der er heller ikke dokumentation for, at amning eller diæt til spædbarnet efter 4-måneders-alderen har allergiforebyggende effekt.

Rygning i graviditeten og udsættelse for passiv rygning efter fødslen, øger risikoen for luftvejsymptomer hos barnet (infektioner, hvæsen (astmatisk bronkitis)) specielt i de første leveår. Se i øvrigt afsnit 6.5 om rygning. Hos allergidisponerede spædbørn synes denne risiko forøget.

Anbefalinger vedr. allergidisponerede spædbørn

- Ingen diæt til den gravide eller ammende mor.
- Den gravide eller ammende mor bør ikke ryge. Hverken mor eller barn bør udsættes for passiv rygning.
- Amning anbefales indtil mindst 6-måneders-alderen som til alle spædbørn
- I de første levedøgn gives vand eller højt hydrolyseret modermælkserstatning ved behov for væske ud over amning.
- Hvis amning ikke er mulig eller tilstrækkelig de første 4 levedøgn anbefales højt hydrolyseret modermælkserstatning. Efter 4-måneders-alderen kan almindelig komælksbaseret modermælkserstatning anvendes.
- Efter 4-måneders-alderen *ernæres allergidisponerede spædbørn fuldstændig som alle andre spædbørn* – uden specielle kostrestriktioner.

Der henvises til *Anbefalinger for spædbarnets ernæring*, Sundhedsstyrelsen.

14.10 Hypoglykæmi

Hypoglykæmi, specielt langvarig hypoglykæmi, kan medføre hjerneskade eller forsinket udvikling. Der kan ikke angives en fast grænse, men det tilstræbes ofte, at blodsukkeret (B-glukose) holdes på 2,5 mmol/l eller derover.

Børn med lav fødselsvægt for alderen har små glycogendepoter, mens børn med høj fødselsvægt for alderen har en øget glukoseomsætning pga. hyperinsulinisme.

Ved risiko for hypoglykæmi er det vigtigt, at barnet kommer hyppigt til brystet. Evt. tilskud gives efter amning. Se *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen.

Anbefalinger vedr. hypoglykæmi

Følgende nyfødte bør have kontrolleret blodsukker (optimalt 2 timer efter fødslen):

- Præmature børn
- Børn med asfyksi
- Børn af mødre med diabetes eller patologisk glukosebelastning
- Store børn med fødselsvægt > 4500 gram.

14.11 Gulsot (icterus neonatorum)

Gulsot (icterus neonatorum) hos nyfødte er et normalt fysiologisk fænomen, der ses hos op mod halvdelen af alle nyfødte. De fleste tilfælde er godartede og selvlimiterende, men bilirubin er neurotoksisk, og meget høj bilirubinkoncentration kan medføre bilirubinecephalopati/kernicterus (hjerneskade). Behandling med fototerapi har medført, at død eller mental retardering som følge af kernicterus er yderst sjælden.

Årligt har ca. 1.000 børn forlænget icterus. Blandt disse 1.000 børn findes de få tilfælde af galdevejsatresi. Hos 4-6 spædbørn årligt er gulsot symptom på galdevejsatresi, som udvikles prænalt og inden for de første 3 levemåneder. Det er vigtigt, at spædbørn med galdevejsatresi opspores og henvises så tidligt som muligt, optimalt i 3. leveuge, da der er erfaring for forringet resultat ved operation efter den 8. leveuge, se nedenfor.

Nedenstående 3 situationer kan være tegn på en behandlingskrævende tilstand og nødvendiggøre nærmere undersøgelse af barnet.

14.11.1 Synlig icterus inden for de første 24 timer

Barnet henvises akut til børneafdeling. Årsagen er ofte hæmolyse. Moderens blod undersøges for irregulære antistoffer, og barnets undersøges med direkte antiglobulin test. Andre hæmolytiske sygdomme overvejes, specielt glukose-6-fosfat dehydrogenasemangel. Ved påvirket almentilstand overvejes sepsis og galaktosæmi.

14.11.2 Høj serum-bilirubin i 1. eller 2. leveuge

Også fysiologisk icterus kan nå et neurotoksisk niveau. Serum-bilirubin når sædvanligvis sit højeste niveau mod slutningen af første leveuge, på et tidspunkt hvor barnet normalt er udskrevet. Inden udskrivelsen opfordres forældrene til at henvende sig til fødestedet ved synlig gulsot. Barnet vurderes her af en fagperson. Denne tager stilling til måling af bilirubin med transcutan måling eller blodprøve og vurderer herefter, om der er behov for behandling

eller kontrol 1-2 dage senere. Behandling af ukompliceret gulsot med fototerapi kan varetages på en børneafdeling eller barselsgang.

Sløvhed er første symptom på toksisk påvirkning af hjernen. Der bør være ekstra opmærksomhed, hvis barnet er sløvt, men behandlingskrævende hyperbilirubinæmi kan foreligge, uden at barnet er sløvt.

14.11.3 Synlig gulsot efter 14. levedøgn

Dette skyldes oftest enten såkaldt brystmælksicterus – som er et benigt fænomen, der svinder spontant – eller præmatur fødsel. I sjældne tilfælde er det første symptom på alvorlig leversygdom eller metabolisk sygdom.

Børn med synlig gulsot i 3. leveuge skal – *uanset god trivsel og fravær af andre tegn på sygdom* – have foretaget måling af konjugeret bilirubin. Hvis værdien er forhøjet, henvises barnet til pædiatrisk afdeling, hvor der inden 3 dage skal foretages galdevejsscintigrafi med henblik på påvisning af galdeudskillelse. Dersom der ikke kan påvises galdeudskillelse, henvises barnet til Rigshospitalet med henblik på undersøgelse for galdevejsatresi.

Der henvises til *Anbefalinger vedrørende opsporing af galdevejsatresi*, Sundhedsstyrelsen.

Anbefalinger vedr. gulsot

Gulsot hos nyfødte er oftest benign og svinder spontant, men 3 situationer nødvendiggør nærmere undersøgelse:

- Ved synlig icterus inden for de første 24 timer henvises barnet akut til pædiatrisk afdeling
- Ved svær icterus i de første 1-2 leveuger måles bilirubinniveauet. Der bør være særlig opmærksomhed, hvis barnet er sløvt.
- Ved synlig icterus efter 14. levedøgn måles konjugeret bilirubin. Ved forhøjet værdi henvises barnet akut (senest næste dag) til pædiatrisk afdeling.

14.12 Genoplivning af nyfødte – instruks, træning og ansvar

På ethvert fødested skal personalet have skriftlig instruks om organisatoriske og praktiske forhold vedr. genoplivning af asfyktiske børn. På enhver fødestue skal der være umiddelbar adgang til genoplivningsbord med varmelampe, observationslys, stopur, ilt, sug og udstyr til manuel ventilation. Udstyr og utensilier til medikamentel genoplivning, intubation, nøddrænage af pneumothorax, etablering af intravenøs adgang og væskebehandling skal nemt kunne tilvejebringes.

Alle klinisk ansatte på fødeafsnit samt svangre-, barsels- og neonatalafsnit skal kunne indlede basal genoplivning af nyfødte. Obstetrikere, anæstesiologer og pædiatere – dvs. læger, der varetager den umiddelbare, akutte behandling af alvorligt syge nyfødte – skal kunne indlede avanceret genoplivning. Disse kompetencer skal være dokumenteret til stede senest 1. arbejdsdag, hvor pågældende selvstændigt varetager sin funktion. Simulatortræning, træning i teamwork m.v. kan anbefales.

Der henvises til *Vejledning om udfærdigelse af instrukser*, Sundhedsstyrelsen.

15. Barselsperioden

I barselsperioden fortsætter det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med henblik på at styrke parrets forældrekompetencer. Indsatsen tager udgangspunkt i den enkelte families behov og ressourcer med henblik på sundhed, tryghed og trivsel for barn og forældre. Informationen til forældrene må være sammenhængende og tage udgangspunkt i den enkelte families sundhedsforståelse og -adfærd.

Formålet med sundhedsvæsenets indsats i barselsperioden er dels at observere mor og barns tilstand, understøtte etableringen af amning eller anden ernæring og følge barnets vækst, dels at styrke og støtte forældrene i omsorgen for deres barn i de første dage og uger efter fødslen.

Behandling af sygdom hos mor eller barn varetages af en specialafdeling og fødestedets indsats koordineres med primærsektoren, især hvis mor og barn ikke udskrives samtidigt.

Dette kapitel dækker de første to uger efter fødslen. Undersøgelsen af mor hos den praktiserende læge 8 uger efter fødslen er beskrevet i afsnit 4.6. Den forebyggende børneundersøgelse ved 5 uger er beskrevet i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge*, Sundhedsstyrelsen 2011.

15.1 Barselsperiodens vigtigste elementer

Barselsperioden er en ganske særlig livsfase for moderen, den nyfødte og den øvrige nære familie. Det er en overgangsperiode præget af store forandringer både fysiologisk, følelsesmæssigt og socialt.

De vigtigste elementer i denne periode er barnets trivsel og sundhed, herunder etablering af amning eller anden ernæring samt spædbarnspleje, moderens fysiske restitution, familiedannelsen og forældrenes psykiske velbefindende.

15.1.1 Barnets trivsel og sundhed efter fødslen

Starten på en velfungerende amning er blandt andet afhængig af, at barnet bliver ammet efter dets behov og parathed, at det får tæt og uforstyrret kontakt hud mod hud inden for den første time, og at forældrene er informeret om barnets tidlige tegn på suttelyst/sult. De fleste børn vil, hvis de ikke forstyrres, die ved brystet mellem 5 og 70 minutter efter fødslen. Læs mere i afsnit 13.4 og 15.1.4 og i *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen.



På barselsafdelingen er der mulighed for at fortsætte det sundhedsfremmende arbejde og styrke forældrenes kompetencer. Forældrene kan udveksle tanker og oplevelser i forbindelse med den netop overståede fødsel samt deres forventninger til fremtiden.

Forældrene støttes i at udvikle deres samspil med barnet og i at lære at tolke barnets signaler og udvikle deres evne til at imødekomme barnets behov for mad, kontakt, tryghed, stimulation, søvn m.v. Forældrene informeres desuden om trivselstegn, navlepleje, hudpleje, afføringsmønster, vandladning, gråd, søvn, gulsot og forebyggelse af vuggedød.

Fysiologisk gennemgår barnet en dramatisk omstilling ved fødslen og de følgende dage. Eventuelle respiratoriske og cirkulatoriske problemer vil ofte være synlige inden for de første 12 timer. Andre problemer – som fx nedsat mælkeindtag dersom moderens mælkedannelse er forsinket, medfødt bakteriel infektion, svær gulsot, symptomer på ductusafhængig hjertesygdom eller obstruktion i mave-tarm-kanalen – kan først observeres i de første levedøgn.

Inden udskrivelsen skal forældrene oplyses om, hvilke observationer og sygdomstegn hos barnet der kræver henvendelse til fødestedet, herunder fx manglende eller sparsom vandladning og afføring samt tegn på infektion i navle eller hud.

15.1.2 Mors fysiske restitution, og mor og fars psykiske (vel)befindende

En fødsel er, uanset varighed og udfald, en stor fysisk og psykisk udfordring for de fleste kvinder, og tiden efter fødslen er for moderen præget af store omstillinger.

Barselsperioden kan være præget af såvel styrkefølelse som træthed; og af glæde såvel som af gråd. Både den vaginale fødsel og kejsersnittet har – oftest forbigående – indvirkning på kvindens vandladnings- og afføringsmønster, ligesom der kan være sårmerter, efterveer og andre fysiske gener.

Kvinden informeres og vejledes om vandladning, blødning, kost og søvn. Hun informeres om, hvordan hun skal forholde sig ved symptomer som voldsom/vedvarende blødning, smerter, feber eller hovedpine – symptomer, som kan være tegn på alvorlig sygdom. Ved behov vejledes og rådgives kvinden om smerter og gener fra bristning, klip eller sphincterruptur samt hæmorerider. Genoptræning af bækkenbunden og gavnlighed af efterfødselsgymnastik kan drøftes.

Alle mødre, men især flergangsfødende, kan have kraftige efterveer med behov for lettere smertelindrende medicin, ligesom nogle kvinder har brug for smertestillende medicin for smerter på grund af syning i mellemkødet. Blødningen kan i barselsperioden variere i mængde og opleves forskelligt fra kvinde til kvinde, men skal være aftagende fra dag til dag. Omkring hver anden kvinde oplever humørsvingninger i barselsperioden, og kvinden kan et par dage efter fødslen føle sig trist, urolig, nervøs, træt, irriteret og have let til tårer.

Psykiske reaktioner på at være blevet forældre drøftes med kvinden/parret, og der tilbydes evt. vejledning om prævention og genoptagelse af seksuallivet.

15.1.3 Familiedannelse

At blive forældre, særligt første gang, er en af de største begivenheder, man oplever i livet. Familiedannelsen er en psykologisk proces, hvor forældrene blandt andet skal lære barnet og dets helt basale behov at kende – mad, søvn, trøst og kærlighed – samtidig med, at de skal lære nyt om hinanden i nye roller og relationer.

For begge forældre er tiden efter fødslen præget af omstilling, og begge bør tilbydes rådgivning vedr. omsorg for og pleje af deres nyfødte barn. Forældrene kan have individuelle behov for rådgivning og vejledning, og dette må personalet søge at afdække og imødekomme.

Familiedannelsen får de bedste betingelser, hvis forældrene og barnet har mulighed for at forblive sammen umiddelbart efter fødslen. Det er særlig vigtigt, at moderen og det nyfødte barn ikke adskilles – et princip, der i videst muligt omfang også bør opretholdes ved for tidlig fødsel eller sygdom hos barnet.

Faderen bør have mulighed for tilstedeværelse under barselsindlæggelse.

Netværket spiller en afgørende rolle for forældrenes valg og for deres mulighed for at gennemføre deres valg. Sundhedspersonalet bør derfor støtte forældrene i at bruge deres netværk i den udstrækning, de kan få den nødvendige omsorg og støtte i barselsperioden.

15.1.4 Barnets ernæring

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det spæde barn udelukkende ernæres med modermælk de første ca. 6 måneder. En velfungerende amning er blandt andet afhængig af, at indsatsen fra sundhedspersonalet tager udgangspunkt i moderens ønsker og den enkelte families situation, og at den styrker forældrenes selvtillid. Vejledningen skal gives i overensstemmelse med den nyeste viden, så forældrene kan træffe de valg, der er rigtige for dem. Vejledningen bør være fagligt ensartet uanset hvilken faggruppe, der giver den og altid i henhold til gældende udgave af *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen.

Kvinder, der ikke kan eller ønsker at amme, støttes i deres valg og tilbydes støtte, information og hjælp til at ernære barnet med modermælkestatning. Faderen involveres, så meget parret ønsker, og begge vejledes om betydningen af hud mod hud-kontakt.

Hvis det på grund af medicinske, psykiske og/eller sociale årsager er aktuelt at drøfte, hvorvidt amning tilrådes eller frarådes, bør der tages stilling ud fra kvindens/familiens samlede situation. Dette sker bedst inden fødslen, og beslutningen føres ind i journalen.

Forhold, der kræver særlig opmærksomhed ved etablering af amning

En række forhold hos mor og/eller barn kan øge risikoen for problemer med etablering af amning på grund af forsinket mælkedannelse eller sutteproblemer. Nedenfor følger en kort oversigt over disse forhold. For uddybende læsning henvises til *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen. I nedenstående tilfælde bør sundhedspersonalet have særlig opmærksomhed på amningens forløb og barnets trivsel og tilbyde hyppige kontakter og ekstra støtte til moderen. Der kan være behov for kort indlæggelse på barselsafsnit.

- Forsinket mælkedannelse (> 72 timer) ses blandt andet hos førstegangsfødende, hos overvægtige, ved for tidlig fødsel og efter kejsersnit. Erfaringsmæssigt kan et stort blodtab efter fødslen have negativ effekt på mælkeproduktionen.
- Brystopererede kvinder kan have svært ved at etablere en fuld amning. Hvis moderen har en spiseforstyrrelse (se afsnit 5.4.2), en belastningsreaktion eller fødselsdepression, kan det ligeledes give vanskeligheder med etablering og opretholdelse af amning.

- Sutteproblemer på grund af svage suttereflekser, utilstrækkelige sutteevner eller hurtig udtrætning ses hos præmature, syge nyfødte, børn med gulsot, læbe-ganespalte, hjertefejl, Down syndrom eller andre handicaps.
- Børn født mellem gestationsuge 34 og 38 har ofte vanskeligt ved at die tilstrækkeligt, og mødrene har brug for særlig hjælp til amningen, se afsnit om sene præmature i *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*.

En række indgreb og komplikationer under fødslen kan påvirke barnets evner til at sutte de første timer eller dage efter fødslen. Det gælder fx:

- smertelindrende behandling af moderen
- langvarigt fødselsforløb
- forløsning med kop eller kejsersnit
- sugning efter fødslen

Sundhedspersonalet bør – både under graviditeten og i barselsperioden – have særlig opmærksomhed på:

- kvinder, der tidligere har haft problemer med at amme eller som er usikre på egne evner til at amme
- kvinder med kort skolegang
- rygere
- kvinder med anden etnisk baggrund (som ofte ammer i kortere tid end andre kvinder)
- kvinder/familier med særlige behov, se kapitel 5.

15.2 Sundhedsvæsenets opgaver i barselsperioden

Den gennemsnitlige varighed af barselindlæggelsen er faldet støt gennem de senere år. Denne tendens ses også internationalt og forventes at fortsætte. Det er nu blevet rutine at udskrive flergangsfødende med ukomplicerede forløb få timer efter fødslen, mens førstegangsfødende de fleste steder tilbydes mindst 1-2 overnatninger.

En stor andel af fødende udskrives således, inden mælken er løbet til og amningen er etableret, inden evt. gulsot hos barnet har udviklet sig, og førend barnet er kommet i trivsel. Den første uges tid efter fødslen er en kritisk overgangsperiode for både mor og barn. Det er vigtigt at opspore risiko for dehydrering og opdage tidlig udvikling af gulsot, før nyfødte bliver dehydreret, og før gulsot når et alvorligt niveau. Uanset om mor og barn er hjemme eller indlagt de første dage efter fødslen, er der behov for regelmæssig opfølgning på mor og barns tilstand, støtte til etablering af amning (se afsnit 15.1.4) og rådgivning efter behov.

Behov for fleksibelt samarbejde på tværs af sektorer

I den første sårbare tid er der behov for, at samarbejdet mellem det kommunale og regionale sundhedsvæsen er fleksibelt og tager udgangspunkt i familiens behov og barnets trivsel. Det faglige ansvar påhviler den enkelte autoriserede sundhedsperson i den konkrete vurdering og vejledning, men udgangspunktet for et velfungerende barselsforløb er et fælles ansvar for, at familien får de tilbud, de har behov for.

Anbefalinger for organisering og ansvarsfordeling mellem region og kommune er beskrevet i kapitel 3.

15.2.1 Forudsætninger for udskrivelse af mor og barn

Indlæggelseslængden aftales med moderen efter en fælles, individuelt tilrettelagt vurdering af hende og barnet under hensyntagen til efterfødselsplanen udarbejdet i graviditeten jf. afsnit 4.4.3. Det inkluderer vurdering af mors fysiske og psykiske helbredstilstand efter fødslen, barnets helbredstilstand og stabilitet, forældrenes evner og tillid til at kunne varetage barnets behov. En væsentlig forudsætning for tidlig udskrivelse er, at forældrene er velforberejdede på den første tid hjemme, blandt andet gennem fødsels- og forældreforberedelse i graviditeten, som beskrevet i kapitel 12. Dette er særligt vigtigt for førstegangsfødende. Ydermere kræver tidlig udskrivelse, at forældrene har adgang til et tilstrækkeligt netværk og støtte efter hjemkomst, herunder fars aktive deltagelse samt uhindret adgang til relevant opfølgning i såvel primær som sekundær sektor i henhold til skemaet sidst i kapitlet.

Fødestedet bør udarbejde retningslinjer for, hvilke forhold hos mor og barn der medfører tilbud om indlæggelse.

Kort efter fødslen skal efterfødselsplanen derfor drøftes med forældrene med henblik på evt. revision betinget af fødselsforløbet samt mors og barns tilstand. Ved opdateringen af efterfødselsplanen og tilrettelæggelsen af indsatsen i barselsperioden indgår en vurdering af, om der er forhold, som øger risikoen for problemer med etablering af amning, jf. afsnit 15.1.4.

Et resume af fødsels- og barselsforløbet bør indgå i epikrisen til egen læge samt til den kommunale sundhedstjeneste.

Tidspunkt for udskrivelse

Såfremt forløbet har været ukompliceret, og familien er velforberejdet og ressourcestærk med et godt netværk, og der er et tilstrækkeligt tilbud i region og kommune, som beskrevet i skemaet sidst i kapitlet, kan barselsperioden forløbe i hjemmet.

Inden mor og barn kan udskrives fra fødestedet/ barselgang eller barselhotel efter kort indlæggelsestid skal en række konkrete forudsætninger være op-

fyldt med henblik på at forebygge genindlæggelser som følge af obstetriske komplikationer, gulsot, dehydrering og ernæringsproblemer i de første uger efter fødslen.

- Mor skal være rask og velbefindende og forældrene skal være trygge ved udskrivelse.
- Barnet skal være raskt og stabilt.
- Barnet skal have været lagt til og diet effektivt.
- Jordemoderen/sygeplejersken bør have overværet mindst én amning for at vurdere, om barnet dier optimalt.
- Forældrene skal være velforberedte på den første tid hjemme, blandt andet gennem fødsels- og forældreforberedelse.
- Forældrene skal have kendskab til, hvor ofte et nyfødt barn skal have mad samt det normale vandladnings- og afføringsmønster i de første dage og uger efter fødslen.
- Der skal være tilbud om strukturerede kontakter fra sundhedsvæsenet de første 2 uger efter fødslen samt mulighed for akut henvendelse døgnet rundt i 7 dage efter fødslen, jf. afsnit 15.2.2 og 15.2.3.
- Familien bør ikke udskrives til hjemmet om natten, med mindre forældrene ønsker dette. Det er vigtigt at understrege, at tilbuddet om opringing eller hjemmebesøg efter fødslen ikke falder bort, fordi hjemrejsen er rykket nogle timer.

Der skal være særlig opmærksomhed på mødre, som ikke ønsker at blive udskrevet, selvom alle forhold taler for udskrivelse, idet der er større risiko for komplikationer for disse kvinder. Sundhedspersonalet må tale med kvinden/parret om baggrunden for dette, således at problematiske forhold er afdækket inden udskrivelse. Se også afsnit 5.6.

Førstegangsfødende

Når det drejer sig om førstegangsfødende, må fødestedet have særlig opmærksomhed på forældrenes erfaringsniveau og i samarbejde med forældrene tilrettelægge forløb og vejledning, der tilgodeser dette forhold. Nogle nybagte forældre står for første gang med et spædbarn i armene, når de får deres første barn. Det betyder, at førstegangsførelse kan have sværere ved at vurdere, om en tilstand eller et symptom hos barnet er normalt eller unormalt, hvordan en navle heler op, hvor meget en nyfødt sover, græder osv. En førstegangsfødende kan også have svært ved at bedømme, om hun bløder normalt efter fødslen, har normalt ondt, har passende brystspænding osv.. Det er en stor omvæltning at blive forældre første gang, og det fordrer en betydelig omstillingsproces at gå fra at være et par til at blive forældre, jf. afsnit 15.1.3. Førstegangsførelse er mere usikre og har ofte mange spørgsmål vedrørende barnet og forløbet efter fødslen.

Førstegangsfødende har – i forhold til flergangsfødende – en større risiko for komplikationer såsom bristninger under fødslen, blødninger, vandladningsproblemer og infektioner.

Præeklampsi ses hyppigere hos førstegangsfødende. 15-20 % af tilfældene debuterer efter fødslen. Risikofaktorerne er velbeskrevne og bør indgå i vurderingen af evt. tidlig udskrivelse.

Vellykket amning opnås i et samspil mellem mor og barn i en læreproces, hvor der især er behov for støtte, når det er første barn. Førstegangsfødende har hyppigere startvanskeligheder og senere mælkedannelse, jf. afsnit 15.1.4. Førstegangsfødende ammer generelt kortere tid end flergangsfødende.

Førstegangsfødende har således et særligt behov for observation og vejledning i den første tid efter fødslen. Den nuværende praksis på de fleste fødesteder med tilbud om barselsophold i mindst 2 døgn efter fødslen synes at kunne imødekomme dette behov. Ambulant fødsel med udskrivelse få timer efter fødslen bør kun forekomme, hvis den førstegangsfødende selv ønsker det, og der er et tilbud om tæt støtte i hjemmet, samt hvis ovenstående forudsætninger for udskrivelse er opfyldte.

Flergangsfødende kvinder, der tidligere har haft problemer med amning, har også behov for støtte for at amningen af det næste barn kan blive vellykket.

15.2.2 Opgaver på fødestedet

Personalet på fødestedet har følgende opgaver:

- At opdatere efterfødselsplanen
- At varetage pleje, observation og evt. behandling af mor og barn under indlæggelsen
- At understøtte etablering af amning eller af anden ernæring
- At støtte forældrenes kompetencer i at varetage omsorgen for det nyfødte barn
- At give forældrene information om og tilbyde iværksættelse af screeningsprogrammer:
- Hørescreening, biokemisk neonatal screening inkl. PKU, hepatitisvaccination m.m., jf. kapitel 14
- At tilbyde og iværksætte RhD profylakse til mødre med RhD negativ blodtype, se afsnit 9.2.
- At gennemføre efterfødselssamtale ved jordemoder.

I forbindelse med udskrivelsen har fødestedets personale følgende opgaver:

- At orientere den kommunale sundhedstjeneste om barnets fødsel inden for et døgn pr. edifact, e-mail eller telefon, efter aftale med forældrene.

I orienteringen bør fremgå hvornår hun forventes udskrevet. Såfremt kvinden ikke ønsker besøg af sundhedsplejerske, orienteres den praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste herom efter aftale med forældrene.

- At formidle de nødvendige informationer, som gør familien i stand til at kunne identificere tilstande hos mor og barn, der kræver kontakt med professionelle for vurdering, rådgivning og vejledning i barselsperioden
- At oplyse forældrene om, hvorledes de kan henvende sig til fødestedet ved behov for hjælp eller rådgivning i den første uge efter udskrivelsen
- At orientere om tilbud fra jordemoder, sundhedsplejerske og praktiserende læge i den første tid hjemme
- At koordinere jordemoderens og sundhedsplejerskens kontakt med familien efter hjemkomsten.
- At sikre at epikrisen indeholder oplysninger, der er relevante for den praktiserende læge, således at opmærksomheden på særlige behov hos familien skærpes.

15.2.3 Basistilbud på fødestedet

Åben rådgivning op til 7 dage efter udskrivelsen

Efter udskrivelsen skal forældrene have mulighed for at henvende sig telefonisk og personligt til fødestedet døgnet rundt ved behov for hjælp eller rådgivning op til 7 dage efter udskrivelsen (eller indtil sundhedsplejersken har været på første besøg, såfremt dette finder sted senere end 7 dage efter fødslen).

Dagen efter fødslen

Fleregangsfødende

Hvis familien er udskrevet, kontakter jordemoderen/sygeplejersken familien dagen efter fødslen med henblik på at tilbyde råd og vejledning efter behov og – på baggrund af mors oplysninger – vurdere barnets og moderens tilstand. Ved problemer vurderer personalet, hvorvidt mor og barn skal tilbydes genindlæggelse, konsultation i ambulatorium eller hjemmebesøg af jordemoder.

Førstegangsfødende og hjemmefødsler

Til førstegangsfødende, som udskrives indenfor 24 timer, og til kvinder, som har født hjemme, tilbydes besøg i hjemmet af jordemoder. Såfremt jordemoderen vurderer, at der er særlige behov af sundhedsplejefaglig karakter, skal hun kontakte sundhedsplejersken med henblik på evt. tidligere besøg end 4.-5.-dagen.

Formålet med kontakten er blandt andet at vurdere, om amning eller anden ernæring er etableret, om barnet har vandladning og afføring svarende til alderen, om barnet er sløvt, om moderens fysiske restitution forløber normalt, og om familien befinder sig godt psykisk.

2.-3.-dagen efter fødslen

Uanset om familien er indlagt eller udskrevet tilbydes alle forældre og nyfødte en konsultation i barnets 3. levedøgn (48-72 timer efter fødslen). Formålet er at følge op på mor og barns tilstand efter fødslen og tilbyde screeningsundersøgelser af barnet.

Konsultationen, som varetages af jordemoder, kan foregå på fødestedet, i en decentral jordemoderkonsultation eller i hjemmet efter regionens beslutning.

Samtalen

Samtalen omfatter drøftelse af barnets tilstand og ernæring, herunder vurdering af om amningen er veletableret, drøftelse af mors fysiske tilstand, herunder blødning og lökkier, efterveer, eventuelle smerter efter bristninger i mellemkødet og behov for smertestillende medicin. Endvidere drøftes mor og fars psykiske tilstand, fødselsforløb og forældrenes oplevelse af denne. Jordemoderen vurderer sammen med forældrene, hvorvidt denne korte drøftelse af fødslen er tilstrækkelig eller om der er behov for en uddybende efterfødselsamtale (se afsnit 15.4). I givet fald aftales tid til dette med fødejordemoderen og evt. fødselslægen.

Klinisk opfølgning af mor:

- Opfølgning på RhD profylakse
- Opfølgning på hepatitis status
- Tilbud om at efterse bristninger. Ved problemer med opheling eller inkontinens henvises til speciallæge
- Vejledning om genoptagelse af samliv og antikonception.

Klinisk opfølgning af barnet:

- Neonatal biokemisk screening (såkaldt PKU-prøve)
- Hørescreening af barnet
- Vurdering af barnets tilstand, herunder vandladning, afføring, hydreringsgrad og gulsot
- Evt. transkutan måling af bilirubin eller blodprøve.

Såfremt der ved denne konsultation viser sig at være vanskeligheder, der kræver kortere observation eller mere omfattende vejledning – som fx ammeproblemer eller psykiske problemer hos mor – anbefales det, at fødestedet tilbyder dette umiddelbart i forlængelse af konsultationen. Såfremt familien ikke ønsker indlæggelse på fødestedet, skal personalet på fødestedet, efter aftale med familien, kontakte sundhedsplejersken med henblik på at orientere om problemerne, således at hun kan planlægge barselsbesøget i forhold til de vanskeligheder, der er. Endvidere afklares med familien hvorvidt kontakten på 4.-5.-dagen skal varetages i hjemmet af sundhedsplejersken eller i fødestedets regi. Fødestedet har ansvar for at informere sundhedsplejen herom, således at sundhedsplejersken ikke besøger familien forgæves.

4.-5.-dagen efter fødslen

Som anført i afsnit 15.2.4 tilbyder sundhedsplejersken at aflægge et tidligt hjemmebesøg på 4.-5.-dagen, hvis familien er udskrevet indenfor 72 timer efter fødslen og efter hjemmefødsler.

Såfremt man under konsultationen på 2.-3.-dagen finder forhold, der sundhedsfagligt varetages bedst på fødestedet, kan kontakten på 4.-5.-dagen finde sted der. Kontakten varetages da af jordemoder eller sygeplejerske, og fødestedet orienterer den kommunale sundhedstjeneste om dette. Det kan være forhold, som kræver kortere observation eller intervention på fødestedet, som fx for stort vægttab hos barnet (> 10 %), gulsot, dårlig sutte teknik, vurdering af kort tungebånd og evt. klip af dette, brystbetændelse og amme problemer, som kræver observation af flere på hinanden følgende amninger for bedre ammeteknik.

Når mor og barn udskrives, orienterer fødestedet den kommunale sundhedstjeneste om evt. behandling og vejledning, så relevant opfølgning kan finde sted i hjemmet og i almen praksis.

15.2.4 Sundhedsplejerskens opgaver

Efter udskrivelse fra føde- eller barselgang tilbyder den kommunale sundhedstjeneste besøg i hjemmet.

Tidligt hjemmebesøg 4-5 dage efter fødslen

Såfremt familien er udskrevet indenfor 72 timer efter fødslen og efter hjemmefødsler, tilbyder sundhedsplejersken at aflægge et tidligt hjemmebesøg på 4.-5.-dagen efter fødslen. Formålet er at føre tilsyn med barnets trivsel i den første tid efter fødslen og dermed bidrage til at undgå genindlæggelse pga. dehydrering og/eller ernæringsproblemer, gulsot og brystbetændelse hos moderen. Såfremt særlige forhold taler herfor (se ovenstående) og efter aftale med forældrene, kan det tidlige hjemmebesøg erstattes af konsultation på fødestedet hos jordemoder eller sygeplejerske. Jordemoderen koordinerer dette med udgangspunkt i familiens behov på 2.-3.-dagen.

Ved det første tidlige besøg fokuserer sundhedsplejersken på barnets trivsel, amning, evt. icterus samt familiedannelse. Sundhedsplejersken vurderer, om amning eller anden ernæring er sufficient og vejleder ved behov om ammeteknik samt drøfter partnerens rolle. Der bør være særlig fokus på information om og støtte til, at forældrene kan identificere barnets behov for mad, trøst, omsorg og kærlighed. Ved enhver kontakt bør sundhedsplejersken være opmærksom på familiens psykiske velbefindende og relationen mellem forældre og barn.

Der skal være særlig opmærksomhed på mødre i risiko for problemer med etablering af amning, som beskrevet i afsnit 15.1.4.

Der henvises i øvrigt til *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse*, Sundhedsstyrelsen 2011 og *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*. Sundhedsstyrelsen 2013.

Såfremt sundhedsplejersken på det tidlige hjemmebesøg skønner, at der er behov for en vurdering af mors eller barnets tilstand på sygehuset, har forældrene mulighed for at henvende sig til fødestedet inden for den første uge efter fødslen. Såfremt sundhedsplejersken skønner, at det er problemer, der ikke kræver vurdering af fødestedet, aftaler sundhedsplejersken et behovsbesøg for opfølgning.

Etableringsbesøget

Hvis der ikke har været et hjemmebesøg på 4.-5. dag, aflægges etableringsbesøget senest 7 dage efter udskrivelsen i henhold til *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge*, Sundhedsstyrelsen 2011.

Hvis familien har fået et hjemmebesøg på 4.-5.-dagen, fastsættes tidspunktet for etableringsbesøget ud fra en faglig vurdering og familiens ønsker og behov, dog senest når barnet er 14 dage gammelt.

Såfremt familien udskrives fra fødestedet med særlige behov for støtte og rådgivning, tilbyder den kommunale sundhedstjeneste efter henvisning fra fødestedet besøg i henhold til bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 § 12. Ved problemer af ikke-sundhedsplejefaglig karakter i barselsperioden henviser sundhedsplejersken så tidligt som muligt til fødested, praktiserende læge, socialforvaltning eller andre relevante samarbejdsparter.

15.2.5 Den praktiserende læges opgaver

Det er den praktiserende læges opgaver:

- At undersøge barnet ved akutte henvendelser om helbredsmæssige eller trivselsmæssige problemer samt behandle og rådgive familien ud fra en lægefaglig vurdering
- At undersøge barnet 5 uger efter fødslen – jf. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge*, Sundhedsstyrelsen 2011
- At varetage 8-ugers-undersøgelsen af kvinden, som beskrevet i kapitel 4
- At være opmærksom på, om moderen udvikler tegn på postpartum thyreoiditis
- At være opmærksom på, om en af forældrene udvikler tegn på fødselsdepression og ved behov støtte parret i at etablere kontakt til fødestedet til afklaring af tvivl eller uklarheder vedrørende graviditet, fødsel og barselsforløbet

- At drøfte antikonception og evt. kommende graviditeter
- At deltage i tværfaglige konferencer vedrørende mødre med særlig psykosociale problemstillinger.

Den praktiserende læge bør være særlig opmærksom på brystbetændelse, infektioner på brystvorterne (svamp og bakterier), evt. stramt tungebånd og trivselsproblemer, som skyldes patologiske forhold. Det anbefales, at den praktiserende læge henviser til sundhedsplejersken ved problemer, som kan skyldes uhensigtsmæssig ammeteknik eller andre forhold, der ikke er af lægefaglig karakter.

Den praktiserende læge skal endvidere være særlig opmærksom på kvinder/familier med særlige behov, som er fulgt tæt gennem graviditeten.

15.3 Komplicerede barselsforløb

Der vil være mødre og/eller nyfødte, der på grund af fysiske, psykiske eller sociale omstændigheder har behov for en særlig sundhedsfaglig indsats i barselsperiode. Det skal bemærkes, at forekomsten af komplikationer er hyppigere hos førstegangsfødende.

For moderen kan det blandt andet dreje sig om:

- et traumatisk eller langt fødselsforløb, herunder sphincterruptur
- flerfoldsfødsel
- forløsning ved cup eller sectio, hvor der har været komplikationer
- stor blødning >1000 ml
- behov for anæstesi og operativt indgreb efter fødslen, fx fastsiddende placenta
- præeklamsi eller hypertension
- febrile tilstande, tidligere gruppe B streptokokinfektion eller langvarig vandafgang
- gestationel diabetes eller anden behandlingskrævende medicinsk lidelse i svangerskabet
- psykisk sygdom under graviditet og efter fødslen, fx depression, angst og tvangstanker efter fødslen og puerperal psykose
- tidligere ammeforløb kortere end 5-6 uger
- tidlig fødsel af et barn med hastigt indsættende gulsot.

Desuden kan det dreje sig om forældre med psykiske og/eller sociale problemstillinger, som beskrevet i kapitel 5.

For barnet kan det blandt andet dreje sig om:

- for tidlig fødsel (før fulde 37 uger)
- væksthæmning / dysmaturitet
- misdannelser
- hvis en fosterdiagnostisk undersøgelse har rejst mistanke om sygdom hos barnet
- hypoglykæmi
- asfyksi.

Sene præmature børn (34-36 fulde uger) frembyder særlige problemstillinger i forbindelse med amning, fordi de ikke er færdigudviklede. Mødrene har derfor behov for ekstra støtte og rådgivning for at få etableret amningen, se *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen.

I tilfælde, hvor kvinden har haft et kompliceret fødselsforløb, eller hvor der opstår patologiske tilstande i barselsperioden, bør kvinden og hendes partner have råd og vejledning om de specifikke komplikationer. Ved komplicerede forløb informerer personalet på fødestedet primærsektoren (sundhedsplejersken og den praktiserende læge) om moderens/barnets særlige problemstillinger efter aftale med moderen/forældrene.

15.4 Efterfødselssamtale

Brugerundersøgelser har vist, at en efterfødselssamtale med jordemoder efterspørges af kvinderne, og at den øger tilfredsheden med forløbet. Forskning peger på, at en kort jordemoderledet intervention reducerer traumesymptomer, depression og stress.

Alle familier tilbydes ved konsultationen på 2.-3.-dagen en gennemgang af fødselsforløbet med en jordemoder med henblik på at 1) afrunde den netop overståede graviditet og fødsel og rådgive omkring en evt. kommende graviditet og fødsel, 2) vurdere behovet for en uddybende efterfødselssamtale. For mange forældre vil den samtale være en tilstrækkelig afrunding af forløbet. Forældrene bør informeres om, at de har mulighed for at henvende sig for at få en uddybende samtale på et senere tidspunkt, hvis de får behov for det.

Andre forældre vil have behov for en eller evt. flere uddybende samtale(r), for at hele forløbet kan bearbejdes. Det kan eksempelvis være kvinder/familier med:

- langvarigt fødselsforløb
- anlæggelse af vakuüm extractor
- syg nyfødt og barn født med misdannelser

- akut sectio
- behandlingskrævende blødning efter fødslen
- stor bristning/sphincterruptur
- dødfødsel
- tegn på belastningsreaktioner (se afsnit 16.2.2)
- mistanke om problematisk mor-barn-relationer
- tidligere fødselsdepression
- fødsel, hvor parret har særligt behov for at drøfte forløbet, uanset dette er vurderet ukompliceret af jordemoderen.

Som udgangspunkt tilbyder den jordemoder, der tog imod barnet, en uddybende efterfødselsamtale.

Hvis familien ønsker at tale med en anden jordemoder end fødejordemoderen, arrangeres dette. Ved specielt komplicerede graviditets- og fødselsforløb vil det ofte være hensigtsmæssigt, at en obstetriker, som parret kender fra forløbet, deltager i efterfødselssamtalen, blandt andet med henblik på en fælles faglig afklaring af forløbet og rådgivning vedrørende kommende graviditet og fødsel. En sådan fælles samtale vil kunne medvirke til at forebygge et ønske om planlagt kejsersnit uden lægelig indikation (“maternal request”).

Samtalen bør som udgangspunkt afvikles senest inden for den første måned efter barnets fødsel. Dog kan samtalen gennemføres senere, hvis moderen/parret ønsker det. I forbindelse med sygdom, dødfødsel og/eller andre særlige traumatiske forløb kan jordemoderen tilbyde efterfødselssamtale i hjemmet. Jordemoderen kan også tilbyde samtale i hjemmet til særligt sårbare, det vil sige gruppe 3 og 4. Såfremt jordemoderen tilbyder samtale i hjemmet, har jordemoderen ansvar for at koordinere samtalen med sundhedsplejerskens besøg af hensyn til familien.

15.4.1 Samtalens indhold

Efterfødselssamtalen tager udgangspunkt i kvindens og partnerens oplevelser i forbindelse med graviditet og fødsel. Udgangspunktet er til enhver tid parrets behov for opfølgning på det afsluttede forløb. I løbet af samtalen afklares evt. spørgsmål i relation til selve fødejournalen. Parret kan ved behov sættes i kontakt med relevante faggrupper, såfremt parret ønsker en yderligere uddybning eller afklaring af forløbet. Jordemoderen spørger også til kvindens fysiske restitution, herunder smerter eller evt. gener fra bristninger/suturer, tilbyder inspektion af disse, informerer om inkontinens og tilbyder vejledning i bækkenbundstræning, samt drøfter genoptagelse af samliv og prævention/familieplanlægning. Jordemoderen afklarer forældrenes psykiske trivsel ved samtale eller evt. ved hjælp af screenings-instrumenter for psykisk trivsel.

Sundhedspersonalet skal have særlig opmærksomhed på kvinder, der har haft et patologisk eller traumatisk forløb. Samtalen giver mulighed for, at kvinden

og hendes partner kan få udtrykt og drøftet de bekymringer, som graviditets- og fødselsforløbet har medført. Formålet er at afklare problemstillinger, som parret ønsker belyst med hensyn til konsekvenser for moderen, barnet og evt. familien på kortere og længere sigt. I nogle tilfælde kan det være nødvendigt for moderen at drøfte fødslen, før hun kan etablere relationen, knytte sig til barnet og påbegynde amningen. Det kan være nødvendigt og relevant at tilbyde yderligere samtaler, hvilket vurderes sammen med parret.

15.5 Kvinder/familier med anden etnisk baggrund end dansk

Kvinder/familier med anden etnisk baggrund end dansk er en meget uhomogen gruppe, der ligesom andre kvinder kan have forskellige behov i barselsperioden.

Familiemønstrene og opfattelsen af de forskellige familiemedlemmers roller og opgaver i barselsperioden kan være meget anderledes end hos mange etnisk danske familier, ligesom der kan være særlige omstændigheder i forhold til sundhedsfremme, forebyggelse og behandling bestemt af kvindens kultur og oprindelsesland. Der kan være behov for at inddrage kvindens mor eller svigermor. Fødestedet bør anvende professionel, helst kvindelig, tolk i nødvendigt omfang. Tolkning ved familiemedlemmer bør undgås.

Oversigt over basistilbuddene efter fødslen, afhængigt af indlæggelsesvarigheden

For alle kvinder gælder, at efterfødselsplanen skal opdateres, inden forældre og barn har forladt fødestuen.

	Hjemmefødsel	Udskrevet indenfor 24 timer	Udskrevet mellem 24 og 72 timer	Udskrevet efter mere end 72 timer
Åben rådgivning op til 7 dage post partum	Jordemoder	Jordemoder eller sygeplejerske	Jordemoder eller sygeplejerske	Jordemoder eller sygeplejerske
1 døgn efter fødslen	Hjemmebesøg ved jordemoder	Førstegangsfødende: Hjemmebesøg ved jordemoder Fleregangsfødende: Opringning ved jordemoder/sygeplejerske Besøg tilbydes efter familiens behov og faglig vurdering		
2.-3.-dags konsultation (48-72 timer efter fødslen)	Ved jordemoder Ved behov kan tilbydes ophold på fødestedet med henblik på observation og rådgivning	Ved jordemoder Ved behov kan tilbydes ophold på fødestedet med henblik på observation og rådgivning	Ved jordemoder	Ved jordemoder
4.-5. dags barselsbesøg	Hjemmebesøg ved sundhedsplejerske Ved behov* kan undersøgelsen foregå på fødestedet/barselsafdelingen	Hjemmebesøg ved sundhedsplejerske Ved behov* kan undersøgelsen foregå på fødestedet/barselsafdelingen	Hjemmebesøg ved sundhedsplejerske Ved behov* kan undersøgelsen foregå på fødestedet/barselsafdelingen	Etableringsbesøg aflægges senest 7 dage efter udskrivelse

*Se afsnit 15.2.3

16. Psykologiske aspekter i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel

At få et barn er en af de mest omvæltende begivenheder, et menneske kommer ud for i livet – både psykologisk, fysiologisk og socialt. Parallelt med den fysiske graviditet og fødsel og spædbarnets første tid forløber den psykologiske proces med forældredannelse og tilknytningen mellem barn og forældre. Det er en sammenhængende proces med hver sine karakteristika i de enkelte faser. Forløbet giver muligheder for personlig udvikling og gør forældrene følelsesmæssigt parate til at modtage det nyfødte barn. Processen er i høj grad bestemt af, hvilke forudsætninger de kommende forældre bringer med sig, parforholdets karakter, de sociale og økonomiske forhold samt den støtte og hjælp, der ydes i graviditeten og barselsperioden.

16.1 Graviditet, fødsel og barsel

16.1.1 Graviditet

Det er af stor betydning, at forældrene oplever graviditet, fødsel og barsel som en meningsfuld og sammenhængende proces. Graviditeten er en udviklingsdynamisk periode for forældrene. Tidligere har man især undersøgt, hvordan de psykologiske processer forløber for moderen, hvor der er tale om et samspil af fysiologiske og psykologiske forandringer. Det er de senere år blevet vist, at fædre gennemgår lignende psykologiske processer.

Et centralt tema i forbindelse med graviditet er forældrenes psykologiske åbenhed, der giver plads til at bearbejde deres egen opvækst og indgå i relation med barnet. Gennem forskning er der fundet en sammenhæng mellem forældre og børns tilknytningsmønstre. Man mener således, at der opbygges en tilknytning til barnet prænatalt. Særlig i 2. trimester udvikler kvinden mentale repræsentationer af barnet som led i den prænatale tilknytning. Kvindens forestillinger om barnet bliver uklare igen i løbet af 3. trimester, når fødslen nærmer sig. Også fædre starter tilknytningsprocessen prænatalt og danner indre billeder af barnet. Mænds forestillinger handler ofte om et større barn, som de kan lege eller snakke med, især ved første graviditet.

Den psykologiske forberedelse til forælderrollen kan beskrives således: At turde være åben for sine indre processer, at lære nye sider af sig selv, at integrere sine relationsmæssige barndomserfaringer, at finde sine egne løsninger på det kommende forældreskab og dermed skabe en indre plads til at tage imod sit

barn samt at skabe plads til barnet i parforholdet ved at dele oplevelser under graviditeten.

Der savnes forskning i og dokumentation for, hvordan den psykologiske forberedelse bedst understøttes i graviditeten. Det er dokumenteret, at kontakt til den samme jordemoder gennem hele graviditeten giver større brugertilfredshed. Der er behov for større inddragelse af fædre i kontakten med sundhedsvæsenet.

16.1.2 Fødsel

International forskning viser ved flere randomiserede undersøgelser, at kontinuerlig tilstedeværelse af "caregiver"/jordemoder har positiv betydning for fødselsoplevelsen. Dårlige fødselsoplevelser er associeret til forhold som akutte obstetriske problemer, sociale faktorer, negative forventninger til fødslen samt smerte og følelse af tab af kontrol. Desuden har omsorgsgiverens tid til kvindens spørgsmål i graviditeten og støtte under fødslen betydning for fødselsoplevelsen.

I Danmark har en antropologisk undersøgelse af forældres oplevelse af den gode fødsel vist, at de kommende forældre får en positiv fødselsoplevelse, når deres forventninger og handlinger anerkendes af personalet og så vidt muligt søges respekteret under fødslen. Det er vigtigt, at personalet støtter forældrene i at danne deres egen fortælling om fødslen ved at inddrage forældrene i overvejelser og beslutninger under fødslen. En god fødselsoplevelse giver et stort udviklingspotentiale i forhold til forældreskabet.

Forskning om fædres behov under fødslen viser, at et flertal ønsker at være til stede under hele forløbet, og at de har behov for at mærke, at deres tilstedeværelse er ønsket og velkommen. Desuden ønsker de at få konkrete forslag til, hvordan de kan hjælpe og støtte deres partner bedst muligt, og de fleste ønsker, at mor, far og barn får tid sammen alene lige efter fødslen.

Efterfødselssamtalen kan bidrage til, at fødselsoplevelsen bliver bearbejdet. Det er vigtigt, at personalet tager udgangspunkt i kvindens oplevelser, og ikke i det objektive faktiske forløb, ved bearbejdelse af fødselsoplevelsen.

16.1.3 Barsel

Det er påvist gennem forskning, at opbygning af relationen mellem forældre og spædbarn har betydning for barnets udvikling. Forældre og barn støttes i denne tilknytning i den første tid efter fødslen. Glæde, åbenhed og forventning – men også usikkerhed og følelsesmæssig sårbarhed – præger forældrene i barselsperioden, hvor også stress, pres og belastninger kan påvirke forældrene og blandt andet have betydning for etablering af amningen.

Forældre og barn støttes i at etablere en god tilknytning, når forældrene har mulighed for sammen at forholde sig til barnet på deres egne betingelser og give det omsorg og tryghed. Det er vigtigt, at de nyblevne forældre tilbydes pleje og omsorg i et ustresset miljø. Personalets vejledning til forældrene bør være fagligt opdateret og ensartet. Det er væsentligt, at personalet er til rådighed og hjælper med alle de små praktiske ting omkring barnet, som forældrene kan være i tvivl om. Begge forældre kan have brug for at tale om fødselsforløbet, om barnet og kontakten med det, om at kunne trøste, om forestillinger og forventninger til fx amning og til at komme hjem. Forældre og barn skal så vidt muligt være sammen i den første tid efter fødslen.

16.2 Patologiske psykiske reaktioner

16.2.1 Angstreaktioner i forbindelse med graviditet og fødsel

Graviditet i sig selv medfører ofte angst og bekymringer. Nyere forskning anslår, at 6-10 % oplever angst for fødslen i en grad, så det påvirker dem i hverdagen ved fx at give mareridt, fornægtelse af graviditeten og ønske om kejsersnit.

Fødselsangst er et komplekst psykologisk begreb. Der er ikke foretaget mange undersøgelser, men systematisk arbejde både i forhold til baggrund og behandling er bedst beskrevet i Sverige, hvor der er knyttet specielle angstbehandlingsteam til de fleste fødesteder. Risikofaktorerne for udvikling af svær fødselsangst er tilsyneladende multifaktorielle og både medicinske, sociale og psykiske problemer ser ud til at spille en rolle. Andre risikofaktorer er, ifølge mindre undersøgelser, mistillid til sundhedspersonale samt kendskab til nære personer med dårlige fødselsoplevelser. De fleste tilfælde af fødselsangst forekommer hos førstegangsfødende, mens de svære tilfælde ses hos flergangsfødende, hvor der er en sammenhæng med tidligere traumatisk eller dårlig fødselsoplevelse.

Angst for at føde synes at være en væsentlig grund til at ønske kejsersnit uden medicinsk indikation, se afsnit 13.2.1. I rapporten *Kejsersnit på moders ønske – en medicinsk teknologivurdering*, Sundhedsstyrelsen, fastslås, at 80 % af de kvinder, der har fået foretaget kejsersnit efter moderens ønske, var flergangsfødende. Blandt dem begrundede 93 % deres valg i en tidligere dårlig fødselsoplevelse. På den baggrund anbefaler rapporten at fokusere på en god fødselsoplevelse ved den første fødsel som den væsentligste forebyggelse af kejsersnit på moders ønske ved efterfølgende fødsler. Rapporten påpeger desuden behovet for yderligere forskning på området. Partnerens rolle og behov i forhold til fødselsangst er ikke belyst.



Tilknytningen mellem forældre og barn starter allerede prænatalt og bliver intensiveret efter fødslen, når der bliver mulighed for øjenkontakt og hud mod hud-kontakt.

Interventionsmuligheder

Kvinder/par med negative forventninger til fødslen og/eller tidligere traumatiske fødselsforløb bør tilbydes særlig støtte, fx ved konsultation hos en jordemoder eller et team med særlig fokus herpå. Det er hensigtsmæssigt at indgå klare aftaler omkring fødselsforløbet. Jordemoderens tilstedeværelse under hele den aktive del af fødslen er særlig vigtigt for disse kvinder.

Det anbefales at henvise kvinder med følelsesmæssige vanskeligheder i forbindelse med graviditet og fødsel til sundhedsplejen og/eller andre kommunale tilbud blandt andet med henblik på tidlig opsporing af relationsforstyrrelser. Der er behov for forskning i og udvikling af specialtilbud om tværfaglige og evt. terapeutiske forløb ved svær fødselsangst.

16.2.2 Belastningsreaktioner

Belastningsreaktioner af forskellig art kan ses, hvis kvinden oplever fødslen som traumatiserende og ved komplicerede og traumatiserende graviditeter og fødsler, dødfødsler, fødsel af børn med misdannelser og handicap, samt hvis moderen er alvorligt syg ved fødslen. Belastningsreaktionerne kan være:

1. Akut belastningsreaktion
2. Posttraumatisk belastningsreaktion
3. Tilpasningsreaktion.

1. Akut belastningsreaktion er en forbigående tilstand, som udvikler sig hos en person uden anden psykisk lidelse eller forstyrrelse som reaktion på en exceptionel fysisk eller psykisk belastning. Tilstanden fortager sig i løbet af timer eller få dage. Individuel sårbarhed og tilpasningsevne spiller en rolle for reaktionens opståen og sværhedsgrad. Reaktionen ses i form af generelle angstreaktioner, tilbagetrukket, bevidsthedsindsnævring, desorientering, vrede, verbal aggression, fortvivelse eller håbløshed, overdreven eller formålsløs hyperaktivitet samt ubehersket eller overdreven sorgreaktion i forhold til den kulturelle baggrund.

2. Posttraumatisk belastningsreaktion er en tilstand, der opstår som en forsinket reaktion på en traumatisk begivenhed eller situation af stærkt truende eller katastrofeagtig karakter. Tilstanden følger efter traumatet med en latens-tid fra få uger til nogle måneder. Reaktionen ses i form af tilbagevendende genoplevelser af traumatet som flashbacks, påtrængende erindringer eller mareridt, stærkt ubehag ved alt der minder om traumatet, undgåelsesadfærd, hukommelsessvigt om traumatet, søvnproblemer, irritabilitet/vredesudbrud, koncentrationsbesvær m.m.

3. Tilpasningsreaktion er en tilstand med subjektivt ubehag og emotionel forstyrrelse, som fører til nedsat social funktionsevne. Reaktionen opstår i tilpasningsperioden efter en betydende ændring i tilværelsen eller en belastende begivenhed, som kan have påvirket integriteten af patientens sociale netværk (tab, adskillelsesoplevelser), et bredere system af sociale støtte- og værdifunktioner, eller som kan have betydet en større udviklingsmæssig overgang eller krise. Reaktionen ses i form af nedtrykthed, angst, bekymring – og en blanding af disse – samt følelser af magtesløshed, uoverskuelighed m.m.

Interventionsmuligheder

De fleste med belastningsrelationer har behov for følelsesmæssig støtte og praktisk hjælp. Det gives bedst gennem nære relationer i familie- og venskredsen. Ved længerevarende psykiske reaktioner er der indikation for behandling med samtaleterapi og i nogle tilfælde også medicinsk behandling.

16.2.3 Fødselsdepression

Forekomsten af fødselsdepression er fundet at være omkring 10 % hos mødre op til 1/2 år efter fødslen og ca. 6 % hos fædre. Hos ca. en promille udløser graviditet og fødsel en fødselspsykose, som på lige fod med andre psykoser kræver akut intervention.

Mange af de tilstande, tanker, følelser, reaktioner og symptomer, som optræder ved andre depressioner, kendetegner også fødselsdepressionen. Men i fødselsdepressionen er følelserne netop knyttet sammen med forældreskabet. Symptomer på en fødselsdepression kan observeres og erkendes på flere niveauer:

På individniveau: Nedsat stemningsleje, manglende glæde og interesse, følelse af, at hverdagen er uoverkommelig, træthed, manglende koncentrations-evne, rådvildhed og uro, nedsat selvværd, følelse af skyld og selvmordstanker.

På familieniveau: I forholdet til barnet og i samspillet mellem forældre og barn kan der optræde angst for barnets reaktioner og dets behov, overdrevne forestillinger om at barnet græder meget og er uroligt, angst for om barnet er sygt, angst for at gøre barnet skade, angst for at miste kontrol.

Tidlig opsporing af fødselsdepression

Det er vigtigt at opspore en fødselsdepression tidligt, da en del forskning peger på negativ påvirkning af barnet ved en længerevarende depression hos forældre i spædbarnsperioden. Det viser sig på kort sigt i forhold til barnets spise- og sovemønstre og på længere sigt som forstyrrelser i barnets emotionelle og adfærdsmæssige udvikling.

Sundhedspersonalet bør være opmærksomt på tegn på fødselsdepressioner hos både kommende og nyblevne forældre. Personalet bør være særlig opmærksomt på personer med tidligere depressioner og andre psykiske sygdomme, da disse har en markant øget risiko for at udvikle depression i forbindelse med graviditet og fødsel. Ligeledes skal man være opmærksom på kvinder med sociale problemer og kvinder, som lever isoleret, idet sådanne forhold vil øge risikoen for fødselsdepression.

Tidlig opsporing med henblik på forebyggelse og behandling sker gennem tæt professionel kontakt med familien under svangerskabet (den praktiserende læge og jordemoderen under graviditeten) og i spædbarnstiden (sundhedsplejersken og den praktiserende læge). Tidlige symptomer kan opfanges ved hjælp af strukturerede samtaler med læge, jordemoder eller sundhedsplejerske.

Det kan være vanskeligt at skelne mellem behandlingskrævende og ikke-behandlingskrævende reaktioner. Som hjælp til at vurdere om der er behov for henvisning til videre udredning og behandling, kan man evt. anvende et valideret screeningsinstrument for fødselsdepressioner. Screeningsinstrumentet kan dog ikke stå alene. Eksempelvis kan nævnes Edinburgh-skalaen EPDS, som er et selvadministreret spørgeskema, der har været afprøvet i Danmark. EPDS-skalaen registrerer traditionelle symptomer på depressioner hos kvinder, men kan også være en hjælp til at vurdere symptomer hos mænd.

Fædre og fødselsdepression

Også for faderen er mødet med barnet og det at blive far en omvæltning. En far, der er ramt af en fødselsdepression, får ligesom moderen tanker, der knytter sig direkte til forholdet til barnet – eksempelvis følelser af at være overvældet af ansvar, angst for barnets reaktioner og behov, konstant angst for at barnet er sygt, eller angst for adskillelse fra barnet.

Der er imidlertid også behov for at være opmærksom på visse symptomer, der optræder hyppigere hos mænd end hos kvinder. De såkaldt mandlige depressionssymptomer er mere udadrettede i form af fx vredesudbrud, aggressivitet, svag impuls kontrol, lav stresstærskel og rusmiddelproblemer. Fædrenes psykiske problemer sætter også spor hos barnet og i parforholdet, og der er derfor god grund til at være opmærksom på tegn på fødselsdepressioner hos mænd og iværksætte behandling, hvor det er nødvendigt. Mange fædre vil gerne have hjælp, men de kan have svært ved at henvende sig med psykiske problemer. Der er i svangreomsorgen behov for at udvikle tilbud, der tager højde for mænds særlige problemer og behov, herunder forståelse for mænds kommunikationsmåder.

Interventionsmuligheder

Konkret information om fødselsdepression hos både kvinder og mænd kan hjælpe med til at bryde den isolation og angst, de ramte ofte føler. Ved mistanke om reaktioner i form af nedsat stemningsleje hos enten mor eller far henvises til egen læge og/eller behandlingstilbud i kommunalt regi. Såfremt der er mistanke om depression, henvises til psykiatrisk vurdering og behandling enten hos privatpraktiserende psykiater eller i den ambulante psykiatri/distriktpsykiatrien.

Ved iværksættelse af behandling vurderes først, om samtaleterapi kan hjælpe. Samtalebehandling kan være den bedste løsning til at fjerne eller mindske symptomerne samt forbedre samlivet i familien og forholdet til barnet. Hvis der ikke er bedring eller udsigt til bedring med samtalebehandling, kommer medicinsk behandling ind i billedet. Også ved medicinsk behandling skal både støttende samtale og oplysning indgå som vigtige dele af den samlede behandling.

16.3 Forældre, der mister et spædbarn

Udover de almindelige tilbud i svangeromsorgen, har forældre, der mister et barn, nogle særlige behov for at blive hjulpet i gang med det sorgarbejde, der følger. Alt efter hvor forældrene er tidsmæssigt i processen, fordrer det forskellige tiltag. Det har stor betydning for forældrene, at sektorerne arbejder sammen. Egen læge bør informeres hurtigst muligt.

Under indlæggelsen viser erfaringer, at forældrene har brug for tid, information og nærvær. Dvs. tid til at forstå det skete, information om hvilke muligheder de har, så de kan træffe netop deres valg på en informeret baggrund, og de har brug for menneskeligt nærvær og omsorg. Såfremt forældrene ønsker det, kan der tilbydes hjælp til at samle minder, at fortælle og bevidne deres barns historie, fx ved at være sammen med barnet, tage billeder, hånd- og

fodaftryk og ved, at de pårørende også får mulighed for at være sammen med forældrene og barnet.

Forældrene tilbydes en samtale på fødestedet, hvor de får mulighed for at stille spørgsmål og fortælle om deres oplevelse. Under samtalen kan forløbet og obduktionssvar gennemgås efter behov med henblik på at finde en forklaring. Opfølgningen giver også forældrene mulighed for at drøfte fysiske og psykiske eftervirkninger.

I samråd med forældrene bør det overvejes, hvilke tværfaglige samarbejdspartnere netop *de* kunne have gavn af efter udskrivelserne med henblik på hjælp og støtte i sorgprocessen, eksempelvis egen læge, sundhedsplejerske, psykolog eller præst. Mange forældre kan have gavn af sorggrupper for erfaringsudveksling med andre i samme situation. Kvinder, der har mistet et barn, har også behov for fysisk restitution efter graviditeten og fødslen. Nogle kan have glæde af at deltage i efterfødselsgymnastik tilrettelagt på særlige hold for kvinder, som har mistet et barn.

Forældre, der har mistet et barn i forbindelse med en tidligere fødsel, bør ved efterfølgende graviditet tilbydes særlig omsorg, der giver mulighed for evt. videre bearbejdelse af oplevelsen ved at miste barnet og forberedelse på den kommende fødsel.

17. Kvalitetsudvikling i svangreomsorgen

Svangreomsorgen er i fortsat udvikling, ikke mindst når det gælder kvalitet. Nem adgang til nationale og internationale undersøgelser, tilgængelige kliniske databaser og udvikling gennem faglige fora bidrager til at sikre udviklingen. Udviklingen påvirkes desuden i stigende grad af brugernes medindflydelse og krav.

Forudsætningen for at kunne iværksætte forskning, kvalitetsudvikling og medicinsk teknologiudvikling er blandt andet et godt forskningsmiljø og relevante efteruddannelsestilbud. Formidlingen af resultater og erfaringer fra forskning og kvalitetsudvikling er en forudsætning for at kunne dokumentere og efterfølgende argumentere for undersøgelses- og behandlingstilbud. Det er væsentligt, at projekter og andre udviklingsindsatser bliver evalueret med henblik på efterfølgende implementering i svangreomsorgen lokalt og centralt.

Endelig er formidling af forskningsresultater, projekter og viden erhvervet i forbindelse hermed vigtig.

17.1 Kvalitetsudvikling

Kvalitetsudvikling er et overordnet begreb for de aktiviteter og metoder, der har til formål at fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, herunder:

- Kvalitet i forhold til modtageren af ydelsen – de gravide/familierne
- Kvalitet i forhold til giveren af ydelsen – udnyttelse af de ressourcer og den viden, der er til rådighed.

Inden for de sidste årtier er arbejdet med kvalitetsudvikling blevet mere organiseret og synligt. Sundhedsstyrelsen *Nationale strategi for kvalitetsudvikling*, der blev publiceret første gang i 1994, blev revideret i 2002 og 2007. Kvalitetsudviklingsarbejdet er ofte foregået decentralt inden for hvert fagområde, hospital eller amt, og en del vil fremover foregå inden for de enkelte regioner. Der har hidtil været etableret mange forskellige metoder og systemer til at belyse sundhedsvæsenets indsats og resultater.

Følgende kvalitetsudviklingstiltag indenfor svangreomsorgen kan nævnes:

- Tværfaglige fødeplaner med beskrivelse af fx visitationsretningslinjer og prioriterede indsatsområder

- Perinatal audit
- Aktiviteter i de faglige selskaber – Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi's (DSOG) årlige Sandbjergmøder, samarbejde mellem det jordemoderfaglige selskab og Jordemoderforeningen, samarbejde mellem Jordemoderforeningen og DSOG, samarbejde med Fagligt Selskab for Gynækologiske og Obstetriske Sygeplejersker
- Det Spædbarnsvenlige Initiativ (WHO/UNICEF)
- Udarbejdelse af nationale guidelines inden for relevante faglige områder – guidelines, som anvendes både uddannelsesmæssigt og i den kliniske hverdag (fx DSOG guidelines)
- Koordinerede kliniske færdighedskurser – ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics)
- Strategi for den enkelte medarbejders kompetenceudvikling
- Medarbejderudviklingssamtaler, hvor vurderingen af alle medarbejders kompetenceudvikling sammenlagt tegner afdelingens kompetenceprofil. Sammenholdt med sygehusets strategi for kompetenceudvikling synliggøres herved fremtidige indsatsområder
- Udarbejdelse af fødselsregisteret i Sundhedsstyrelsen med oplysninger om alle fødsler
- Udarbejdelse af kvalitetsindikatorer for fødsler – indikatorer, som gør det muligt for de enkelte afdelinger løbende at søge oplysninger og sammenligne indgrebsfrekvenser.

I 2003 begyndte arbejdet med at udvikle en fælles dansk model for kvalitetsudvikling. Baggrunden var øget fokus på kvalitet, blandt andet gennem veltilrettelagte patientforløb som en forudsætning for kvalitet i sygehusvæsenets ydelser. Beslutningen om den fælles danske model blev indgået i forbindelse med økonomiaftalen mellem regeringen og sygehusejerne, og medio 2005 blev Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet etableret (IKAS). Instituttet udarbejder akkrediteringsstanderne, der indgår i Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet, og gennemfører på grundlag af disse standarder akkreditering af sundhedsvæsenets institutioner.

17.2 Værktøjer til kvalitetsudvikling

Det tilstræbes, at svangreomsorgens undersøgelser og behandlingstilbud er funderet på evidensbaserede undersøgelser, men for dele af svangreomsorgen foreligger denne viden ikke. Her ligger den erfaringsbaserede viden og erfaringsudveksling til grund for anbefalinger og klinisk praksis.

Der benyttes flere forskellige metoder til at undersøge kvaliteten og værdien af de ydelser, der tilbydes. Valg af metode vil afhænge af det område, der ønskes belyst. Kvantitative målinger (fx udtræk fra databaser, LPR, NIP-data) er nyttige til at belyse effekten af en behandling eller et tiltag, mens kvalitative

vurderinger er velegnede til at gennemgå komplekse forløb og identificere evt. kvalitetsbrister samt belyse patientens eller sundhedspersonalets oplevelse af en given ydelse.

17.2.1 Metodeeksempler

- Klinisk forskning
- Udtræk fra Landspatientregistret (LPR), Patient-administrative systemer (PAS) og Kliniske kvalitetsdatabaser
- Spørgeskemaundersøgelser
- Patienttilfredshedsundersøgelser
- Audit: Interne og eksterne audit, journal audit, perinatal audit
- Kvalitetsprojekter
- Fokusgruppeinterview blandt patienter eller sundhedspersonale
- Medarbejderudviklingssamtaler
- Medicinsk Teknologi Vurdering (MTV).

17.2.2 Audit

På fødesteder og neonatalafdelinger foretages tværfaglig audit på udvalgte fødselsforløb med henblik på at identificere ikke-tilfredsstillende faktorer, hvilket efterfølgende kan danne udgangspunkt for kvalitetsforbedring. Audit kan være intern eller ekstern. Ved perinatal audit gennemgås typisk enten forløb med svær iltmangel hos barnet eller forløb, som ender med dødfødsel eller neonatal død. Maternel audit er siden 2002 foretaget systematisk i Danmark på alle materielle dødsfald, som beskrevet i kapitel 2.

17.2.3 Medicinsk Teknologivurdering (MTV)

MTV er en systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi. Teknologien kan være metoder eller udstyr til anvendelse i opsporing, diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering eller forebyggelse af helbredsproblemer.

Grundtanken i MTV er, at man sammenholder fire aspekter:

- Teknologien: Hvordan virker den, og findes der evidens for, at den virker i daglig klinisk praksis?
- Patienten: Hvordan påvirker teknologien patienten? Ethiske problemstillinger osv.
- Organisationen: Hvilke krav stiller teknologien til organisationen? Er der det nødvendige personale? Hvem skal inddrages? Osv.
- Økonomien: Hvad koster det? Er der besparelser?

Der findes flere forskellige slags MTV. Fra projekter, der nærmer sig forskning og ofte forløber over flere år, til hurtig erfaringsindsamling (Mini-MTV), der kan klares på et par uger.

Inden for svangreomsorgen er der udarbejdet flere MTV'er:

- MTV-rapport: *Screening af gravide indvandrere for hæmoglobinopati*, (udkommer juni 2009).
- MTV-rapport: *Sammenhængende monitorering og opfølgning af gravide med hjertesygdom* (2006). I rapporten redegøres for de opnåede resultater på det nyetablerede Center for Gravide med Hjertesygdom på Rigshospitalet.
- MTV-rapport: *Psykologiske aspekter, brugerholdninger og -forventninger i forbindelse med ultralydskanning i graviditeten*, (2006). I rapporten undersøges, hvilke positive og negative psykologiske følger skanningerne har for den gravide.
- MTV-rapport: *Kejsersnit på moders ønske*, (2005). I rapporten analyseres risici for mor og barn ved gennemførelse af planlagt kejsersnit, de patientrelaterede baggrundsparemetre og de organisatoriske og økonomiske konsekvenser undersøges.
- MTV-rapport: *Præferencer for rutinemæssige ultralydsundersøgelser i svangreomsorgen*, (2003). I studiet afdækkes gravidens præferencer for ultralydsundersøgelse som et input til en samfundsøkonomisk evaluering, og herunder er et delmål at sammenligne to værdisætningsmetoder, Contingent Valuation (CVM) og Conjoint Analysis (CA)
- MTV-rapport: *Vejledning om generel screening af gravide for hepatitis B virus*, (2005). I rapporten vurderes konsekvenserne af at indføre hepatitis B-vaccination som en del af børnevaccinationsprogrammet i Danmark.
- *Dopplerundersøgelse af højrisiko gravide – en medicinsk teknologivurdering*, (2002). Rapporten er udarbejdet som et ph.d.-projekt og beskæftiger sig med brugen af Doppler ultralyd på arterie umbilicalis på højrisiko gravide ved hjælp af en medicinsk teknologivurdering.

17.2.4 Kliniske databaser

Hvert obstetrisk forløb generer en mængde data herunder demografiske variable, diagnoser, indgreb, resultatdata m.v., og der er i obstetrikken en stærk tradition for løbende at monitorere data. Alle disse data kan lagres i databaser, således at det bliver let og billigt at monitorere aktivitet og resultater. I flere regioner er der fælles databaser, hvorved det bliver muligt løbende at sammenligne aktiviteter og resultater afdelingerne imellem. Nogle databaser tillader, at data kombineres, og databasen bliver derved et meget stærkt redskab for kvalitetsudvikling og forskning.

Mange obstetriske data indberettes til Landspatientregisteret (LPR), og Sundhedsstyrelsen har i de senere år gennem en målrettet indsats gjort LPR data tilgængelige hurtigt og operationelt. Derved bliver det muligt at sammenligne aktivitet og resultater mellem alle afdelinger i landet, hvilket også bidrager i betydelig grad til kvalitetsudviklingen.

I løbet af en årrække forventes den elektroniske patientjournal (EPJ) at blive den væsentligste datakilde, hvorfra data udtrækkes.

17.3 Den Danske Kvalitetsmodel

Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet er et fælles dansk system, baseret på en aftale mellem de stiftende parter. Systemet skal understøtte kontinuerlig kvalitetsudvikling i hele det danske sundhedsvæsen. Kvalitetsmodellen skal på sigt omfatte alle patientforløb i sundhedsvæsenet, og formålet er at fremme gode patientforløb, således at patienterne oplever en forbedring af kvaliteten.

Den Danske Kvalitetsmodel for Sygehuse er klar til implementering på alle offentlige hospitaler og de større private hospitaler/klinikker i august 2009. Praksissektoren er i princippet også omfattet af modellen; inklusionen aftales løbende mellem parterne. Kommunerne er i gang med sidste fase af udviklingen af akkrediteringsstandarder, og de første kommuner er i gang med at implementere disse. Der udvikles også akkrediteringsstandarder på det præhospitalt område. Apotekerne er klar til at påbegynde akkreditering i efteråret 2009.

I første version af kvalitetsmodellen er fødsler udvalgt som et område, der udarbejdes patientforløb for, se www.ikas.dk. Nedenstående kvalitetsprojekters erfaringer og resultater er gennemgået af styregruppen med henblik på at fastlægge omfanget af Den Danske Kvalitetsmodel:

- Den Gode Medicinske Afdeling
- Joint Commission-akkreditering i H:S
- KISS-akkreditering i Sønderjyllands Amt
- Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser
- Landspatientregistret
- Mellemmenneskelige relationer
- Det Nationale Indikatorprojekt
- Netværk af forebyggende sygehuse.

Kvalitetsmodellen udvikles i versioner over en årrække.

17.3.1 Fokus og indhold

Kvalitetsvurdering gennem Den Danske Kvalitetsmodel er obligatorisk og omfatter principielt alle udbydere af offentligt finansierede sundhedsydelser i Danmark. Det er således et sammenhængende evalueringskoncept, der muliggør en dansk/national, bred, ensartet og integreret kvalitetsvurdering af patientforløb.

Kvalitetsmodellen fokuserer på patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer blandt andet gennem synliggørelse og kontinuerlig forbedring af alle faglige aspekter ved patientforløbene og ikke særskilt på enkelte faggrupper eller enkelte specialers funktioner og virke.

Kvalitetsmodellens indhold og værktøjer grupperes i 3 grundelementer:

- Fælles evalueringsgrundlag (akkrediteringsstandarder med tilhørende indikatorer)
- Fælles evalueringsmetoder (selvevaluering og ekstern evaluering (survey))
- Samlet rapportering (tilbage melding, akkrediteringsstatus og offentliggørelse).

Indholdet og samspillet mellem grundelementerne udgør tilsammen kvalitetsmodellens koncept. Dette koncept anvendes på alle sundhedsvæsenets aktiviteter, herunder også svangreomsorgen.

17.3.2 Om akkrediteringsstandarder og indikatorer

Ved akkrediteringsstandarder forstås et sæt af foruddefinerede krav til sundhedsydelse og aktiviteter, som lægges til grund for akkreditering. Standarderne fastsætter mål for god kvalitet. Til at understøtte vurderingen af, om en institution lever op til en standard, indeholder hver standard et antal indikatorer (målepunkter), som konkretiserer kravene i standarderne. I mange standarder kræves, at der sker en løbende kvalitetsovervågning, fx ved indrapportering til nationale kliniske databaser eller deltagelse i nationale patienttilfredshedsundersøgelser.

17.3.3 Udvalgelse og prioriteringer

Sundhedsvæsenets aktiviteter grupperes i temaer. Inden for hvert tema identificeres aktiviteter, der er særlig vigtige for den faglige eller patientoplevede kvalitet. Udvalget kan afspejle særlige eller aktuelle indsatsområder (fx prænatal diagnostik og fosterovervågning).

Temaerne inddeles i 3 kategorier:

1. Organisatoriske akkrediteringsstandarder, der omfatter tværgående ledelses- og driftrelaterede aktiviteter. Fx kompetenceudvikling, introduktion af nyansatte o.a.
2. Generelle patientforløbsstandarder, der har direkte klinisk betydning for de fleste patientforløb. Fx visitering, behandlingsplan, medicinering, kontaktpersoner.
3. Sygdomsspecifikke akkrediteringsstandarder, der er relevante for en afgrænset patientgruppe og med klinisk betydning for det enkelte patientforløb. Fx fødsler, gestationel diabetes, IUGR, kontinuerlig omsorg under fødslen, mortalitet, amning, o.a.

17.3.4 Implementering

De enkelte institutioner har ansvaret for implementeringen af akkrediteringsstandarderne. Det anbefales, at implementeringen følges gennem løbende selvevalueringer, som understøttes af et fælles nationalt IT-system (TAK)⁸.

En væsentlig del af implementeringen vil være at gennemføre den løbende kvalitetsovervågning, der kræves i akkrediteringsstandarderne, samt at anvende resultaterne til iværksættelse af prioriterede handleplaner for løbende kvalitetsudvikling.

17.3.5 Akkreditering

Akkreditering er en kvalitetsvurdering, hvor IKAS iværksætter en vurdering af, hvorvidt institutionerne omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel lever op til de fælles akkrediteringsstandarder. Akkreditering vurderer både struktur, proces og resultater. I vurderingen lægges vægt på, at institutionen anvender kvalitetsdata til løbende at udvikle kvaliteten i deres ydelser i overensstemmelse med kvalitetscirkelens principper.

Akkrediteringen baseres på en 3-5 dage varende survey, hvor et team af særligt IKAS-uddannede surveyors gennemgår institutionen. Vurderingen sker ud fra princippet om peer review, hvor surveyorne er ansatte i sundhedsvæsenet, der til daglig er involveret i implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel i deres egen institution. Under surveyen vurderes dokumentation (retningslinjer, audits m.m.), ledere og medarbejdere på alle niveauer interviewes, og enkelte patienter samt pårørende følges på deres vej gennem hospitalet (tracermetoden). Hovedvægten ligger på en vurdering af, om retningslinjerne er implementeret samt på en vurdering af institutionens løbende opfølgning af kvaliteten. Surveyen afsluttes med en mundtlig feed back, mens en skriftlig rapport foreligger kort efter surveyen. På grundlag af rapporten tildeler et uafhængigt akkrediteringsnævn institutionen status som enten akkrediteret, akkrediteret med bemærkninger eller ikke-akkrediteret. Akkrediteringsstatus og den endelige rapport offentliggøres.

17.4 Patientsikkerhed

Patientsikkerhed er en forudsætning for god kvalitet i svangreomsorgen. Patientsikkerhed indebærer, at både mor og barn beskyttes mod skade eller risiko for skade gennem hele graviditets- og fødselsforløbet. I det lys er det vigtigt vedblivende at forbedre arbejdsgange og kommunikationsformer, så utilsigtede hændelser ikke forekommer.

⁸ TAK: Tværgående Akkreditering og Kvalitetsudvikling: Web-baseret IT-system, som understøtter akkrediteringsprocessen og arbejdet hermed.

Ved en utilsigtet hændelse forstås en ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten, eller medfører risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme. Jo mere komplekse systemer og uhensigtsmæssige procedurer, desto større er risikoen for, at noget går galt – også selvom personalet er omhyggeligt og fagligt kompetent. Svangreomsorg indebærer en risiko for utilsigtede hændelser, da flere sektorer, journalsystemer og professioner er involveret, og da forløbet er længerevarende med mange kontakter.

Lov om patientsikkerhed udstikker følgende ansvarsfordeling:

1. Sundhedspersonalet er forpligtet til at rapportere de utilsigtede hændelser, der er sket i sygehusvæsenet, og som de enten selv involveres i, observerer hos andre, eller som de i kraft af deres erhverv får kendskab til.
2. Regionerne er forpligtet til at analysere og anonymisere hændelserne.
3. Sundhedsstyrelsen er forpligtet til at formidle resultaterne som udmeldinger og retningslinjer til sundhedsvæsenet.

Rapportering sker elektronisk på www.dpsd.dk, hvor hændelsesforløbet, årsager til hændelsen, konsekvenserne for patienten og forslag til at forhindre en lignende hændelse afrapporteres.

Rapporteringssystemet er et ikke-sanktionerende system. Det betyder, at den rapporterende sundhedsperson ikke på baggrund af rapporteringen kan underkastes disciplinære foranstaltninger fra ansættelsesmyndigheden, strafferetslige sanktioner fra domstolene eller tilsynsmæssige sanktioner fra Sundhedsstyrelsen. Denne beskyttelse er vigtig, for patientsikkerhed handler ikke om sanktioner mod det enkelte sundhedspersonale, men om at ændre uhensigtsmæssige procedurer og derved forebygge nye utilsigtede hændelser.

Utilsigtede hændelser i svangreomsorgen kan ikke helt undgås, men for at søge at forhindre skade på mor og barn, er det vigtigt vedblivende at forbedre arbejdsgange og kommunikationsveje. I svangreomsorgen er der endvidere ofte tale om raske patienter, der har overblik over eget forløb og selv kan sige fra, hvis noget går galt.

Eksempler på utilsigtede hændelser:

1. Pga. pladsmangel må en barselspatient overflyttes fra ét hospital til et andet. Ved modtagelse af patienten mangler journalen. Patienten fortæller efter et par timer, at hun ikke har tisset siden fødslen otte timer tidligere. Der lægges kateter og udtømmes 2 liter urin. Derefter rekvireres journalen pr. fax.
2. En kvinde, der ikke taler meget dansk, køres til planlagt kejsersnit med sit andet barn. Det er i ambulatoriet aftalt med læge 1, at hun samtidig

skal steriliseres, og papirerne til sterilisation er underskrevet. Da patienten skal bedøves, og læge 2 skal sige godnat, bliver både sygeplejerske og læge 2 i tvivl om, hvorvidt kvinden ved, hvad der skal ske. Da de med fagter og gentagelser får hende gjort klart, at hun efter indgrebet ikke kan få flere børn, viser det sig, at kvinden ikke er klar over, hvad der skal ske og ikke ved, hvad hun har skrevet under på. Den planlagte sterilisation aflyses derfor.

3. Efter fødslen skal jordmoderen give K-vitamin til barnet. Jordmoderen har travlt og opdager først efter indgiften, at hun ved en fejl har givet Efedrin im. i stedet for Konaktion im. Ampullerne ligner hinanden meget og var placeret forkert i skabet på fødestuen. Børnelægen tilkaldes, og barnet observeres.

BILAG 1

Lovgrundlag

I det følgende findes lovgrundlaget og de væsentligste bestemmelser omtalt i kapitel 1.

Den fulde lovtekst og anden lovgrundlag findes på www.retsinformation.dk

1. Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07/2010 (sundhedsloven)

Svangreområdet er reguleret i sundhedsloven, hvori adgangen til ydelser i sundhedssektoren i forbindelse med graviditet og fødsel er reguleret.

Personkreds

§ 7. Personer, der har bopæl her i landet, har ret til lovens ydelser.

Stk. 2. Ved bopæl forstås tilmelding til Folkeregisteret.

Informeret samtykke

§ 15. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§ 17-19.

Stk. 2. Patienten kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke efter stk. 1.

Stk. 3. Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jf. § 16.

Stk. 4. Et informeret samtykke efter afsnit III kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende.

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om samtykkets form og indhold.

§ 16. Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Stk. 2. Patienten har ret til at frabede sig information efter stk. 1.

Stk. 3. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v.

Stk. 4. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre,

lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal tillige omfatte oplysninger om mulige konsekvenser for behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger, hvis patienten frabeder sig videregivelse eller indhentning af helbredsoplysninger m.v. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

- Stk. 5.* Skønnes patienten i øvrigt at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingtagen, jf. § 15, skal sundhedspersonen særligt oplyse herom, medmindre patienten har frabedt sig information, jf. stk. 2.
- Stk. 6.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om informationens form og indhold.

Tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.

§ 40. En patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, jf. dog reglerne i dette kapitel.

- Stk. 2.* I de tilfælde, hvor en sundhedsperson efter §§ 41-46 er tillagt beføjelser efter de enkelte bestemmelser, påhviler det overordnede ansvar for, at oplysninger videregives eller indhentes i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed.

Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter

§ 41. Med patientens samtykke kan sundhedspersoner videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten eller behandling af andre patienter.

- Stk. 2.* Videregivelse af de i stk. 1 nævnte oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når
- 1) det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov,
 - 2) videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat i sygehusvæsenet, til patientens alment praktiserende læge eller den praktiserende speciallæge, der har henvist patienten til sygehusbehandling,
 - 3) videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat på privatejet sygehus, klinik m.v., til de i nr. 2 nævnte læger, når behandlingen er ydet efter aftale med et regionsråd eller en kommunalbestyrelse i henhold til denne lov

- 4) videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke selv kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre eller
- 5) videregivelsen sker til patientens alment praktiserende læge fra en læge, der virker som stedfortræder for denne.
- Stk. 3.* Patienten kan frabede sig, at oplysninger efter stk. 2, nr. 1-3, videregives.
- Stk. 4.* Den sundhedsperson, der er i besiddelse af en fortrolig oplysning, afgør, hvorvidt videregivelse efter stk. 2 er berettiget.
- Stk. 5.* Såfremt der videregives oplysninger efter stk. 2, nr. 4, skal den, oplysningen angår, snarest muligt herefter orienteres om videregivelsen og formålet hermed, medmindre orientering kan udelades efter anden lovgivning eller af hensyn til offentlige eller private interesser svarende til dem, der beskyttes i denne lovgivning.
- Stk. 6.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. efter denne bestemmelse, herunder om videregivelsens omfang og om gennemførelsen heraf.
- § 42.** Samtykke efter § 41, stk. 1, kan være mundtligt eller skriftligt. Samtykket kan afgives til den sundhedsperson, der videregiver oplysninger, eller til den sundhedsperson, der modtager oplysninger. Samtykket skal indføres i patientjournalen. 1.-3. pkt. gælder tilsvarende, når patienten frabeder sig videregivelse af oplysninger, jf. § 41, stk. 3.
- Stk. 2.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte samtykke.

Indhentning af elektroniske helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter

- § 42a.** Læger og sygehusansatte tandlæger kan ved opslag i elektroniske systemer i fornødent omfang indhente oplysninger om en patients helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten.
- Stk. 2.* Andre sundhedspersoner end de i stk. 1 nævnte kan ved opslag i elektroniske systemer, hvori adgangen for den pågældende sundhedsperson teknisk er begrænset til de patienter, der er i behandling på samme behandlingsenhed, som den pågældende sundhedsperson er tilknyttet, i fornødent omfang indhente oplysninger som nævnt i stk. 1 om aktuel behandling, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten.
- Stk. 3.* På behandlingssteder med elektroniske systemer, der kun indeholder oplysninger til brug for behandling, som gives på det pågældende behandlingssted, kan andre sundhedspersoner end de i stk. 1 nævnte, som er ansat på behandlingsstedet, ved opslag i sådanne systemer i

fornødent omfang indhente oplysninger som nævnt i stk. 1, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten. Dette gælder dog ikke, hvis behandlingsstedet har en i stk. 1 nævnt sundhedsperson ansat.

- Stk. 4.* Ledelsen på et behandlingssted kan give tilladelse til, at enkelte eller grupper af sundhedspersoner, der er ansat på det pågældende behandlingssted, kan foretage opslag i elektroniske systemer efter stk. 1. Tilladelse efter 1. pkt. kan kun gives til sundhedspersoner, der har behov for at kunne foretage opslag efter stk. 1 med henblik på at kunne varetage de funktioner og opgaver, vedkommende er beskæftiget med. Beslutninger truffet efter 1. pkt. skal fremgå af en datasikkerhedsinstruks for behandlingsstedet. Beslutninger truffet efter 1. pkt. skal gøres offentligt tilgængelige.
- Stk. 5.* Læger og sygehusansatte tandlæger kan endvidere indhente oplysninger som nævnt i stk. 1, hvis indhentningen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre patienter. Tilsvarende gælder sundhedspersoner med tilladelse efter stk. 4. Tilsvarende gælder endvidere andre sundhedspersoner ved opslag i elektroniske systemer omfattet af stk. 2 og 3 på det behandlingssted, sundhedspersonen er ansat.
- Stk. 6.* Uden for de i stk. 1 og 5 nævnte tilfælde kan læger og sygehusansatte tandlæger med patientens samtykke endvidere ved opslag i elektroniske systemer indhente oplysninger som nævnt i stk. 1 i forbindelse med behandling af patienter.
- Stk. 7.* Patienten kan frabede sig, at en sundhedsperson indhenter oplysninger efter stk. 1-4.
- Stk. 8.* Læger og sygehusansatte tandlæger kan under disses ansvar lade medicinstuderende indhente oplysninger efter stk. 1 og 5-7.
- Stk. 9.* En sundhedsperson kan under dennes ansvar lade sekretærer yde teknisk bistand til opslag i oplysninger, som den pågældende sundhedsperson selv har adgang til, jf. stk. 1-8.

§ 42b. Samtykke efter § 42 a, stk. 6, og tilkendegivelse efter § 42 a, stk. 7, kan være mundtligt eller skriftligt. Samtykket eller tilkendegivelsen skal meddeles til den sundhedsperson, som indhenter oplysningerne. Samtykket eller tilkendegivelsen skal indføres i patientjournalen.

§ 42c. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om private dataansvarliges pligt til at registrere oplysninger om, hvem der har foretaget opslag i en patients elektroniske patientjournal (logging), samt om loggens indhold, opbevaring og sletning.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om patientens elektroniske adgang til oplysninger hos offentlige og private dataansvarlige om, hvem der har foretaget opslag i patientens elektroniske patientjournal, og på hvilket tidspunkt opslagene er foretaget.

Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. til andre formål

§ 43. Med patientens samtykke kan sundhedspersoner til andre formål end behandling videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til myndigheder, organisationer, private personer m.fl.

Stk. 2. Videregivelse af de i stk. 1 nævnte oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når

1) det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling,

2) videregivelsen er nødvendig for berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre eller

3) videregivelsen er nødvendig for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver.

Stk. 3. Den sundhedsperson, der er i besiddelse af en fortrolig oplysning, afgør, hvorvidt videregivelse efter stk. 2 er berettiget.

Stk. 4. Såfremt der videregives oplysninger efter stk. 2, nr. 2, skal den, oplysningen angår, snarest muligt herefter orienteres om videregivelsen og formålet hermed, medmindre orientering kan udelades efter anden lovgivning eller af hensyn til offentlige eller private interesser svarende til dem, der beskyttes i denne lovgivning.

§ 44. Samtykke efter § 43, stk. 1, skal være skriftligt. Kravet om skriftlighed kan dog fraviges, når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler derfor. Samtykket skal indføres i patientjournalen.

Stk. 2. Samtykke efter stk. 1 bortfalder senest 1 år efter, at det er givet.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte samtykke.

Lægevalg samt lægehjælp hos praktiserende læge

§ 61. Regionsrådet yder hos en læge vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen fastsætter antallet af forebyggende helbredsundersøgelser efter stk. 1.

§ 62. Regionsrådet yder vederlagsfri vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder til personer uanset sikringsgruppe hos en alment praktiserende læge efter personens eget valg.

Stk. 2. Vejledning kan tilbydes og ydes til mindreårige uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren.

Særlige sygehusydelse m.v.

§ 83. Regionsrådet yder forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder og jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet.

Frit sygehusvalg

§ 86. En person, der henvises til sygehusbehandling, kan vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse m.fl., der er nævnt i § 79, stk. 2, uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling i sit sygehusvæsen.

Stk. 2. Et sygehus kan afvise at modtage personer fra andre regioner, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler herom.

Stk. 3. For psykiatriske patienter kan adgangen til at vælge efter stk. 1 begrænses, hvis hensynet til den pågældende taler herfor. Adgangen til at vælge, hvor en diagnostisk undersøgelse, jf. § 79, stk. 1, 2. pkt., skal foretages, kan dog ikke begrænses, jf. dog stk. 2.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan efter forhandling med justitsministeren og velfærdsministeren fastsætte regler om, at personer ikke har ret til selv at vælge sygehus i henhold til stk. 1 og 3, når

- 1) de er optaget i Kriminalforsorgens institutioner,
- 2) de er anbragt i institution i henhold til retsplejeloven, kapitel 11 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien eller straffeloven,
- 3) de er anbragt på sikret afdeling i henhold til lov om social service, eller
- 4) de er frihedsberøvet, eller deres handlefrihed i øvrigt er undergivet begrænsninger i henhold til udlændingeloven.

Forebyggelse og sundhedsfremme

§ 119. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge

§ 120. Kommunalbestyrelsen bidrager til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse.

Stk. 2. Kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov.

- § 121. Kommunalbestyrelsen tilbyder alle børn og unge vederlagsfri sundhedsvejledning, bistand samt funktionsundersøgelse ved en sundhedsplejerske indtil undervisningspligtens ophør.
- Stk. 2.* Kommunalbestyrelsen tilbyder alle børn og unge i den undervisningspligtige alder to vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske.
- § 122. Kommunalbestyrelsen skal vederlagsfrit tilbyde alle børn og unge med særlige behov en øget indsats indtil undervisningspligtens ophør, herunder øget rådgivning samt yderligere forebyggende undersøgelser ved sundhedsplejerske eller læge.
- Stk. 2.* Personer, for hvem undervisningspligten er ophørt, kan, når særlige forhold gør sig gældende, tilbydes ydelser som omtalt i stk. 1 efter kommunalbestyrelsens beslutning.
- § 123. Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab.

Samarbejde

- § 203. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.
- § 204. Regionsrådet nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.
- Stk. 2.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte sundhedskoordinationsudvalg, herunder om sammensætning og formandskab m.v.
- § 205. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen indgår aftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet.
- Stk. 2.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, hvilke indsatsområder sundhedsaftalerne skal omfatte.
- Stk. 3.* Aftaler vedrørende indsatsområder, som er omfattet af de af indenrigs- og sundhedsministeren nærmere fastsatte regler efter stk. 2, indsendes til Sundhedsstyrelsen til godkendelse.

Planlægning

§ 206. Regionsrådet udarbejder en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet.

Stk. 2. Forud for regionsrådets behandling af forslag til sundhedsplan skal regionsrådet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning.

Stk. 3. Regionsrådet skal ændre sundhedsplanen forud for gennemførelse af væsentlige ændringer i regionens sundhedsvæsen, der ikke er forudsat i planen.

Stk. 4. Regionsrådet indsender planen og senere ændringer heri til Sundhedsstyrelsen.

Ydelser i praksissektoren

§ 234. Bopælsregionen afholder udgifter til ydelser efter §§ 60-72.

Ydelser i sygehussektoren

§ 235. Bopælsregionen afholder udgifter til sygehusbehandling m.v. efter §§ 79, 83 og 85-88, § 89, stk. 1 og 3, og § 160 a.

Stk. 2. Den region, der yder sygehusbehandlingen, kan opkræve bopælsregionen eller opholdsregionen betaling herfor efter reglerne i afsnit XIX.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om beregning af betalingen, når bopælsregionen eller den midlertidige opholdsregion skal betale for en patients behandling ved en fremmed regions sygehusvæsen.

Stk. 4. Bopælsregionens pligt til at yde vederlagsfri behandling i henhold til § 79, stk. 2, er begrænset til en årlig økonomisk ramme, som for hver institution fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren.

2. Bekendtgørelse om helbredsundersøgelse af gravide nr. 295 af 20/04/2009

I medfør af § 61, stk. 2 i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, fastsættes:

§ 1. Kvinder har i anledning af graviditet ret til indtil 5 vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge, heraf 3 under graviditeten.

Stk. 2. Forebyggende helbredsundersøgelser omfatter:

- 1) vejledning om forebyggelse og sundhedsfremme i svangerskabet
- 2) information om de generelle tilbud i løbet af graviditeten og om valg af fødesteder
- 3) oplysning om baggrunden for de forskellige undersøgelser og drøftelse af de mulige konsekvenser af resultaterne

3. Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 (om forebyggende sundhedsydelser)

Den kommunale sundhedstjeneste - ydelser til børn og unge m.fl. med særlige behov

- § 12. Børn og unge med særlige behov skal indtil undervisningspligtens ophør tilbydes en særlig indsats, herunder en øget rådgivning, bistand samt eventuelt yderligere undersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske.
- § 16. Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at personer over den undervisningspligtige alder, herunder gravide og personer med risiko for eller med aktuelle handicap skal tilbydes de i § 12 omhandlede ydelser.

4. Lovbekendtgørelse nr. 1093 af 05/09/2013 (serviceloven)

Underretningspligt

- § 152. Hvis en familie med et eller flere børn under 18 år eller vordende forældre flytter fra én kommune til en anden kommune og fraflytningskommunen finder, at et eller flere børn eller de vordende forældre har behov for særlig støtte af hensyn til barnets eventuelle særlige behov for støtte efter fødslen, skal fraflytningskommunen underrette tilflytningskommunen herom.
- Stk. 2.* I forbindelse med en underretning efter stk. 1, skal fraflytningskommunen oversende nødvendigt sagsmateriale, herunder en opsummering af relevante vurderinger, som fraflytningskommunen har foretaget i sagen.
- § 153. Personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunalbestyrelsen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller grund til at antage,
- 1) at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte,
 - 2) at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold,
 - 3) at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte på grund af barnets eller den unges ulovlige skolefravær eller undladelse af at opfylde undervisningspligten, eller
 - 4) at et barn eller en ung under 18 år har været udsat for overgreb.
- Stk. 2.* Social-, børne- og integrationsministeren kan fastsætte regler om underretningspligt for andre grupper af personer, der under udøvelsen af deres erhverv får kendskab til forhold eller grund til at antage, at der foreligger forhold, som bevirker, at der kan være anledning til foranstaltninger efter denne lov. Social-, børne- og integrationsmini-

steren kan endvidere fastsætte regler om, at andre grupper af personer har underretningspligt efter stk. 1, nr. 2, i forbindelse med aktiviteter uafhængigt af deres erhverv.

§ 153a. Praktiserende læger, speciallæger og andre, der virker inden for social- og sundhedsvæsenet, kan med samtykke fra forældremyndighedens indehaver videregive oplysninger om børn og unge under 18 år med nedsat synsfunktion til Kennedy Centret. Kennedy Centret kan med samtykke fra forældremyndighedens indehaver videregive disse oplysninger til social-, sundheds- og undervisningsmyndighederne.

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om videregivelse af oplysninger til og fra Kennedy Centret efter stk. 1.

§ 154. Den, der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældres eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har pligt til at underrette kommunen.

§ 155. Kommunalbestyrelsen skal sikre, at der iværksættes en rettidig og systematisk vurdering af alle underretninger efter §§ 152-154 med henblik på at afklare, om barnet eller den unge har behov for særlig støtte. Kommunalbestyrelsen skal foretage central registrering af underretningerne med henblik på at understøtte tilrettelæggelsen af indsatsen.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal senest 24 timer efter modtagelsen af en underretning efter stk. 1 vurdere, om barnets eller den unges sundhed eller udvikling er i fare, og om der derfor er behov for at iværksætte akutte foranstaltninger over for barnet eller den unge.

§ 155a. Når kommunalbestyrelsen modtager en underretning om et barn eller en ung, over for hvem kommunalbestyrelsen allerede har iværksat foranstaltninger, skal kommunalbestyrelsen genvurdere sagen. En eller flere personer i den myndighed, der løser opgaver inden for området for udsatte børn og unge, der ikke tidligere har deltaget i behandlingen af sagen, skal deltage i genvurderingen.

Stk. 2. Til brug for vurderingen af en underretning efter §§ 152-154, jf. stk. 1, kan der finde en samtale sted med barnet eller den unge. Samtalen kan finde sted uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver og uden dennes tilstedeværelse, når hensynet til barnets eller den unges bedste taler herfor. Ved underretning om overgreb mod et barn eller en ung skal der finde en samtale sted med barnet eller den unge. Ved underretning om overgreb mod et barn eller en ung fra barnets eller den unges forældres side skal samtalen finde sted uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver og uden dennes tilstedeværelse.

Stk. 3. Samtale efter denne bestemmelse kan undlades, i det omfang barnets eller den unges modenhed eller sagens karakter taler imod samtale gennemførelse.

§ 155b. Kommunalbestyrelsen skal senest 6 hverdage efter modtagelsen af en underretning efter §§ 153-154 bekræfte modtagelsen af underretningen over for den, der foretog underretningen.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal orientere den, der har foretaget underretning efter § 153, om, hvorvidt den har iværksat en undersøgelse eller foranstaltninger vedrørende det barn eller den unge, som underretningen vedrører. Dette gælder dog ikke, hvis særlige forhold gør sig gældende.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan ved en underretning efter § 153 orientere den, der foretog underretningen, om, hvilken type foranstaltning den har iværksat, og om den planlagte varighed heraf, hvis oplysningen herom vil kunne have væsentlig betydning for den støtte, som den pågældende under udøvelse af hvervet eller tjenesten kan yde barnet eller den unge. Dette gælder dog ikke, hvis særlige forhold gør sig gældende.

BILAG 2

Graviditetsrelaterede bækken smerter

Smerteanamnese

Smerterne opstår oftest mellem uge 15 og 25, men kan opstå tidligere, hvis kvinden fx har haft bækkenløsning i en tidligere graviditet. Smerterne udvikler sig som regel langsomt og forværres over tid. Smerterne mærkes i primært i bækkenleddene, men kan undertiden også mærkes i ballerne, lavt over lænden og/eller på bagsiden af lårene. Smerterne kan være meget svingende i karakter, både med hensyn til døgnvariation og fra dag til dag. Smerterne forværres som regel af belastninger. For mange gravide med bækkenløsning kan almindelige dagligdags ting gøre ondt, som fx at ligge på ryggen, vende sig i sengen, sidde med korslagte ben eller stå/sidde i længere tid ad gangen. Det er ikke ualmindeligt, at smerterne først opstår eller først forværres et stykke tid efter, at kvinden har været udsat for den belastning, der har fremprovokeret smerterne. Dette kan gøre det svært for kvinden at vurdere, hvilke handlinger der virker smerteudløsende.

Objektiv undersøgelse

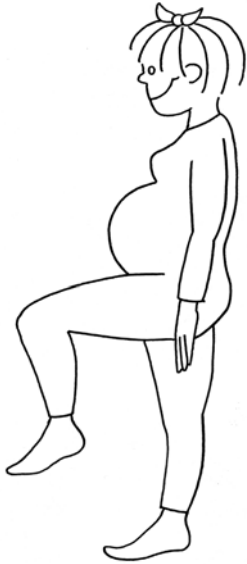
Den praktiserende læge eller jordemoderen anbefales at udføre to enkle test for at vurdere, om smerterne stammer fra bækkenleddene.

1) Posterior Pelvic Pain Provocation test (P4)



2) Modificeret Trendelenburg-test

Hvis en eller begge af disse test medfører smerter i symfysen og/eller sacroiliacaleddene hos den gravide, er testen positiv for de pågældende led. Ved positiv test kan man henvise til fysioterapeut med henblik på mere specifik undersøgelse og rådgivning.



BILAG 3

Eksempler på danske tværfaglige og tværsektorielle projekter målrettet gravide med særlige behov

Projekterne er listet op i alfabetisk rækkefølge.

Familieambulatoriemodellen

En velafprøvet dansk model for det tværfaglige samarbejde omkring særlig udsatte gravide er Familieambulatoriemodellen. Dette er betegnelsen for en tværfaglig og tværsektoriel interventionsmodel, der er udviklet til både den rusmiddelbelastede og andre grupper af gravide med alvorlige psykosociale belastninger. Modellen er udviklet og afprøvet igennem mange år ved Rigshospitalets og Hvidovre Hospitals føde- og børneafdelinger, og den har dannet basis for udvikling og etablering af forskellige initiativer til behandling af og omsorg for målgruppen flere steder i hele landet.

Personalet er tværfagligt sammensat af læger, socialrådgivere, psykologer, jordemødre og sekretærer. Ved indlæggelse på sygehus udvides samarbejdet med sygeplejersker, obstetrikere, pædiatere og evt. psykiatrisk afdeling. Der er samtidig eksterne samarbejdsrelationer, der omfatter socialforvaltning, sundhedsplejersker, praktiserende læger, kriminalforsorg samt forskellige dag- og døgninstitutioner. Formålet med teamets arbejde er at videregive og anvende den viden og ekspertise, som medlemmerne tilsammen besidder omkring gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer samt at medvirke til at koordinere den nødvendige indsats over for den gravide og hendes barn. Den gravide med et rusmiddelproblem opfordres til at tage aktivt del i planlægningen af sin behandling.

Spædbarnspsykiatrisk afsnit på Bispebjerg Hospital

Bispebjerg Hospitals spædbarnspsykiatriske afsnit har mange års erfaring med opsporing og tidlig indsats i forhold til psykisk sårbare og psykisk syge gravide samt deres børn.

Det spædbarnspsykiatriske afsnit deltager i det tværfaglige og tværsektorielle arbejde vedr. tidlig opsporing af og tidlig indsats over for psykisk sårbare/syge gravide samt deres børn fra Københavns og Frederiksberg Kommune.

Den tværfaglige koordinering omfatter hospitalernes føde- og psykiatriske afdelinger samt spædbarnspsykiatrisk afsnit på Bispebjerg Hospital. Den spe-

cialiserede jordemoder, der er tilknyttet familien, er den centrale person i indsatsen overfor psykisk sårbare eller syge gravide. Jordmoderens daglige samarbejdspartner er den obstetriske læge, der er tilknyttet teamet. Der afholdes faste månedlige møder, hvor der orienteres om alle nyhenviste psykisk syge gravide, og hvor der visiteres gensidigt, samt henvises til psykiatri, obstetrik eller spædbarnspsykiatri ved behov. Desuden drøftes igangværende (tidligere henviste) familier, der planlægges fødsel og evt. forlænget støttende ophold på barselsgangen, der drøftes undersøgelse på barselsgangen – efter aftale med socialforvaltningen – og om der er behov for psykiatrisk tilsyn efter fødsel.

Ved behov koordineres med primærsektor samt socialvæsen med henblik på drøftelse af behovet for fremtidige hjælpeforanstaltninger evt. via skærpet underretning.

En del af de psykisk sårbare familier henvises allerede under graviditeten til Bispebjerg Hospital børne- og ungdomspsykiatriske afdeling F, spædbarnspsykiatrisk afsnit med henblik på vurdering og støtte til dannelse af forældre-barn-relation og tilknytning allerede i graviditeten og efter barnets fødsel så længe det vurderes nødvendigt.

Sårbare gravide i Silkeborg

I et projekt fra Silkeborg i 2000 blev en lokal samarbejdsmodel afprøvet med jordmoderen som tovholder i et tværfagligt team i to mindre kommuner. Målet var tidlig opsporing og indsats blandt sårbare gravide med komplekse psykiske og sociale problemstillinger. Interventionen blev planlagt ud fra den enkelte gravides aktuelle situation med fokus på sundhedsfremme og forbedring af sociale vilkår, hvis det var muligt. Undersøgelsen er lille, og interventionen ikke evalueret systematisk, men erfaringerne kan bruges til at underbygge behovet for en opprioritering af det tværfaglige samarbejde omkring sårbare gravide samt nødvendigheden af fleksibilitet til imødekommelse af individuelle behov. En forudsætning for samarbejdet var her muligheden for fælles undervisning og temadage for de involverede faggrupper.

Sårbare gravide; mødet og samarbejdet mellem den gravide og de professionelle

En interviewundersøgelse fra Aarhus i 1999 beskæftiger sig med samarbejdet mellem den sårbare gravide og de professionelle. Undersøgelsen peger på et massivt behov for en tværsektoriel koordinering mellem fødeafdelingen, sundhedsplejen, socialforvaltningen og den praktiserende læge med henblik på at kunne varetage en forebyggende indsats omkring de sociale problemstillinger hos disse gravide. Undersøgelsen peger på nødvendigheden af at "kende" hinanden, da fordomme om faglighed og kompetence ofte er det, der afholder de gravide fra kontakten.

Undersøgelsen tager desuden fat på de barrierer, der kan ligge i kontakten mellem socialt udsatte personer og fagfolk. Her ses det igen, hvorledes en manglende koordinering øger den gravides mistro til "systemet" og styrker hendes modvilje mod at samarbejde.

Thisted modellen – tidlig opsporing af efterfødselsreaktioner

Ved en effektiv samarbejdsmodel for primært sundhedsplejersker og jordemødre til opsporing og forebyggelse af efterfødselsreaktioner og relationsforstyrrelser kunne man i 2004 påvise en reduktion på 50 % i forekomsten af efterfødselsreaktioner. Interventionen bestod blandt andet af:

Fælles forældreforberedende undervisning

Screening for depression hos gravide med risiko for udvikling af depression

God tid i konsultationen til at opbygge et tillidsfuldt forhold

Mulighed for inddragelse af egen læge eller psykolog.

Undersøgelsen viste, at fleksibilitet og overlap af sundhedsplejersker og jordemødres arbejdsområder styrker den forebyggende indsats.

Undersøgelsen pegede desuden på et sammenfald af socialt belastede forhold og udviklingen af efterfødselsreaktioner. Af de 5 risikofaktorer man fandt, var de 3 socialt betingede:

- Familier med kort skolegang
- Familier, der i forvejen er kendt af den sociale forvaltning
- Familier, der er socialt udsatte
- Familier, hvor kvinden har et problematisk forhold til egen mor
- Familier, der er vant til, at "der er styr på tilværelsen".

Erfaringer med at overføre modellen til et storbyområde (Lyngby-Taarbæk kommune) har vist sig vanskelig blandt andet på grund af forskellige organisatoriske, geografiske og økonomiske vilkår.

Dele af de gode erfaringer fra Thisted med samarbejdet mellem sundhedsplejersker og jordemødre er i dag implementeret som model for den fødsels- og forældreforberedende undervisning i dele af Region Midtjylland.

Tidlig indsats - et tilbud til sårbare gravide på Hillerød Hospital

Tidlig indsats på gynækologisk-obstetrisk afdeling, Hillerød Hospital er et tværfagligt, tværsektorielt tilbud til sårbare gravide fra Nordsjælland. Målet er at skabe så gode start- og udviklingsbetingelser for barn og forældre som muligt.

Tilbuddet henvender sig til gravide med rusmiddelproblematikker, psykisk lidelse, svær social belastning og psykisk udviklingshæmning. Interventio-

nen planlægges ud fra den enkelte gravides aktuelle situation med fokus på sundhedsfremme og forbedring af udviklingsbetingelser for barn og forældre. Dette sker ved at skabe sammenhæng og koordinering på tværs af faggrænser og organisatorisk opbygning.

Formålet er:

- At styrke den gravide/parrets evne til – ud fra egne ressourcer og potentiale – at imødekomme barnets behov
- At børnene fødes mature, normalvægtige, sunde og raske
- At den gravide/parret allerede i graviditeten får hjælp til og erkendelse af egne kompetencer og behov for eventuel hjælp og støtte, når barnet fødes
- At den gravide/parret motiveres til at give samtykke til, at der etableres et tværfagligt samarbejde, og at dette iværksættes så tidligt som muligt.

Personalesammensætningen består af 5 jordemødre og 2 obstetrikere samt en koordinerende jordemoder, der alle i tæt samarbejde med kvinden, hendes hjemkommune, psykiatrien, misbrugscenteret og sundhedsplejen skaber kontinuitet og sammenhæng under graviditeten, fødslen og perioden efter.

Vestegnssamarbejdet

I 10 kommuner på Københavns vestegn har der siden 1993 været arbejdet med udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring spædbarnsfamilier med psykiske og/eller sociale problemer eller andre problemer af betydning for den tidlige forældre-barn-relation. En rapport fra 2004 retter fokus på den nødvendige kompetenceudvikling hos faggrupperne gennem tværfaglig undervisning med henblik på at opspore, håndtere og forebygge psykosociale problemstillinger hos gravide og spædbørnsfamilier.

BILAG 4

Kvindelig omskæring

Kvindelig omskæring, Female Genital Mutilation (FGM), er først og fremmest en skik i visse afrikanske lande. Traditionen har eksisteret i mere end 2000 år. Den mest indgribende form for omskæring er infibulation. Denne type omskæring er den hyppigste i Somalia, hvor ca. 98 % af kvinderne er infibulerede.

Der findes 4 typer af kvindelig omskæring:

1. SUNNA: Fjernelse af forhuden på klitoris samt evt. en del af klitoris.
2. KLITORIDEKTOMI Fjernelse af klitoris
3. EXCISION: Fjernelse af klitoris og labia minora.
4. INFIBULATION Fjernelse af klitoris og labia minora. Afskrabning af undersiden af labia majora, som herefter syes sammen, således at der kun efterlades et ganske lille hul til urin og menstruationsblod.

Lovgrundlag

Omskæring af piger/kvinder er omfattet af straffelovens § 245, stk. 2. Efter denne bestemmelse straffes den, som tilføjer en anden person skade på legeme eller helbred, med fængsel indtil 4 år. Omskæring er et indgreb af en sådan karakter, at et samtykke fra den kvinde eller pige, som indgrebet vedrører – eller fra en piges forældre – ikke kan forventes at medføre straffrihed.

Bliver man opmærksom på en ung kvinde under 18 år, der er blevet omskåret, skal kommunen underrettes, jf. § 154 i lov om social service: “Den der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældrenes eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har pligt til at underrette kommunen”.

Sundhedsstyrelsens udtalelser

I 1981 henstillede Sundhedsstyrelsen i en officiel meddelelse i Ugeskrift for Læger (1981; 143;253-2), at danske læger ikke foretager kvindelig omskæring. Sundhedsstyrelsen vurderede, at kvindelig omskæring må anses for at være en mutilerende operation, og at der aldrig vil være indikation for at udføre den.

I 1994 præciserede Sundhedsstyrelsen i Ugeskrift for Læger (1994; 156:1758), at sammensyning af infibulationen efter fødslen kun kan ske, hvis kvinden fastholder ønske herom, efter at lægen har oplyst kvinden om den helbredsrisiko, som dette indgreb indebærer. Det er ikke Sundhedsstyrelsens vurdering, at lægen har pligt til at udføre indgrebet.

Anbefalinger vedrørende gravide, der er omskåret

- Da der er tale om en risikotilstand, skal den praktiserende læge henvise den gravide, infibulerede kvinde til en obstetrisk afdeling.
- Den gravide infibulerede kvinde bør følges af jordemoder eller læge med særlig viden og interesse for problemstillingen.
- Hyppige problemer hos infibulerede kvinder er dysmenoré, kronisk underlivsbetændelse, urinvejsinfektion, urinretention, dyspareuni samt obstetriske komplikationer som følge af de ændrede anatomiske forhold.
- Der vil næsten altid være behov for assistance fra en uddannet kvindelig tolk.
- Der henvises til *Forebyggelse af omskæring af piger*, Oplysningsmaterialer fra Sundhedsstyrelsen, 1999. I denne publikation findes gode illustrationer, der kan anvendes i forbindelse med informationen af omskårne kvinder.
- Der foreslås følgende fremgangsmåde:

I jordemoderkonsultationen/speciallægekonsultationen på fødestedet

- Tal generelt om omskæring med kvinden.
- Spørg kvinden, om hun har eller har haft nogle af ovennævnte gener. Forklar sammenhængen med omskæringen.
- Se omfanget af omskæringen. Vær ikke bange for at tage emnet op. Kvinder, der er omskåret, er ofte meget åbne om problemet.
- Informer yderligere om de muligheder, der findes for åbning før eller under fødslen og reglerne omkring resuturering⁹. Fortæl om, hvilke fordele, der er ved ikke at blive resutureret. Vis tegninger af før og efter og af de anatomiske forhold hos henholdsvis infibulerede og ikke infibulerede kvinder.
- Informer parret om det sundhedsskadelige ved omskæring og om, at det ifølge dansk lovgivning er forbudt at omskære piger/kvinder.

Tilbud om åbning i 2. trimester

- Kvinder, som ikke kan eksplorerer med to fingre, bør åbnes før fødslen – de øvrige tilbydes at blive åbnet i forbindelse med fødslen. Fødslen kan da forløbe som hos ikke omskårte kvinder, dvs. at igangsættelse, vaginal

⁹ Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Velfærdsministeriet), Undervisningsministeriet og Socialministeriet har i 2003 udgivet pjecen "Vi har alle et ansvar" om emnet. For mere information om emnet kan man også henvende sig til "Foreningen mod Pigeomskæring".

undersøgelse, fosterovervågning og anlæggelse af kateter kan foregå uhindret.

- Der bør gives grundig information om de forandringer og fordele, åbningen medfører.
- Åbnes kvinden ikke i 2. trimester, lægges plan for fødslen.
- Gør i journalen udførligt rede for planen. Beskriv og tegn:
 - a) omskæringens omfang og vævets elasticitet
 - b) hvornår og hvordan kvinden skal åbnes
 - c) hvordan bedøvelsen anlægges, samt hvornår der skal klippes
 - d) hvordan kvinden ønsker at blive sutureret. Resuturering post partum kan kun udføres som en rekonstruktion af forholdene, som de var før fødslen, og kvinden skal oplyses om helbredsrisikoen.
- Der tales om det ventede barn. Med kvindes tilladelse sendes der brev til sundhedsplejersken med besked om, at der er talt omskæring med parret, og at det er oplyst, at omskæring af piger er ulovligt i Danmark. Der anmodes samtidig om, at sundhedsplejersken følger sagen op, når barnet er født.

Under fødslen

- Den aftalte plan følges.
- Vær opmærksom på behov for smertelindring.
- Vaginaleksplorer så lidt som muligt.

Kvinder, der er åbnet før fødslen

- Fødslen ledes på vanlig vis.
- Mediolateral episiotomi anlægges kun på vanlig restriktiv indikation, se afsnit 13.1.

Kvinder, der åbnes under fødslen

- Fødslen ledes på vanlig vis frem til presseperioden.
- Der anlægges infiltrationsanæstesi på begge sider af det planlagte klip samt evt. pudendusblokade. Opklipning fortil foretages på samme tid, som man ville anlægge en almindelig episiotomi. Der klippes op midt fortil i den gamle cicatrice. Evt. kan stase med pean anvendes før opklipning. Der klippes op til ca. 1 cm fra klitorisreminiscensen (kan altid ses). Pas særligt på dette område, fordi det overliggende arvæv er det eneste, der er tilbage til at beskytte klitorisregionen fra at blive hypersensitivt for normale stimuli. Pas på saksens bageste ben, da urethra ofte prominerer.

I de meget sjældne tilfælde, hvor introitus er for lille til, at der kan indføres en finger, kan der, efter at bedøvelsen er lagt, anlægges et lille klip op i infibulationsarret inden ovennævnte procedure.

Ved suturering/resuturering bør man være opmærksom på at sørge for hud-dække, hvis området svarende til klitoris mod forventning er blevet blottet.

Kvinder, der ønsker at forblive åbne

Siderne i den opklippede infibulation sutureres hver for sig som ved almindelige labiabristninger.

Kvinder, der ønsker delvis reinfibulation

De øverste 2 cm af den opklippede infibulation sutureres.

Kvinder, der ønsker reinfibulation

Den opklippede infibulation syes fortløbende eller med knuder i henhold til beskrivelsen i journalen. Hvis den tilstedeværende læge/jordemoder ikke ønsker at udføre resutureringen, må en anden tilkaldes.

Sundhedsstyrelsen fraråder reinfibulation.

Sectio

Det er vigtigt, at kvinden ikke blot forstår årsagen til et evt. sectio, men at hun også ved, at indgrebet ikke medfører ufrugtbarhed eller forhindrer hende i at føde vaginalt i fremtiden. Ved vanskeligheder i forbindelse med kateterisation kan børnekateter evt. anvendes. Det kan være nødvendigt med åbning, før kateter kan anlægges

Efter fødslen

- Fødslen tales igennem med kvinden og informationen om de anatomiske forandringer gentages.
- Den praktiserende læge/sundhedsplejersken informeres om kvindens ændrede anatomiske forhold.

BILAG 5

Klinisk undersøgelse for medfødt hofte luksation

Prævalensen af medfødt hofte luksation og hofte dysplasi er i Danmark 3-5 per 1000 nyfødte.

Den kliniske undersøgelse af nyfødte for hofte luksation omfatter undersøgelse for Ortolanis, Barlows og Galeazzis tegn, som beskrevet nedenfor, samt om der er fri egal bevægelighed af hofterne.

Der skal være særlig opmærksomhed på børn med øget risiko for hofte luksation og -dysplasi, dvs. børn født i sædestilling, familiær disposition i første led og børn med medfødte ekstremitetsdeformiteter.

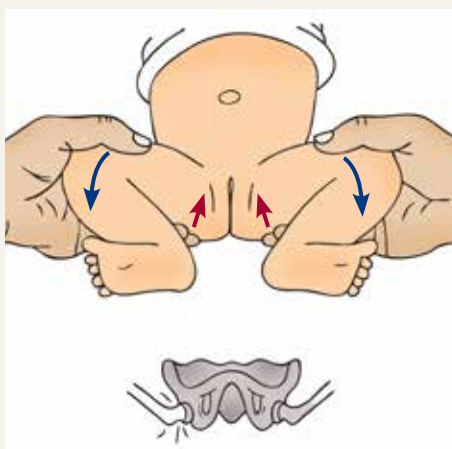
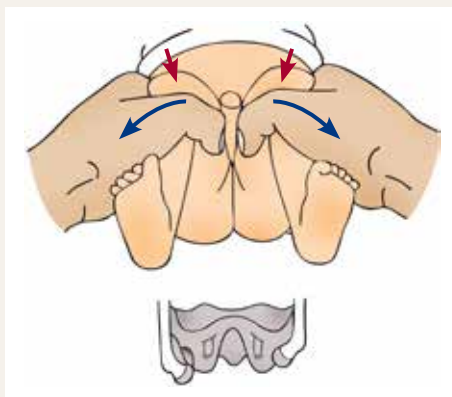
Undersøgelse for ORTOLANIS TEGN

Ortolanis tegn er kun positivt, hvis hoften spontant ligger ude af led og ved undersøgelsen bringes på plads i acetabulum.

Med barnet i rygleje flekteres hoften 90 grader og adduceres 10 grader.

Med 2.-4.finger placeret over trochanter og med tomle medialt på låret abduceres hoften evt. med et let tryk opad på trochanter.

Mærkes herved et "klunk" – en smuttende fornemmelse – hvor en lukseret hofte reponeres, er Ortolanis tegn positivt. Der er ikke tale om et hørbart klik.

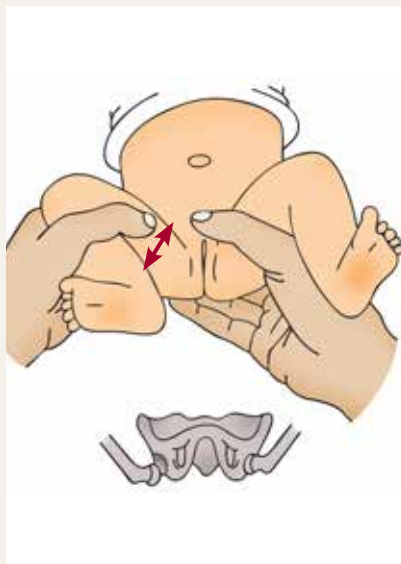


Teksten i bilag 5 er citeret fra Sonne-Holm S, Ellitsgaard N. Medfødt hofte luksation og -dysplasi. Månedsskrift Prakt Lægegern 2008; 86 (aug): 857-865.

Tegningerne er fra Ortopædisk kirurgi, 6. udgave, og bragt med FADL's tilladelse.

Undersøgelse for BARLOWS TEGN

Barlows tegn er positivt, hvis hoften spontant er på plads, men kan sublukseres eller helt lukseres. Manøvrens udgangspunkt er det samme som ved undersøgelse for Ortolanis tegn. Med flekterede og adducerede hofter udøves et tryk bagud i femurs længderetning. Herefter abduceres hofterne langsomt, og er en hofteluksation langsomt, mærkes en smuttende fornemmelse, når den kommer på plads igen.

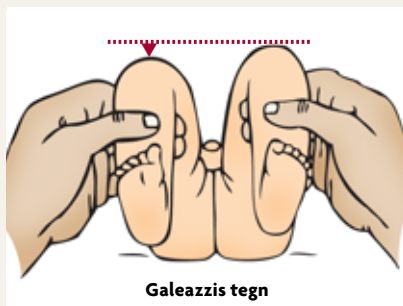
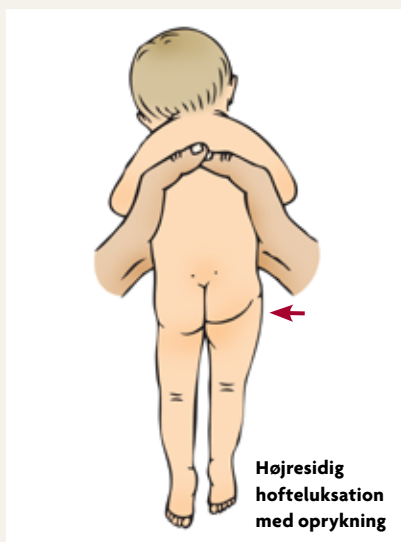


Undersøgelse for GALEAZZIS TEGN

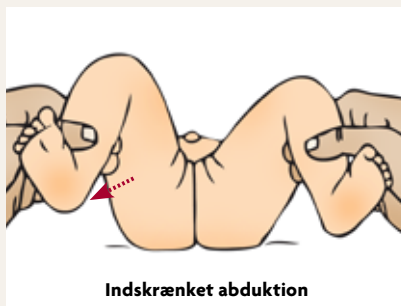
Barnet undersøges i rygleje og med 90 grader flekterede hofter.

Hvis en hofteluksation er lukkeret, hvor caput femoris altid står cranielt/posteriort for acetabulum, vil knæhøjden være lavere på den afficerede side, og låret synes kortere.

Galeazzis tegn er positivt ved enkeltsidig, ikke-reponerbar hofteluksation.



Galeazzis tegn



Indskrænket abduktion

BILAG 6

Biokemisk screening for medfødt sygdom hos nyfødte

Meddelelse af 19. december 2008 til fødestederne mfl. om den biokemiske screening for medfødt sygdom hos nyfødte (“hælbloodprøven”)

En arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen har udarbejdet rapporten “Biokemisk screening for medfødt sygdom hos nyfødte”, som kan downloades fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk. En høring af rapporten (2007) i Danske Regioner, relevante videnskabelige og faglige selskaber, Det Ethiske Råd mfl. viste tilslutning til rapportens væsentligste anbefalinger. Disse anbefalinger angår først og fremmest hvilke sygdomme der laboratoriemæssigt bør screenes for, men deres gennemførelse har afledte konsekvenser for, hvad fødestederne skal informere om, og hvornår blodprøven skal tages.

Med henblik på anbefalingernes praktiske gennemførelse, opfordres *fødestederne* derfor til – med virkning fra og med 2. februar 2009 – at foretage følgende ændringer i det eksisterende program for blodprøvetagning mv.:

- 1) *Tidspunktet for blodprøvens tagning* fremrykkes fra nuværende 5-7 døgnet efter fødslen, til *fremover 48-72 timer* efter fødslen. Dette skyldes hensynet til, at visse sjældne metaboliske sygdomme kan debutere med stofskiftetkrise kort efter fødslen.
- 2) Hos *premature* gentages prøvetagningen så vidt muligt når barnet når en alder svarende til 32 gestationsuger.* Der har hidtil ikke været en fast, ensartet praksis på dette område.
- 3) *Hidtil anvendte blodprøvekort (“PKU-kort”)*, samt den hidtil anvendte *informationsfolder* erstattes fra og med 2. februar 2009 af *<I>nyt blodprøvekort og ny informationsfolder til forældre*, som Statens Serum Institut vil udsende til fødesteder mfl. i første halvdel af januar 2009.
- 4) Hvor tilbud om blodprøven afslås, skal dette *fremover dokumenteres* ved, at udfyldt og underskrevet blodprøvekort for dette barn alligevel indsendes til Statens Serum Institut. Herved muliggøres kontrol af, om en manglende prøve fra et født barn kan skyldes systemsvigt.

* Fornyet stillingtagen hertil forudses efter en toårig evalueringsperiode.

Det bemærkes i relation til ovenstående, at informations- og samtykkeproceduren nu forenkles, idet det nuværende togrenede analyseprogram (rutinepanel + udvidet panel), hidtil med krav om særskilt information og samtykke til hver gren, integreres i ét fast tilbud. Den nye informationsfolder til forældre, som fødesteder mfl. vil modtage fra Statens Serum Institut, er udarbejdet i samråd med Sundhedsstyrelsen. Informationen er generisk, dvs. med vægt på hvilken *slags* sygdomme der screenes for, og hvorfor. En detaljeret og opdateret fortegnelse over de enkelte sygdomme (diagnoser) vil dog være at finde på Statens Serum Instituts hjemmeside www.ssi.dk, og fremgår endvidere af bilag til denne meddelelse.

Fødestedets ansvar for information, prøvetagning m.v.

Bortset fra fremrykning af prøvetagningstidspunktet, medfører nærværende meddelelse ikke organisatoriske ændringer i fødeafdelingerne. Den biokemiske screening af nyfødte hviler i det indledende trin fortsat på et velfungerende samarbejde mellem fødestederne, hvor blodprøvetagningen finder sted, og Statens Serum Institut (det centrale biokemiske screeningslaboratorium*), hvor de indsendte prøver undersøges.

Opmærksomheden henledes på, at det fortsat er *fødestedets ansvar*, at alle mødre får information samt tilbud om blodprøven og den hermed forbundne undersøgelse for medfødte sygdomme. Dette gælder også, hvis familien udskrives tidligt fra fødestedet, eller hvis udskrivelse finder sted før det fastsatte prøvetagningstidspunkt.

Det er endvidere fortsat fødestedets ansvar, at effektuere prøvetagning, forsendelse m.m., samt fremover at dokumentere afslag på prøvetagning over for Statens Serum Institut. Det henstilles derfor, at fødestedets skriftlige instrukser ajourføres særligt fsv. angår information og opnåelse af samtykke/afslag, prøvetagning, samt for fremgangsmåde hvor samtykke ikke opnås (jf. under punkt 4 ovenstående), eller hvor barnet er født præmaturt (jf. under punkt 2 ovenstående). Instrukser bør være let tilgængelige og identificerbare for personalet på de lokaliteter, hvor de pågældende opgaver udføres, og indeholde de nødvendige, kortfattede, faktuelle og praktiske anvisninger.

Screeningens kerneværdi er hensynet til barnets tarv

Hensynet til det nyfødte barns tarv har været lagt til grund for rapportens anbefalinger af, hvilke sygdomme der rutinemæssigt skal screenes for. Dette er sket i en systematisk procedure (nærmere beskrevet i rapporten) med anvendelse af følgende kriterier: (a) sygdommens alvorlighed; (b) behandlingens effektivitet; (c) betydning af tidlig påvisning for at opnå optimal behandlingseffekt; (d) sandsynligheden for at overse sygdommen ved den kliniske

* I det følgende anvendes alene betegnelsen Statens Serum Institut herfor.

undersøgelse omkring fødselstidspunktet; samt (e) screeningstestens egnethed (høj detektionsrate og lav falsk-positivrate); endvidere (f) mulighed for at forebygge tidlig død.

På baggrund af rapporten har Sundhedsstyrelsen vurderet, at den udvidede screening for metaboliske sygdomme, som hidtil har ligget i særskilt regi, fra 2. februar 2009 bør indgå som en fast bestanddel af det rutinemæssige tilbud, med de modifikationer i panelet af sjældne metaboliske sygdomme som rapporten anbefaler (herunder inklusion af tyrosinæmi og biotinidasemangel). Screening for fenylketonuri (PKU) og medfødt hypothyreose (CH) indgår fortsat i programmet, som fra 2. februar 2009 tillige vil omfatte medfødt adrenogenitalt syndrom (CAH). Screening for toxoplasmose udgik af programmet 1. august 2007. En detaljeret fortegnelse over medfødte sygdomme, som per 2. februar indgår ved den rutinemæssige biokemiske screening, fremgår af *bilaget* til denne meddelelse.

Efter den laboratoriemæssige screening opbevares restprøven som udgangspunkt i kodet, datasikret regi på Statens Serum Institut, primært som diagnostisk reserve i barnets interesse, sekundært som del af en national forskningsressource til videnskabetisk godkendte formål. Forældrene kan dog selv fastsætte begrænsninger på prøvens mulige anvendelse i forskning ved henvendelse til Sundhedsstyrelsens vævsanvendelses-register, eller de kan bestemme at blodprøven skal destrueres ved skriftlig henvendelse til PKU-biobanken, Statens Serum Institut. Nærmere herom fremgår af informationsfolderen til forældre.

Biokemisk screening af prøver samt udredning af screen-positive fund

Den *biokemiske screening* er i henhold til Sundhedsstyrelsens nye specialevejledning for klinisk biokemi en højt specialiseret funktion i sygehusvæsenet, som forudsætter et konstant højt prøveflow samt et rigoristisk kvalitetssikret regi i et omfang, som svarer til det i rapportens kapitel 6 beskrevne. Den umiddelbare *opfølgning og udredning af screen-positive fund* (konfirmatoriske/diskonfirmatoriske undersøgelser) involverer flere aktører i et samspil med den lokale børneafdeling og forankret i dennes kontakt til barnet og familien. Foruden Statens Serum Institut vil det efter de konkrete omstændigheder kunne dreje sig om Center for Medfødte Stofskiftesygdomme, Klinisk Genetisk Afdeling, Rigshospitalet og Molekylær-Medicinsk forskningsenhed, Skejby Sygehus (den metaboliske screening), om Center for PKU, Kennedy Centret (PKU-screeningen), eller om den lokale børneafdeling selv (screening for medfødt hypothyreose (CH), samt medfødt adrenogenitalt syndrom (CAH)).

Ved *konfirmeret diagnose* vil ansvaret for iværksættelse af behandling og opfølgning i nogle tilfælde ligge i den lokale børneafdeling (medfødt hypothyreose), eller i børneafdelingen i samarbejde med pædiatrisk endokrinologisk

ekspertise (medfødt adrenogenitalt syndrom). Ved påvist PKU foregår behandling, rådgivning og opfølgning i PKU-centrets regi. Ved påvist metabolisk sygdom henvises barnet til Center for Medfødte Stofskiftesygdomme, Klinisk Genetisk Afdeling, Rigshospitalet med henblik på behandling, information og rådgivning, idet langtidsopfølgningen sker i et samarbejde mellem sidstnævnte afdeling og den lokale børneafdeling, i overensstemmelse med principperne i Sundhedsstyrelsens Redegørelse om sjældne handicap (2001).

Samspillet mellem de forskellige aktører er detaljeret beskrevet i rapportens *kapitel 6*, hvortil henvises. Logistikken omfatter såvel institutioner som procedurer, og skal i forhold til hver enkelt sygdomsgruppe være detaljeret beskrevet og regelmæssigt ajourført. Skrevne standardprocedurer for forløbet fra og med et screen-positivt fund bør derfor være dokumentstyrede, dvs. forsynet med et versionsnummer, en dato for senest ajourført, en data for næste audit ("udløbsdato"), samt instruktion om at kontakte en udpeget procedureansvarlig person i tilfælde af at denne dato overskrides. De skrevne, ajourførte standardprocedurer for opfølgning og udredning af screen-positive fund skal kunne downloades fra Statens Serum Instituts hjemmeside samt fra hjemmesiden for Center for Medfødte Stofskiftesygdomme, Klinisk Genetisk Afdeling, Rigshospitalet.

Særligt bemærkes, at hvor flere aktører deltager i den laboratoriemæssige udredning og diagnostik efter et screen-positivt fund, skal det endelige diagnostiske udsagn altid meldes samlet ud af den instans, som har den højeste kliniske/behandlingsmæssige ekspertise. Efter omstændighederne skal det samlede svar endvidere inkludere vejledning om evt. videre udredning og behandling af barnet, og dette svar skal rapporteres tilbage til Statens Serum Institut (kvalitetssikring).

Vedrørende opfølgning af det samlede program for den biokemiske nyfødtscreening, samt vedrørende evt. fremtidige ændringer i screeningspanelet

Sundhedsstyrelsen vil med Dansk Pædiatrisk Selskabs screeningsudvalg samt med de relevante videnskabelige selskaber drøfte, hvorledes det på den mest hensigtsmæssige måde sikres, at den løbende opfølgning af programmet fungerer optimalt, herunder særligt vedrørende tilbagemelding fra de kliniske enheder til Statens Serum Institut. En faglig følgegruppe under screeningsudvalgets auspicer kunne fremme dette formål, og sikre en årlig afrapportering. Mulighederne for en fremtidig udbygning af screeningsprogrammet vil bl.a. være bestemt af dokumentation for, at opfølgningen af det nu iværksatte program kan fungere optimalt.

I kraft af den hurtige udvikling af metoder, som gør det muligt at opdage flere medfødte sygdomme ved fødslen, eller på grund af behandlingsmæssige fremskridt i forhold til sygdomme, som i dag ikke opfylder alle screenings-

kriterierne, kan der på sigt forudses behov for at ændre det nu foretagne udvalg af screeningsmål. En drøftelse heraf bør fremtidigt ske med anvendelse af de vurderingskriterier og procedurer, som fremgår af rapporten *Biokemisk screening for medfødt sygdom hos nyfødte*, hvor udvælgelsen af screeningsmål entydigt baseres på hensynet til barnets tarv. Forudsat at gavnperspektiverne af en ændring er markante, at den fornødne videnskabelige dokumentation er tilvejebragt og kritisk valideret, at de økonomiske konsekvenser er velbelyste, og at en henvendelse er tiltrådt af Dansk Pædiatrisk Selskab efter vurdering af den videnskabelige evidens, er Sundhedsstyrelsen i påkommende fald indstillet på at vurdere en sådan henvendelse nærmere.

Fortegnelse over sygdomme, som per 2. februar 2009 indgår ved den rutinemæssige biokemiske screening for medfødte sygdomme hos nyfødte

Primære screeningsmål

- Medfødt hypothyreose (CH)
- Medfødt adrenogenitalt syndrom (CAH) (2-tier)
- Fenyلكetonuri (PKU), ahornsirupuri (MSUD), mellemkædet acyl-CoA dehydrogenase mangel (MCADD), langkædet 3-OH-acyl-CoA dehydrogenase/trifunctional protein mangel (LCHADD/TFP), meget langkædet acyl-CoA dehydrogenasemangel (VLCADD), glutaracidæmi type 1 (GA1), multipel karboxylase defekt (MCD), methylmalonsyreæmi (MMA), propionsyreæmi (PA), karnitin transporter defekt (CTD), tyrosinæmi (TYR), argininoravsyreuri (ASL), biotinidasemangel (BIOT).

Sekundære/differentialdiagnostiske screeningsmål

- Biopterin cofaktor defekt (BIOPT), glutaracidæmi type 2 (GA2), mellem-kortkædet 3-OH-acyl-CoA mangel (M/SCHADD), hyperphenylalaninæmi (H-PHE).

Mindre justeringer af ovenstående inden for uændret økonomi, og i harmoni med anbefalingerne i rapporten *Biokemisk Screening for medfødt sygdom hos nyfødte* (Sundhedsstyrelsen 2008) - særligt fsv. angår metaboliske sygdomme/tandem-MS – kan ske med Sundhedsstyrelsens godkendelse heraf.

En opdateret fortegnelse skal forefindes på Statens Serum Instituts hjemmeside www.ssi.dk.

BILAG 7

Styregruppe og arbejdsgrupper

Arbejdsgruppernes sammensætning

Sundhedsstyrelsens revision af anbefalingerne for svangreomsorgen har involveret en lang række repræsentanter fra de centrale og decentrale sundhedsmyndigheder, faglige organisationer og videnskabelige selskaber. Følgende personer har deltaget i revisionen af anbefalingerne for svangreomsorgen:

Styregruppe vedrørende revision af anbefalingerne for svangreomsorgen

- Overlæge, ph.d. Christine Brot, Sundhedsstyrelsen (formand)
- Sundhedsplejerske MSP, IBCLC Annette Poulsen, Sundhedsstyrelsen
- Akademisk medarbejder Anne Rygaard Bennedsen, Sundhedsstyrelsen
- Fuldmægtig Lene Damgård Nielsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, afløst af
- Fuldmægtig Helle Borg Larsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Ledende overlæge, dr.med., Peter Hornnes, Danske Regioner
- Regionsjordemoder Lis Kristensen, Danske Regioner
- Seniorrådgiver Kari Vieth, Kommunernes Landsforening
- Praktiserende læge Aase T. Jacobsen, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Overlæge, ph.d. Lone Hvidman, formand for Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Jordemoder, MPA Lilian Bondo, formand for Jordemoderforeningen
- Jordemoder, cand.scient.san., Misan Stehouwer, Jordemoderfagligt Selskab
- Overlæge Thorkild Jacobsen, Dansk Pædiatrisk Selskab
- Ledende oversygeplejerske Annette Holm Lauridsen, Dansk Sygeplejeråd
- Sundhedsplejerske, MSA Susanne Hede, formand for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
- Leder Bergliot Riis, Dansk Socialrådgiverforening
- Jordemoder, ph.d., Hanne Kjærgaard, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver
- Overlæge, dr.med. Kim Toftager-Larsen, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver
- Overlæge, dr.med., Freddy Karup Pedersen, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver
- Praktiserende læge Jens Aage Stauning, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver

Arbejdsgruppe om struktur og organisation

- Planlægningschef Lone De Neergaard, Sundhedsstyrelsen (formand)
- Afdelingslæge Susanne Vest, Sundhedsstyrelsen
- Fuldmægtig Lene Damgård Nielsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Jordemoder MPH, Kit Dynnes Hansen, Jordemoderforeningen
- Ledende overlæge, dr.med., Peter Hornnes, Danske Regioner
- Regionsjordemoder Lis Kristensen, Danske Regioner
- Praktiserende læge Mette Dahl Sørensen, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Ledende oversygeplejerske Ady Kjærsgaard, Dansk Sygeplejeråd
- Overlæge, ph.d. Lone Hvidman, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Seniorkonsulent Kari Vieth, Kommunernes Landsforening

Arbejdsgruppe om konsultationerne

- Overlæge, ph.d. Christine Brot, Sundhedsstyrelsen (formand)
- Overlæge, ph.d. Lone Hvidman, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Praktiserende læge Aase T. Jacobsen, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Chefjordemoder Ann Fogsgaard, Jordemoderforeningen

Arbejdsgruppe om barselsperioden

- Sundhedsplejerske MSP, IBCLC Annette Poulsen, Sundhedsstyrelsen (formand)
- Afdelingsjordemoder Ulla Rudbeck, Jordemoderforeningen
- Praktiserende læge Karen Frost, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Overlæge, dr.med., Tom Weber, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Afdelingssygeplejerske Ulla Risbøl Jacobsen, Dansk Sygeplejeråd
- Souschef Christina Lindhart, Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Arbejdsgruppe om tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

- Praktiserende læge Karin Pryds, Dansk Selskab for Almen Medicin (formand)
- Jordemoder Misan Stehouwer, Jordemoderfagligt Selskab
- Overlæge Margrethe Møller, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Assisterende afdelingssygeplejerske Vivi Kronborg, Dansk Sygeplejeråd
- Leder Bergliot Riis, Dansk Socialrådgiverforening
- Sundhedsplejerske Inger Lise Rasmussen, Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
- Konsulent Nina Gath, Kommunernes Landsforening

Arbejdsgruppe om psykologiske aspekter og fødsels- og familieforbereelse

- Jordemoderlærer Bodil K. Møller, Jordemoderforeningen (formand)
- Sundhedsplejerske MSP, IBCLC Annette Poulsen, Sundhedsstyrelsen
- Sygeplejerske Anne-Sofie Holm Rasmussen, Dansk Sygeplejeråd
- Leder Bergliot Riis, Dansk Socialrådgiverforening
- Sundhedsplejerske, ph.d. Else Guldager, Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
- Chefspsykolog Svend Aage Madsen

Arbejdsgruppe om rhesus profylakse

- Overlæge, ph.d. Christine Brot, Sundhedsstyrelsen (formand)
- Professor, dr.med. Ann Tabor
- Klinikchef, ph.d. Morten Hedegaard
- Overlæge Morten Hanefeld Dziegiel
- Overlæge, dr.med., Niels Grunnet
- Overlæge, ph.d. Lone Hvidman, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Jordemoder, ph.d., Hanne Kjærgaard, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver
- Overlæge, dr.med. Kim Toftager-Larsen, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver
- Praktiserende læge Jens Aage Stauning, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver

Øvrige rådgivere

- Professor, overlæge, dr.med., Peter Damm
- Professor, dr.med. Niels Ulbjerg
- Ledende overlæge ph.d. Anne Mette Hvas
- Ledende overlæge Charlotte Wilken-Jensen
- Overlæge, ph.d. Olaf Bjørn Petersen
- Overlæge ph.d. Janni Dalby Salvig
- Overlæge ph.d. Ulla Breth Knudsen
- Overlæge ph.d. Rikke Bek Helmig
- Overlæge dr. med. Henrik Birgens, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver
- Overlæge Nini Møller
- Overlæge Morten Lebech
- Overlæge Birgit Bødker
- Overlæge, dr.med., klinisk lektor Jesper Bælum
- Adjunkt, MEd, jordemoder Annette Dalsgaard Vilain
- Jordemoder Lis Munk
- Jordemoder, ph.d. Ellen Nøhr
- Fysioterapeut Hanne Albert
- Post-doc. ph.d. Katrine Strandberg-Larsen
- Cand.comm. biolog, IBCLC Tine Jerris
- Statens Serum Institut

Register

Sundhedsstyrelsens anbefalinger

A

Afnavling 156
Alkohol 93
Allergidisponerede spædbørn 165

B

Bakteriel vaginose 129
Blodtryksmåling 98
Blødning i graviditeten 132
Bristninger og suturering 157
Bækkenvurdering 100

C

Celleprøve fra livmoderhalsen 101
Cytomegalovirus 126

E

Euforiserende stoffer/narkotika 94

F

Flerfoldsgraviditeter 140
Forebyggelse af RhD immunisering 113
Fysisk aktivitet 84
Fødsels- og forældreforberedelse 146

G

Gestational diabetes mellitus 135
Gonoré 121
Gruppe B-streptokokker 131
Gulsot 168
Gynækologisk undersøgelse 99

H

HBV-infektion 118
Henvisning til børneafdeling 145
Hepatitis B-vaccination 164
Herpes simplex virus 126
HIV-infektion 119
Hypoglykæmi 167
Hæmoglobinopatier 115
Hørescreening 164

J

Jerntilskud 109

K

Kejsersnit på moders ønske 158
Klamydia 122
Kost 84

Kvinder med anden etnisk baggrund 160
K-vitamin-indgift 163

L

Listeriose 129

M

Mammalpalpation 101

O

Obstetrisk færdighedstræning 160
Opsporing af rusmiddelproblemer 103
Overbårenhed 145
Overvægt 134
Overvågning af fosteret 107

P

Parvovirus B19 – lussingesyge 125
Præeklampsi 138
Præterm fødsel 143

R

Rubella 123
Rygning 88

S

Smertehåndtering og -lindring 155
Stetoskopi 98
Syfilis 120

T

Terminsberegning 95
Tiden lige efter fødslen 159
Tidligere kejsersnit 140
Til gravide vedr. alkohol 92
Toxoplasmose 128
Trombofili 116

U

Uddrivningsfasen 153
Undersøgelse af den nyfødte 162
Urinscreening 99

V

Vaginaleksploration 100
Varicella 125
Vejning 97
Vestimulation 153

A

Accret placenta 139
Afnævling 156
Afspænding 154
Akkreditering 200
Akupunktur 154
Akut belastningsreaktion 190
Alder, moderens 18
Alkohol 64-66, 90-93, 102
Alkohol, og amning 92
Alkohol, og fosterskader 90-91
Allergidisponerede børn 165
Amning 148, 173-174
Anbefalinger 235
Anden etnisk baggrund 74, 114, 118, 119, 149, 159, 185
Angstreaktioner 189
Ansvar og opgaver 28
Anti-D immunglobulin 111-112
Anæmi 74, 108
Apgar-score 162
Arbejdsløshed 70
Arbejds miljø 77-78
Arbejdstilsynet 77
Asylansøgere 75
Asymptomatisk bakteriuri 99
Audit 197

B

Bakteriel vaginose 129
Ballonkateter 145
Barlows tegn 226
Barsel, psykologiske aspekter 188
Barselsforløb, komplicerede 182
Barselsperioden 36-38, 160, 170-185
Basistilbud i svangreomsorgen 26
Begyndelsesafklaring 17-18
Belastningsreaktioner 190
Besøg af sundhedsplejerske 64
Bilirubin 167
Biokemisk screening 163, 227-231
Blodsukker 166
Blodtryk 97-98
Blødning 49, 59, 111, 131-132, 142, 144, 155, 163, 172, 182
BMI 96, 134, 137
Bolitløse kvinder 72
Bopæl 10
Borg skala 85
Bristninger 156
Bækkenbundstræning 86
Bækkensmerter 138, 215-216
Bækkenvurdering 100

C

Calcium 83
Cardiotocografi (CTG) 155
Celleprøve fra livmoderhalsen 101
Cervix 101, 132, 143
Cervixinsufficiens 24, 58, 131, 142, 143
CTG 107
Cytomegalovirus (CMV) 126

D

Dagpengeregler 79
De 10 kostråd 82
Den Danske Kvalitetsmodel 199
Den praktiserende læge, opgaver 29, 38, 78, 181
Den særlige indsats 62-64
Diabetes mellitus 134
Differentiering af svangreomsorgen 27, 38, 62-64
Doptone 107
D-vitamin 83
D-vitamin status 47
Dødelighed 20-22

E

Efter fødslen 159
Efterfødselssamtale 183-185
Ekstrauterin graviditet 131-132
Epiduralblokade 154-155
Episiotomi 60, 111, 153, 157, 159-160, 223
Etniske minoritetsgrupper 74, 114, 118, 119, 149, 159, 185
Euforiserende stoffer 93, 102-103

F

Familieambulatorium 64
Familedannelse 170
Fast støtteperson 61
Flerfoldsfødsler 19, 137, 140-141
Flygtninge 75
Folsyre 83
For tidlig fødsel 23
Forebyggelsessamtale 17
Forebyggende helbredsundersøgelser 10
Formål for svangreomsorgen 16
Forsigtighed 86, 91
Fosterbeskadigelse 80
Fosterbevægelser 106
Fosterdød 23, 78, 88, 107, 110, 115, 124, 128, 141, 144
Fosterskader 80, 90-92, 119, 123, 125, 127
Fosterstilling 106
Fostervækst 104-106

Fraværsmelding 78
Frit sygehusvalg 11, 209
Fysisk aktivitet 84-87
Fødeklinik, fødsel på 33-34
Fødested 32-35
Fødsels- og forældreforberedelse 146-149
Fødselsanmeldelse 162
Fødselsdepression 68, 191
 hos fædre 192
Fødselsoplevelsen 150, 152
Fødselsvægt 18
Fødslen 150-160
 forberedelse til 148
 psykologiske aspekter 189
Førstegangsfødende 41, 54, 55, 137, 144, 151,
 153, 176, 178, 189
Første lægebesøg 38
Første lægeundersøgelse 6-10 uger 45
Føtal alkohol syndrom 91

G

Galeazzis tegn 222
Generel udvikling, fødsler 18-22
Genoplivning af nyfødte 168
Gestationel diabetes mellitus 22, 47, 74,
 134
Gestationel hypertensension 22
Glucosuri 98
Glukoseintolerans 134
Gonoré 47, 121
Gravide med særlige behov 61-78
Graviditet, psykologiske aspekter 180
Gruppe B-streptokokker (GBS) 129
Gruppekonsultation 43, 48
Gulsot (icterus neonatorum) 167-168
Gynækologisk undersøgelse 47, 99-100

H

Helbredsundersøgelse 42
HELLP syndrom 137
Henvisning til børneafdeling 145
Henvisning til obstetrisk speciallæge
 58-59
Hepatitis B virus infektion (HBV) 47, 118
Hepatitis B-vaccination 164
Hepatitis C virus infektion (HCV) 119
Herpes simplex virus 126
Hindesprængning 145
HIV-infektion 47, 119
Hjemmefødsel 33-34, 37, 158
Hjertefejl 22
Hjertelyd 107
Hoftelukasation 161

Hypertensive tilstande 23, 44, 97, 136-138,
 182
Hypoglykæmi 166
Hælblodprøve 227-231
Hæmatologiske sygdomme 108-117
Hæmoglobin 47
Hæmoglobinopati 74, 103-115
 selektiv screening for 114
Hørescreening 164
Håndkøbsmedicin 80

I

Icterus neonatorum 167-168
Igangsættelse 144
Implementering 201
Incest 73
Individuel forløbsplan 41
Individuel konsultation 48
Infektioner, undersøgelse for 117-130
Information af den gravide 11
Informeret samtykke 12, 204
Instrumentel forløsning 155
Intrauterin væksthæmning (IUGR) 24

J

Jern 83
Jerntilskud 108
Jordmodercentre 30
Jordmoderen, opgaver 29, 78
Jordmoderkonsultation 42
 13-15 uger 48
 21 uger 50
 29 uger 52
 35/36 uger 54
 37 uger 55
 39 uger 56
 41 uger 57

K

Kejsersnit (sectio) 19, 22, 139-140, 145,
 157-158
 på moders ønske 157
Klamydia 47, 122
Klinisk fosterskøn 105
Kliniske databaser 198
Kliniske problemstillinger 131-145
Kommunikationsvanskeligheder 74
Komplikationer 58, 87, 144, 149, 182
Komplicerede barselsforløb 182
Konditionstræning 85
Konsangvinitet 74
Kontaktblødning 132

Kontakter i graviditeten 39-60
 oversigt 41
Kontraktioner 100, 132, 142-144, 152
Koordinering 63
Kort skolegang 70
Kostråd 82-84
Kosttilskud 83
Krav til fødeafdeling og -klinik 35
Kromosomfejl 131
Kvalitetsudvikling 195
Kvindelig omskæring 76
K-vitamin-indgift 163
Kønsopdelte grupper 50

L

Latent fase 151
Lattergas 154
Lav fødselsvægt 21
Levevis i graviditeten 77-94
Listeriose 128
Liv 107
Lussingsyge 124
Lægemidler 80-81
Lægemidler, til ammende 81
Lægeundersøgelse,
 6-10 uger 45
 25 uger 51
 32 uger 53
 8 uger efter fødslen 60
Lægevalg 208

M

Mammalpalpation 101
Massage 154
Medfødt sygdom 145
Medfødte misdannelser 24
Medicin 64-66
Medicinsk Teknologivurdering (MTV) 197
Metodeeksempler 197
MFR-vaccination 123
Miljøstoffer 94
Mindre liv 107
Misdannelse 145
Miste et spædbarn 33
Moderens alder 18
Moderens restitution 171
Morfin 154
Mortalitet 142
Måling af blodtryk 97

N

Narkotika 93, 102-103
Naturlægemidler 80

Navlesnors-pH 162
Nedtrængningsperioden 153
Neuralrørsdefekt 22
Nikotinsubstitution 89
Niveau 1 27
Niveau 2 27, 41
Niveau 3 27, 62-76
Niveau 4 27, 62-76
Nyfødt 161

O

Obstetrisk afdeling 33, 65, 68, 76
 opgaver 31
Obstetrisk færdighedstræning 160
Obstetrisk speciallæge 80
 henvisning til 60-61
 opgaver 30
Omskæring, kvindelig 76, 221-224
Opgaver
 den praktiserende læge 29, 38,
 78, 181
 fødestedet 177
 jordmoderen 29, 78
 obstetrisk afdeling 30
 obstetrisk speciallæge 31
 sundhedsplejersken 31, 180
 sundhedsvæsenet 174
Organisatorisk tilrettelæggelse 28
Organisering, barselsperioden 35-37
Ortolanis manøvre 161
Overbårenhed (graviditas prolongata) 144
Overvægtige gravide 19, 22, 133-134
Overvågning af fosteret 104-107

P

P4-test 139, 211
Parvovirus B19 124
Passiv rygning 88
Patienters retsstilling 11
Patientsikkerhed 201
Patologiske psykiske reaktioner 189
Placenta prævia 132, 139
Placentaløsning (abruptio) 132
Plukveer 142
Posttraumatisk belastningsreaktion 191
Presseperioden 153
Principper for svangreomsorgen 16
Progression 152
Proteinuri 98
Præeklamsi 22, 136-138
Prækonceptionel rådgivning 43, 66, 69, 123
Præterm fødsel 142-143
Psykisk og social anamnese 102

Psykiske sygdomme 66-69
Psykologiske aspekter 187-194
Pudendusblokkade 154

R

Restitution 171
RhD (rhesus) immunisering 110
RhD (rhesus) immunprofylakse 165
RhD negativ blodtype 51
Risikobegrebet 18
Risikofaktorer for præterm fødsel 142
Risikofyldt arbejde 78
Rubella 123
Rusmiddelproblemer 58, 64-67, 72, 76,
94,102-104, 193, 217
Rusmidler, spørgeguide 103
Rygestop 88
Rygning 23, 87-90, 103
Rygsmærter 138
Røde hunde 123

S

Screening for infektioner 118-122
Sectio 157-158
Sectio antea 139-140
Seglcelleanæmi 113
Skadelige miljøstoffer 94
Skizofreni 66
Skoldkopper 125
Slankekur 97, 133
Smear 101
Smertelindring 153, 156
Smærter 49, 79, 98, 131-132, 137-139, 156-157,
172, 179, 215
Social ulighed 22
Sociale problemstillinger 70
Sphincterruptur 153, 157, 160, 172, 182, 184
Spiseforstyrrelser 68
Spædbarnspleje 149, 170
Spørgesguide, rusmidler 103
Sterilisation 69
Stetoskopi 98
Stoffer 64-66
Styrketræning 86
Sundhedsaftaler 11
Sundhedsfremme 17
Sundhedsloven 10-15
Sundhedsplaner 11
Sundhedsplejersken 64, 179
opgaver 31, 180
Sundhedspædagogik 18
Suturering 156

Svangerskabsjournal 37
Syfilis 47, 120
Sygehus,
barselsophold på 36
fødsel på 34
Sygemelding 78-80
Symfyse-fundus-mål 104-107
Syntocinonprofylakse 155
Systematisk udspørgen om rusmidler 102
Særlig indsats, planlægning af 62-64
Særlige behov 61-76

T

Tavshedspligt 13, 205
Tegnblødning 132
Teknologi 155
Terminfastsættelse 95
Thalassæmi 113
Tidligere kejsersnit 139-140
Tilknytning til barnet 148
Tilpasningsreaktion 190-191
Tilrettelæggelse af svangreomsorgen
26-38
Tortur 73
Toxoplasmose (haresyge) 127
Trendelenburg-test 139, 212
Trimestre 43
Trombofoli 115
Træningsformer 85
Træstetoskop 107, 155
Tvillingefødsler 140
Tværfaglig indsats 62-64, 67
Tværløje 140
Tværsektorielt samarbejde 62-64

U

Udfald 143
Udsatte gravide 61-76
Udskrivning 36-37
Udvidningsfasen 151
Udvikling til forældreskab 148
Udviklingshæmmede forældre 69
Ultralydsundersøgelse 106-107, 131
Underrettningspligt 14, 212
Undersøgelse
for infektioner 123-128
af den gravide 95-103
af den nyfødte 161-169
Unge forældre 71
Urinscreening 98-99
Uterusruptur 145
Uønsket enlig 71

V

Vaginal fødsel 140, 151-157
Vaginaleksploration 100
Valg af fødested 31-35
Vandrejournel 37
Varicella 125
Varme bade 154
Ve-hvilestilling 154
Vejning 95-97
Vejrtrækning 154
Vestimulation 145, 152-153

Vesvækkelse 152

Videregivelse af helbredsoplysninger 13, 208

Virksomhedens ansvar 77

Visitation 32-35

Vold i familien 72

Voldtægt 73

Vægtøgning 68, 95-97, 133-134

Å

Åben konsultation 43

ANBEFALINGER FOR SVANGREOMSORGEN

Anbefalingerne henvender sig bredt til sundhedspersonale – især praktiserende læger, jordemødre, obstetrikere, sundhedsplejersker og personale på barselsafdelinger samt til sundhedsfaglige ledere, administratorer og beslutningstagere.

Bogen giver en detaljeret beskrivelse af indholdet i konsultationsarbejdet for jordemødre og praktiserende læger fra første graviditetsundersøgelse til undersøgelsen af moderen 8 uger efter fødslen. Samtidig er beskrevet, hvordan den faglige indsats i svangreomsorgen kan niveauopdeles i forhold til behovet hos den enkelte familie.

Sundhedspersonalets rådgivning om hensigtsmæssig livsstil under graviditet gennemgås med særlig fokus på alkohol, rygning og tilskud af jern og D-vitamin.

Bogen giver indblik i de psykologiske aspekter ved familiedannelse, herunder partnerens betydning.

Fra bogens indhold:

- Tilrettelæggelse af svangreomsorgen
- Kontakter i graviditeten
- Gravide med særlige behov
- Levevis i graviditeten
- Overvågning af fosteret
- Kliniske problemstillinger i graviditeten
- Fødslen
- Observation, forebyggelse og behandling af den nyfødte
- Barselsperioden.



www.sst.dk

Bogen kan købes hos:
Komiteen for Sundhedsoplysning
Classensgade 71, 5. sal, 2100 København Ø
Telefon 35 26 54 00, telefax 35 43 02 13
E-mail: kfs@sundkom.dk
Hjemmeside: www.sundhedsoplysning.dk