

Anbefalinger for svangreomsorgen

Høringsudgave

6. juni 2007

Anbefalinger for svangreomsorgen

Redaktion
XXXX

Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
Postboks 1881
2300 København S

Emneord: XXXXXXXX

Sprog: Dansk

URL: <http://www.sst.dk>

Version: 1,0

Versionsdato:

Elektronisk ISBN:

Den trykte versions ISBN:

ISSN-nr:

Format: pdf

Pris:

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, 2007

Design: 1508 A/S

Tryk:

Trykt på miljøcertificeret papir

Forord

Indhold

1 Lovgrundlaget og øvrige bestemmelser

- 1.1 Sundhedsloven og kommunalreformen
- 1.2 Adgang til ydelser efter sundhedsloven
- 1.3 Patienters retsstilling
- 1.4 Tavshedspligt og underretningspligt
- 1.5 Øvrige bestemmelser

2 Baggrund og principper for svangreomsorgen

- 2.1 Formål
- 2.2 Principper
- 2.3 Begrebsafklaring
 - 2.3.1 Forebyggelse og sundhedsfremme
 - 2.3.2 Forebyggelsessamtale
 - 2.3.3 Sundhedspædagogik
 - 2.3.4 Risikobegrebet
- 2.4 Den generelle udvikling i Danmark
- 2.5 Perinatal, neonatal og maternel dødelighed - set i nationalt og internationalt perspektiv
- 2.6 Svangreomsorgens udfordringer
 - 2.6.1 Social ulighed i sundhed
 - 2.6.2 Den overvægtige gravide
 - 2.6.3 Tobak
 - 2.6.4 For tidlig fødsel
 - 2.6.5 Intrauterin væksthæmning (IUGR)
 - 2.6.6 Medfødte misdannelser

3 Tilrettelæggelse af svangreomsorgen – differentiering, rammer og problemstillinger

- 3.1 Generelt
- 3.2 Differentiering af svangreomsorgen
- 3.3 Organisatorisk tilrettelæggelse
- 3.4 Ansvar og roller
 - 3.4.1 Den praktiserende læge
 - 3.4.2 Jordmoderen
 - 3.4.3 Jordmodercentre
 - 3.4.4 Obstetrisk afdeling
 - 3.4.5 Obstetrisk speciallæge
 - 3.4.6 Sundhedsplejersken
- 3.5 Visitation til fødested og krav til fødesteder
 - 3.5.1 Hjemmefødsel
 - 3.5.2 Jordmoderledede fødeklinikker uden tilknytning til sygehus
 - 3.5.3 Fødsler på sygehuse
- 3.6 Organisering af det sundhedsfaglige tilbud i barselsperioden

- 3.6.1 På sygehuset
- 3.6.2 Efter udskrivning
- 3.7 Svangerskabs- og vandrejournalen og barselsjournalen

4 Tilrettelæggelse af konsultationerne

- 4.1 Antal og tidspunkt for kontakter
 - 4.1.1 En individuel forløbsplan
- 4.2 Kontakternes form
 - 4.2.1 Helbredsundersøgelse
 - 4.2.2 Jordemoderkonsultation uden helbredsundersøgelse (samtale)
 - 4.2.3 Gruppekonsultation
 - 4.2.4 Åben konsultation
- 4.3 Prækonceptionel rådgivning
- 4.4 Indhold af konsultationerne
 - 4.4.1 6-10 uger: 1. lægeundersøgelse
 - 4.4.2 13-15 uger: 1. jordemoderkonsultation
 - 4.4.3 Jordemoderkonsultation 21 uger
 - 4.4.4 Lægeundersøgelse 25 uger
 - 4.4.5 Jordemoderkonsultation 29. uger
 - 4.4.6 Lægeundersøgelse 32 uger
 - 4.4.7 Jordemoderkonsultation 35-36 uger
 - 4.4.8 Jordemoderkonsultation 37 uger
 - 4.4.9 Jordemoderkonsultation 39 uger
 - 4.4.10 Jordemoderkonsultation ved overskridelse af termin (41-42 uger)
- 4.5 Henvisning til obstetrisk speciallæge
 - 4.5.1 Årsager til primær henvisning til obstetrisk afdeling
 - 4.5.2 Årsager til henvisning til obstetriker i løbet af graviditeten
- 4.6 8 ugers-undersøgelsen hos egen læge

5 Gravide med særlige behov

- 5.1 Den særlige indsats
- 5.2 Forankring af indsatsen for særlig udsatte gravide/familier
 - 5.2.1 Planlægning, koordinering og forankring
 - 5.2.2 Tilbud om besøg af sundhedsplejerske
- 5.3 Særlig udsatte gravide
 - 5.3.1 Gravide med misbrug af rusmidler, alkohol og medicin
 - 5.3.2 Gravide med psykiske lidelser
 - 5.3.3 Sociale problemstillinger

6 Levevis i graviditeten

- 6.1 Arbejdsmiljø
 - 6.1.1 Virksomhedens ansvar og pligter
 - 6.1.2 Væsentlige påvirkninger på arbejdspladser:
 - 6.1.3 Syge- og fraværsmeldinger
- 6.2 Lægemidler

- 6.3 Kostråd
- 6.4 Motion
 - Anbefalinger
 - 6.4.1 Hvordan (Motionsformer)
- 6.5 Tobak
 - 6.5.1 Konsekvenser af rygning under graviditet
 - 6.5.2 Graviditet og passiv rygning
 - 6.5.3 Konsekvenser for barnet efter fødslen
- 6.6 Rygestop.
 - 6.6.1 Nikotinsubstitution.
- 6.7 Alkohol
 - 6.7.1 Konsekvenser af brug af alkohol under graviditeten
 - 6.7.2 Anbefaling og risikovurdering – et forsigtighedsprincip
 - 6.7.3 Prækonceptionel rådgivning
 - 6.7.4 Kvinder, der har problemer med alkohol
- 6.8 Andre euforiserende stoffer/narkotika
 - 6.8.1 Udbredelse af euforiserende stoffer i befolkningen
- 6.9 Forurenende miljøstoffer

7 Den kliniske undersøgelse af gravide

- 7.1 Terminfastsættelse
- 7.2 Vægt og vejning
- 7.3 Blodtryk
- 7.4 Stetoskopi af hjerte og lunger
- 7.5 Urinscreening
- 7.6 Gynækologisk undersøgelse
 - 7.6.1 Vaginal eksploration
 - 7.6.2 Bækkenvurdering
- 7.7 Celleprøve fra livmoderhalsen (smear)
- 7.8 Mammalpalpation
- 7.9 Psyko-sociale problemstillinger
- 7.10 Misbrug
- 7.11 Kvinder med anden etnisk baggrund
 - 7.11.1 Traume- og torturofre
 - 7.11.2 Kvindelig omskæring

8 Screening for hæmatologiske sygdomme

- 8.1 Anæmi
 - 8.1.1 Baggrund
 - 8.1.2 Effekt af jernmangelforebyggelse
 - 8.1.3 Jerntilskud
- 8.2 Rhesus immunisering
 - 8.2.1 Forebyggelse
- 8.3 Hæmoglobinopatier
- 8.4 Graviditetskomplikationer associeret til arvelig og erhvervet trombofili

9 Screening for infektioner

- 9.1 Hepatitis B virus infektion (HBV)
- 9.2 Hepatitis C virus infektion (HCV)
- 9.3 HIV-infektion
- 9.4 Syfilis
- 9.5 Gonoré
- 9.6 Klamydia
- 9.7 Rubella (røde hunde)
- 9.8 Parvovirus B19 – Lussingesyge
- 9.9 Varicella (skoldkopper)
- 9.10 Herpes simplex virus
- 9.11 Cytomegalovirus (CMV)
- 9.12 Toxoplasmose (haresyge)
- 9.13 Listeriose
- 9.14 Bakteriel vaginose
- 9.15 Gruppe B Streptokokker (GBS)

10 Kliniske problemstillinger i svangerskabet

- 10.1 Blødning i graviditeten
 - 10.1.1 Den tidlige graviditet
 - 10.1.2 Blødning efter 1. trimester
 - 10.1.3 I hele graviditeten
- 10.2 Den overvægtige gravide
- 10.3 Gestationel diabetes mellitus
- 10.4 Præeklamsi og andre hypertensive tilstande i graviditeten
 - 10.4.1 Hypertensive tilstande
 - 10.4.2 Præeklamsi
- 10.5 Graviditetsrelaterede bækkensmerter
- 10.6 Tidligere kejsersnit – sectio antea
- 10.7 Præterm fødsel
 - 10.7.1 Risikofaktorer for præterm fødsel
- 10.8 Overbårenhed – graviditas prolongata
 - 10.8.1 Risici ved overbårenhed
 - 10.8.2 Igangsættelse

11 Overvågning af fosteret under graviditeten

- 11.1 Fostervækst
 - 11.1.1 Symfyse-fundus mål
 - 11.1.2 Klinisk fosterskøn
 - 11.1.3 Vurdering ved ultralyd
- 11.2 Fosterstilling
- 11.3 Overvågning af fosterbevægelser
- 11.4 Hjertelyd

12 Fødsels- og familieforberedelse

- 12.1 Tilrettelæggelse
- 12.2 Fødsels- og familieforberedelsens indhold
- 12.3 Familier med anden etnisk baggrund end dansk

13 Fødslen

- 13.1 Vaginal fødsel
 - 13.1.1 Lang latent fase/Udvidningsfasen
 - 13.1.2 Progression og anvendelse af vestimulation
 - 13.1.3 Fødselens uddrivningsfase (nedtrængnings- og presseperioden)
 - 13.1.4 Smertelindring
 - 13.1.5 Fødegangens teknologi
 - 13.1.6 Afnavling
- 13.2 Kejsersnit (sectio)
 - 13.2.1 Kejsersnit på moders ønske (maternal request)
- 13.3 Hjemmefødsler
- 13.4 Tiden lige efter fødslen
- 13.5 Etniske minoriteter
- 13.6 Obstetrisk færdighedstræning

14 Observation, forebyggelse og behandling af den nyfødte

- 14.1 Undersøgelse af den nyfødte
- 14.2 Anmeldelse af fødslen mv.
- 14.3 Måling af navlesnors pH
- 14.4 K-vitamin-indgift
- 14.5 Neonatal biokemisk screening
- 14.6 Hørescreening
- 14.7 Hepatitis B vaccination
- 14.8 Rhesus immunprofylakse
- 14.9 Børn med særlig risiko for udvikling af allergisk sygdom
- 14.10 Hypoglykæmi
- 14.11 Gulsot (Icterus neonatorum)
- 14.12 Træning/instruks/ansvar vedr. genoplivning af nyfødte

15 Barselsperioden

- 15.1 Barselsperiodens vigtigste elementer
 - 15.1.1 Familiedannelse
 - 15.1.2 Moderens fysisk og psykisk restitution
 - 15.1.3 Amning
 - 15.1.4 Spædbarnspleje
- 15.2 Sundhedsvæsenets opgaver i barselsperioden
- 15.3 Komplicerede barselsforløb
- 15.4 Efterfødselssamtale
- 15.5 Kvinder /familier med anden etnisk baggrund end dansk

16 Psykologiske aspekter i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel

16.1 Graviditet, fødsel og barsel

16.1.1 Graviditet

16.1.2 Fødsel

16.1.3 Barsel

16.2 Patologiske psykiske reaktioner

16.2.1 Angstreaktioner i forbindelse med graviditet og fødsel

16.2.2 Belastningsreaktioner

16.2.3 Fødselsdepression

17. Kvalitetsudvikling i svangreomsorgen

17.1 Kvalitetsudvikling

17.2 Den Danske Kvalitetsmodel

17.2.1 Fokus og indhold

17.2.2 Om standarder og indikatorer

17.2.3 Værktøjer til kvalitetsudvikling

17.2.4 Udvalgelse og prioriteringer

17.2.5 Evaluering og rapportering

17.2.6 Akkreditering

17.3 Patientsikkerhed

Bilag 1

Bilag 2

Graviditetsrelaterede bækkensmerter og bækken-løsning

Smerteanamnese

Objektiv undersøgelse

Bilag 3

Eksempler på danske tværfaglige og tværsektorielle projekter

Thisted modellen

Vestegnssamarbejdet

Sårbare gravide i Silkeborg

Sårbare gravide; mødet og samarbejdet mellem den gravide og de professionelle

Familieambulatoriemodellen

Bilag 4

Anbefalinger vedrørende kvinder, der er omskåret

Bilag 5

Indledning

1. Lovgrundlaget og øvrige bestemmelser

1.1 Sundhedsloven og kommunalreformen

Svangreområdet er reguleret i sundhedsloven (lov nr. 546 af 24. juni 2005), der udmønter kommunalreformen på sundhedsområdet. Sundhedsloven indeholder de grundlæggende regler om sundhedsmyndighedernes pligter og patienters rettigheder, herunder forhold med betydning for svangreområdet.

1.2 Adgang til ydelser efter sundhedsloven

Bopæl

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

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. xx af xx. xxxx 2007 fremgår det, at kvinder har ret til 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. 1183 af 28. november 2006 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge fremgår det af § 15, jf. § 11, 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 eventuelt 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 regler, der er fastsat i medfør af loven, viderefører således det tilbud om graviditets- og fødselsydelser, der fremgik af den tidligere gældende lovgivning på området.

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 regions sygehuse. Et sygehus kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage personer fra andre regioner.

Sundhedsaftaler/Sundhedsplaner

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 efter forinden at have indhentet Sundhedsstyrelsens rådgivning. Sundhedsplanen udarbejdes endvidere efter drøftelse i de

enkelte sundhedskoordinationsudvalg, som nedsættes i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen. Planen indeholder en beskrivelse af det regionale sundhedsvæsenets betjening af borgerne, herunder bl.a. tilbuddet om svangerskabshygiejne 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 frivillige aftaler. Der foreligger ikke krav til, at der udarbejdes aftaler inden for svangreomsorgen, men det er muligt at indgå frivillige sundhedsaftaler på dette område. Et tæt, formaliseret, velbeskrevet samarbejde mellem kommuner og regioner er nødvendigt. Det er en lokal afgørelse, om samarbejdet inden for svangreomsorgen tilrettelægges bedst i eksempelvis et fødeplanudvalg, en arbejdsgruppe under det regionale sundhedskoordinationsudvalg eller i et andet regi.

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 bl.a. 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 Patientrettigheder

Gravide er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om patienters retsstilling, idet de gravide her defineres som patienter. I loven forstand er definitionen på en patient "en bruger af sundhedsvæsenet", uanset om vedkommende er rask eller syg. Patientrettighederne 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.

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 lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af sundhedsloven §§ 17-19. 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 sundhedspersonen. Et informeret samtykke kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende. Af sundhedslovens § 16 fremgår det, at informationen skal gives løbende og omfatte en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Det fremgår endvidere, at informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring mv. 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. 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.¹

1.4 Tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Af sundhedslovens § 40, stk. 1, fremgår, at patienter har krav på sundhedspersoners tavshed. Der gælder forskellige regelsæt afhængig af, om der er tale om indhentning af helbredsoplysninger fra elektroniske systemer, videregivelse i forbindelse med behandling af patienter eller videregivelse til andre formål end patientbehandling.

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 når videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov (§ 41, stk. 2, nr.1). Sundhedsloven muliggør også, 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 (§ 41, stk. 2, nr. 2). En læge, der er ansat på privatejet sygehus, 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 (§ 41, stk. 2, nr. 3). Sundhedsstyrelsen har i vejledning af 22. februar 2007 om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv. beskrevet reglerne for videregivelse af udskrivningsbreve.

Patienten kan i alle nævnte tilfælde frabede sig, at oplysninger videregives, jv. § 41, stk. 3 (sige-fra-adgang).

Reglerne i sundhedslovens §§ 42 a og 42 b om indhentning af helbredsoplysninger fra elektroniske systemer regulerer sundhedspersoners opslag i forbindelse med behandling af patienter. Sundhedspersoners opslag i elektroniske svangerskabs- og vandrejournaler eller i en samlet graviditets- og barselsjournal 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 giver læger, medicinstuderende (§ 42 a, stk. 8) og sygehusansatte tandlæger en bred adgang til at indhente elektroniske oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuell behandling af patienter. En bred adgang betyder, at det er tilladt at indhente både historiske og aktuelle oplysninger og oplysninger, der stammer fra andre sektorer og andre faggrupper under forudsætning af, at de øvrige betingelser i bestemmelsen er opfyldt. Andre sundhedspersoner, f.eks. jordemødre, har en mere snæver adgang, idet denne gruppe kan indhente oplysninger om aktuell behandling fra de elektroniske patientjournaler om de patienter, der er i behandling på samme behandlingsenhed, som jordemoderen er tilknyttet. Gruppen af andre

¹ Bestemmelsen er indføjet ved lov nr. 431 af 8. maj 2007, der træder i kraft den 1. oktober 2007.

sundhedspersoner kan dog med tilladelse fra ledelsen på behandlingsstedet få en bred adgang som læger, medicinstuderende og sygehusansatte tandlæger.²

Reglerne i sundhedslovens §§ 42 a og 42 b er nærmere beskrevet i vejledning nr. xx. af xx 2007³.

Videregivelse af helbredsoplysninger mv. 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 mv. 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.

Videregivelse kan 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, jv. § 43, stk. 2, nr. 1.

Underretningspligt

En sundhedspersons tavshedspligt tilsidesættes, når sundhedspersonen via lovgivning er pålagt en underretningspligt. Det fremgår af lov om social service (lovbk nr. 58 af 18.1. 2007 § 153, stk. 3), at offentligt ansatte m.fl. skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af deres hverv får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte. I bekendtgørelse nr. 1240 af 5. december 2006 om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service er underretningspligten uddybet. Det følger af bekendtgørelsens § 3, stk. 1, nr. 1, at 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 en gravid kvinde med alvorlige misbrugsproblemer, der må give formodning om, at der er behov for støtte. Underretningspligten foreligger, når det er formodning om, at en gravid har et så alvorligt misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer, at det medfører behov for støtte på grund af sundhedsrisiko for det kommende barn. Det er i bekendtgørelsens § 4, stk. 2, præciseret, at underretningspligten først indtræder, når der ikke er rimelig mulighed for gennem egen virksomhed i tide at afhjælpe vanskelighederne, herunder gennem rådgivning og vejledning af den gravide samt gennem dialog og samarbejde eventuelt med henblik på inddragelse af kommunen. Endvidere fremgår det af § 154, at alle, der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældres eller andre opdragers 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.

Der henvises til socialministeriets bekendtgørelse nr. 1240 af 5.12.2006 om underretningspligt overfor kommunen efter lov om social service og Sundhedsstyrelsens vejledning af 18.4.2006 om sundhedspersoners underretningspligt over for kommunen.

Videregivelse af helbredsoplysninger kan også ske uden patientens samtykke, hvis videregivelsen er nødvendig af hensyn til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre (§ 43, stk. 2, nr. 2). Videregivelsen legitimeres med, at der er tale om en værdispringsregel, dvs. at der efter en

² Bestemmelserne i sundhedslovens §§ 42 a og 42b er indføjet ved lov nr. 431 af 8. maj 2007, der træder i kraft den 1. oktober 2007.

³ Vejledningen forventes at være trådt i kraft inden ikrafttrædelsen af retningslinjerne for svangreomsorgen.

konkret vurdering findes at være en af de i bestemmelsen nævnte tungtvejende grunde til at videregive oplysningen, som overstiger patientens ret til fortrolighed. Hvis en læge eksempelvis får kendskab til, at en patient har begået grov kriminalitet, kan lægen videregive denne oplysning til politiet uden patientens samtykke. Bestemmelsen er kun relevant, hvor der ikke er fastsat udtrykkelige pligtudleveringsbestemmelser som nævnt ovenfor. En sådan videregivelse skal følges op med en orientering 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 sundhedsloven (sundhedslovens § 43, stk. 4).

Videregivelse kan endvidere ske, når dette er nødvendig for, at en offentlig myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver. Det kan fx være i forbindelse med behandling af en klagesag (§ 43, stk. 2, nr. 3).

Det følger af sundhedslovens § 43, stk. 3, at det er den sundhedsperson, der er i besiddelse af en fortrolig oplysning, som afgør, om videregivelse uden patientens samtykke er berettiget.

For så vidt angår den tidsmæssige udstrækning af et samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger skal der sondres mellem, hvad formålet med videregivelsen er. Et samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger til andre formål end patientbehandling bortfalder senest 1 år efter, at det er givet. Kravene til samtykke, herunder den tidsmæssige udstrækning, er nærmere reguleret i bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 og behandlet i vejledning nr. 161 af 16. september 1998, pkt. 6.

1.5 Øvrige bestemmelser

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

Sundhedsstyrelsen har i 2006 påbegyndt udarbejdelsen af en ny vejledning vedrørende specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet (specialevejledning), der skal erstatte den nuværende vejledning fra 2001. Der vil her komme anbefalinger til hovedfunktion (basisniveauet), som udgør ca. 90 % af aktiviteten i sygehusvæsenet. Hovedparten af svangreomsorgens aktiviteter hører under hovedfunktionen. Regionsrådet vil i sin sundhedsplan skulle beskrive de aftaler, der er for svangreomsorgens hovedfunktioner, og som tidligere anført beskrive evt. frivillige samarbejdsaftaler mellem kommuner og region, der er aftalt for svangreomsorgen. Sundhedsstyrelsen vil i forbindelse med udarbejdelsen af den nye specialevejledning tage stilling til krav til specialfunktioner inden for svangreomsorgen (de tidligere lands- og landsdelsfunktioner). *[Afsnittet vil blive revideret, når specialeplanlægningen for gynækologi og obstetrik foreligger]*

2. Baggrund og principper for svangreomsorgen

2.1 Formål

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

2.2 Principper

Svangreomsorgens anbefalinger er udformet med henblik på at sikre medinddragelse 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 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 mindre gruppe af jordemødre, der følger kvinden under graviditeten. Der 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 egne 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 i forhold til kulturel diversitet, og den gravides individuelle valg skal til enhver tid respekteres.

Indsatsen bør respektere kvinden og barnets integritet og sikre kvinden/parret muligheder for at træffe reelle valg om undersøgelsestilbud, fødested og -måde, behandlingsforslag, omsorg og anvendelse af teknologi. Unødigt 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 er mulighed for at differentiere indsatsen.

2.3 Begrebsafklaring

Sundhedsvæsenets 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 fremme 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 handlekompetence. 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 sundheden. Sundhedsfremmende vejledning indgår i de forebyggende helbredsundersøgelser og i den sundhedspædagogiske 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, motion, rygning, alkohol, familiedannelse, brug af egne ressourcer samt brug af netværk.

Forebyggelse af uheldsmæssige tilstande er et andet af svangreomsorgens formål. En del af de kontakter, en gravid vil have med sundhedsvæsenet, vil sigte mod at identificere mulige årsager til uheldsmæssige 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 med risikoadfærd til adfærdsendring, fx i forhold til rygning, alkoholforbrug, kost- eller motionsvaner. 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 sundheden 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 fremtidige 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 abort, væksthæmning eller for tidlig fødsel. Eller der kan opstå eller forværres sygdom hos moderen. Enkelte graviditeter resulterer i fødsel af et sygt, misdannet, handicappet eller dødt barn. Sundhedsvæsenet tilbyder en særlig målrettet forebyggende og behandlende indsats til gravide, hvis graviditet er forbundet med øget risiko for et sådant uønsket forløb.

2.4 Den generelle udvikling i Danmark

I Danmark fødte godt 62.000 kvinder knapt 65.000 børn i 2005 (sundhedsdata.sst.dk). Disse tal har været relativt stabile gennem de seneste 5 år. Ca. 98-99 % føder på landets specialafdelinger, mens knapt 1 % føder i hjemmet, og de resterende føder på klinikker uden tilknytning til en specialafdeling 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 1995-2005 steget fra 27,4 til 28,9 år. I 2005 var andelen af fødende over 35 år 17,9 % af alle fødsler mod 11,4 % af alle fødsler i 1995. Omvendt er andelen af mødre under 20 år faldet fra 2 % i 1995 til 1,4 % i 2006. 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. Den gennemsnitlige fødselsvægt er således knapt 3500 g for piger og næsten 3600 g for drenge. Dette hænger formentlig sammen med, at forekomsten af overvægt i befolkningen generelt har været stigende i perioden, ligesom antallet af rygere har været faldende. Andelen af nyfødte med en fødselsvægt over 4000 g er således fordoblet i perioden (fra 7,8 til 14,6 % hos piger og fra 13,2 til 22,1 % hos drenge). Den høje fødselsvægt er bekymrende, da store børn medfører flere fødselstraumer hos både mor og barn. På langt sigt kan en høj fødselsvægt også få skadelig indvirkning på helbredet, da store børn muligvis har en øget risiko for overvægt og type 2-diabetes og brystkræft hos kvinder senere i livet.

2.4.3 Kejsersnit

Frekvensen af kejsersnit er steget i alle de nordiske lande. I Danmark var frekvensen 21,4 % af alle forløsninger i 2006 mod 12,7 % i 1994.

Årsagerne hertil er flere: ældre fødende, øget andel overvægtige gravide, flere IVF-graviditeter, herunder stigning i flerfoldsgraviditeter og ændret anbefaling for fostre i sædepræsentation. Endelig er der sket en ændring i holdningen til fødemåde hos de gravide, og det har betydet en stigning i forekomsten af kejsersnit på moders ønske (maternal request).

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

2.4.4 Flerfoldsfødsler

Antallet af flerfoldsfødsler er steget fra 1,9 % af alle fødsler i 1997 til 2,4 % i 2005. Dette må i høj grad tilskrives stigningen i antallet IVF-graviditeter, da det øger sandsynligheden for flerfoldsgraviditet. Det skal dog bemærkes, at praksis på området ændrer sig, idet det nu anbefales i visse situationer kun at lægge et enkelt befrugtet æg op. I 2004 var 3,1 % fødsler efter kunstig befrugtning mod 1,8 % i 1996. Tilsvarende udvikling ses også i de andre nordiske lande.

2.4.5 Overvægtige gravide

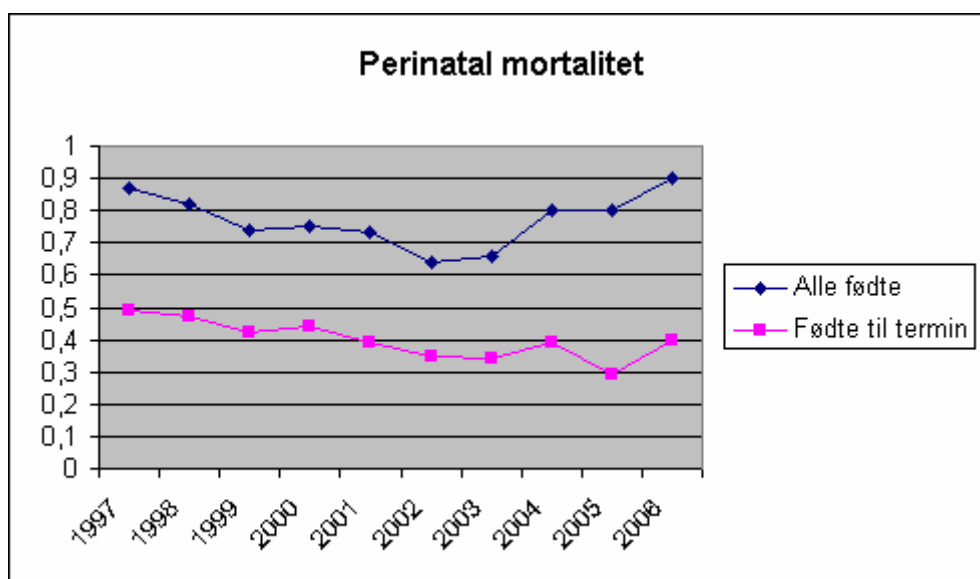
De seneste 20 år er forekomsten af overvægt steget voldsomt i den danske befolkning. I 2005 var 11 % af alle gravide svært overvægtige (prægravid BMI > 30), mens tallet i 1986 blot var 3 %. Ifølge Landspatientregisteret var 29 % af de førstegangsfødende og 35 % af de flergangsfødende overvægtige i 2006 (prægravid BMI > 25) ligesom det gennemsnitlige BMI-tal var højere med stigende paritet. 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 sundhedsvæsnets indsats i relation til graviditet og fødsel. Perinatal dødelighed defineres i henhold til WHO som summen af dødfødte efter 22. uge (indtil 2004 efter 28 uge⁴) 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. graviditetsuge.

Den perinatale dødelighed har i mange år ligget højere i Danmark end i de andre nordiske lande. I de seneste år er den perinatale dødelighed i Danmark imidlertid faldet til niveau med de andre nordiske lande (6.4 /6.6 pr. 1000), se figur 1. Efter 2004 kan man se konsekvensen af den ændrede lovgivning (fra 28. uge til 22. uge), og dødeligheden var i 2006 8 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 mortalitet i Danmark (Landspatientregisteret)

2.5.2 Neonatal dødelighed

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

⁴ 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.

Den neonatale dødelighed har været faldende de seneste 30 år og var 3 pr. 1.000 levendefødte i 2006. Den neonatale dødelighed er højere i Danmark end i de andre nordiske lande. Ca. 80 % af disse dødsfald sker inden for de første 7 dage. Af de, der dør de første 7 dage, har 25 % lav fødselsvægt (1000-2499 gram) og 52,9 % ekstremt lav fødselsvægt (under 1000 gram). 16 % er født for tidligt (28 til 36 fulde uger), og 27 % er født ekstremt for tidligt (mindre end 28 fulde uger).

Af de, der dør mellem 7-28 dage har 29,3 % lav fødselsvægt og 29,3 % ekstremt lav fødselsvægt. 18 % er født for tidligt og 37,9 % er født ekstremt for tidligt. Desuden udgør flerfoldsfødsler en stor andel af den neonatale dødelighed. (2001).

Således vil en stor del af de neonatale dødsfald findes 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.

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, som resulterer i fødsel af et barn, 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 efter de valgte kriterier, hvilket er blandt de 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 en tilsvarende stigning i antallet af dødsfald som følge af en forværring af allerede eksisterende sygdom hos den gravide kvinde. Dette er en tendens, som også ses i andre vesteuropæiske lande, der foretager systematisk gennemgang af materielle dødsfald. Medvirkende hertil kunne være den stigende gennemsnitsalder for fødende kvinder. Hyppigste dødsårsager i den nævnte periode var hjertesygdom og tromboemboliske lidelser.

2.6 Svangreomsorgens udfordringer

Sundhedsvæsenets indsats over for henholdsvis 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 resultat.

En række af de kendte årsager til uønskede graviditetsudfald vil blive gennemgået nedenfor, og de udfordringer svangreomsorgen i Danmark 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. Dette gælder også gravide.

Der er i Danmark og i de øvrige nordiske lande fundet betydelige sociale uligheder i en række graviditetsudfald som lav fødselsvægt, for tidlig fødsel 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 kost- og motionsvaner og anden negativ sundhedsadfærd, der har betydning for graviditetens udfald. Undersøgelser viser også, at socialt dårligt stillede kvinder bruger sundhedsvæsnets tilbud anderledes end kvinder, der er bedre stillet (Sundhedsministeriet 2000). Socialt dårligt stillede kvinder gør således mindre brug af sundhedsvæsnets forebyggende tilbud herunder svangreomsorgen.

2.6.2 Den overvægtige gravide

Såvel international som nyere dansk forskning har vist, at graviditet hos overvægtige er forbundet med en lang række graviditets- og fødselskomplikationer. 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 overbåren graviditet og for tidlig fødsel. Overvægt øger ligeledes risikoen for at føde store børn, samt børn med neuralrørsdefekter, hjertefejl og andre misdannelser. Overvægt øger endvidere risikoen for sen fosterdød. Det bør samtidig bemærkes, at 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 Tobak

Andelen af gravide rygere er en afgørende faktor i forhold til at påvirke svangreomsorgens hovedproblemer: risikoen for tidlig fødsel og intrauterin væksthæmning, og dermed den perinatale og neonatale mortalitet og morbiditet. Derudover er der en sammenhæng mellem moderens rygestatus, ammelængde 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 34,4 % af alle gravide mod 15,9 % i 2004.

Siden 1998 har Sundhedsstyrelsen anbefalet, at gravide rygere blev tilbudt hjælp til rygestop. Dette 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. Andelen af gravide rygere i Sverige er således på 7 %.

2.6.4 For tidlig fødsel

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

I 2005 blev 6,7 % af alle levendefødte født før 37 uger, og heraf 0,4 % født før 28 uger. Dette er en svag stigning i løbet af de seneste år.

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

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

2.6.5 Intrauterin væksthæmning (IUGR)

For langsom vækst af 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 % vægt percentilen som grænse. Perinatalt har væksthæmmede børn større risiko for bl.a. 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 sammenfald af væksthæmning og for tidlig fødsel vil børnenes umodenhed øge risikoen for senfølger.

At forebygge og diagnosticere IUGR i graviditeten er et af hovedformålene med svangreomsorgen. Ved mistanke om IUGR bør den gravide henvises til nærmere vurdering på

specialafdeling, hvor man vil kunne tage stilling til det bedste fødselstidspunkt og den bedste fødselsmåde.

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

2.6.6 Medfødte misdannelser

Cirka 2 % af de nyfødte børn har medfødte misdannelser af meget forskellig sværhedsgrad. Mellem 0,3 og 0,6 % af nyfødte børn har svære misdannelser.

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
- Infektioner i graviditeten
- Alkoholindtagelse i graviditeten
- Visse kemiske påvirkninger

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

3. Tilrettelæggelse af svangreomsorgen – differentiering, rammer og problemstillinger

[Kapitel 3 vil blive konsekvensrettet, når specialeplanlægning for obstetrik bliver offentliggjort].

3.1 Generelt

Svangreomsorgen omfatter prækonceptionel rådgivning, graviditet, fødsel og barsel. 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.

Den gravide og hendes partner bør informeres om formålet med de enkelte tilbud. Forløbet bør være differentieret og tilrettelagt ud fra de individuelle ønsker og behov (se kap x) og baseret på viden om specifikke risikotilstande. Planen for forløbet justeres ved behov.

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

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

Hos den praktiserende læge er kontakterne almindeligvis individuelle. Det anbefales, at den første jordemoderkonsultation er individuel, mens de senere kontakter kan være tilrettelagt enten i grupper eller individuelt. Den gravide afgør – ud fra de lokale tilbud og på baggrund af samtale med jordemoderen – hvordan hun ønsker, at konsultationerne skal forløbe. De kan foregå 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 social 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, eller kvinder, der venter mere end ét barn eller kvinder med risiko for gestationel diabetes. Der vil her være behov for at tilpasse tilbuddet til kvindens individuelle behov og henvise til særlige tilbud, der er etableret i regionen eller kommunen for disse grupper.

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 kvinder som har somatiske lidelser, der fordrer samarbejde med andre speciallæger. Kvinder med sværere 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 § 49 og sundhedsloven § 123. Se desuden 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 misbrug af alkohol eller andre rusmidler, 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 desuden kapitel 5.

3.3 Organisatorisk tilrettelæggelse

I alle regioner bør der være et formaliseret samarbejde mellem fødesteder, jordemodercentre, praktiserende læger og kommunerne 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 efterfødselsperioden
- 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.

3.4 Ansvar og roller

Kvindens praktiserende læge og jordemoderen er de primære fagpersoner i svangreomsorgen – og ved behov den obstetriske speciallæge. Den praktiserende læge og jordemoderen har forskellige opgaver i forløbet, som beskrevet i afsnit 3.2.1 og 3.2.2.

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

kommunale tilbud. Det kan være nødvendigt at inddrage flere faggrupper som fx medicinske og/eller psykiatriske speciallæger og/eller kommunale, sundhedsfagligt og socialfagligt ansatte.

Den praktiserende læge, jordmoderen og den obstetriske speciallæge formidler undersøgelsesresultater til det øvrige involverede personale i sundhedsvæsnet. Dette sker ved brug af vandrejournale og/eller elektronisk kommunikation. I kapitel 1 er beskrevet retningslinjer for kommunikation mellem faggrupper, der ikke er omfattet af sundhedsvæsnet. 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.
- Afklare, om kvinden og hendes partner ønsker information om muligheder for fosterundersøgelse. Den praktiserende læge giver den basale information eller henviser den gravide til fødestedets informationsgivende instans.
- Forklare baggrunden for de forskellige undersøgelser og drøfte de mulige konsekvenser af forskellige resultater – dette er gældende ved alle konsultationer.
- Visitere til jordemoder og fødested – samt ved behov til obstetriske speciallæger og/eller andre speciallæger samt 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 regioner.

Hvis der hos kvinden eller fosteret er fysiske eller psykosociale risikofaktorer, der kan føre til et unormalt graviditets- eller fødselsforløb, skabes der overblik over disse – og informationen herom bør være en del af den information, kvinden får inden valg af fødested. Eventuelle risici forbundet med graviditet eller fødsel har også indflydelse på mulighederne for valg af fødested. 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. Når forløbet kræver inddragelse af specialister og andre tværfaglige samarbejdspartner, er dette særligt vigtigt.

Gennem en sundhedsfremmende og forebyggende indsats skaber jordmoderen 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 obstetriker.

I barselsperioden bør jordemoderen:

- støtte kvinden og hendes partner i at kunne mestre forældreopgaven, herunder tro på egne evner og ressourcer
- tilbyde samtale med kvinden og hendes partner om graviditet, fødsel og den allerførste tid med barnet.
- sikre, at der tilbydes relevant intervention og behandling, når det er påkrævet.

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 specialafdeling tilbydes den fornødne diagnostik og behandling. I særlige tilfælde viderevisiteres kvinden til en afdeling med specialfunktion, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet 2001. [*Vejledningen er under revision*]

Opgaverne varetages af specialuddannet personale (fx den obstetriske speciallæge, jordemoder, sygeplejerske og ultralydspersonale), eventuelt i form af 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 medicinske specialer, fx ved svangreomsorg til gravide med prægestationel diabetes mellitus. På den obstetriske afdeling tilbydes fosterdiagnostik i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Ved behov inddrages neonatologisk ekspertise.

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. Desuden bør den obstetriske afdeling 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 omsorgen 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 i forbindelse med graviditeten og barnets første leveår.

I barselsperioden støtter sundhedsplejersken familiens indsats for at:

- barnet får sufficient ernæring og kommer i trivsel, uanset om det ammes eller får modermælksersatning
- eventuelle komplikationer af fysisk eller psykisk karakter hos mor og/eller barn erkendes, og at familien henvises til vurdering og eventuelt behandling

Sundhedsplejersken vurderer om

- barnet reagerer normalt og vurderes at være sundt og rask.

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 bl.a. med henblik på at understøtte en sund tilknytning mellem forældre og barn.

3.5 Visitation til fødested og krav til fødesteder

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

Der er mulighed for at:

- føde i hjemmet.
- føde på en jordmoderledet fødeklinik uden tæt tilknytning til fødeafdeling
- føde på sygehus
 - på en jordmoderledet 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 3.1), 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 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 kommende læge- og jordmoderkonsultationer.

Ved ønske om fødsel i hjemmet eller på fødeklinik:

Den praktiserende læge og/eller jordmoderen oplyser om muligheden for at føde hjemme og for de mulige tilbud i regionen vedrørende jordmoderledede fødeklinikker uden tilknytning til sygehus. Den praktiserende læge og/eller jordmoderen vurderer sammen med kvinden fordele og ulemper ved dette valg. Desuden informeres den gravide og hendes partner om, at lægelig intervention i forbindelse med fødslen kræver overflytning til sygehus. Det er imidlertid 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, ligesom kvinden heller ikke kan overføres til sygehus mod sin vilje. Gravide med forventet spontant forløbende ukompliceret fødsel, der har ønske om hjemmefødsel eller klinikfødsel, visiteres til dette.

Ved ønske om fødsel på sygehus eller fødeklinik 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 fødeklinik med tæt tilknytning til sygehus. Den praktiserende læge og/eller jordmoderen oplyser om de mulige fødselstilbud med og uden specialafdeling i den pågældende region. Gravide, der har ønske om fødsel på sygehus, visiteres til dette, uanset om de har ukompliceret eller kompliceret forløb.

3.5.1 Hjemmefødsel

Alle regioner tilrettelægger et tilbud til de gravide, der vælger at føde hjemme.

Hjemmefødselsordningen kan være privat eller tilknyttet et af regionens fødesteder. På fødestedet udarbejdes vejledning for, hvad der skal 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 indgreb i fødslen i hjemmet. Se i øvrigt kap x

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

3.5.2 Jordemoderlede fødeklinikker uden tilknytning til sygehus

Der vil på en fødeklinik 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 fødeklinikker være retningslinjer for, hvad der bør ske, hvis der opstår komplikationer under fødslen.

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

3.5.3 Fødsler på sygehuse

Fødsler på sygehuse kan foregå på:

- Jordemoderlede fødeklinikker med tæt geografisk og organisatorisk tilknytning til obstetrisk afdeling eller på
- Fødeafdelinger (obstetrisk afdeling), eventuelt med specialfunktion.

På hovedparten af afdelingerne er jordemødre, reservelæger og obstetriske speciallæger i tilstedeværelsesvagt. På de mindre afdelinger er speciallægerne i tilkaldevagt med pligt til at møde frem inden for en halv time. Der findes narkoseafdelinger, som ved akut behov for smertelindring kan lægge en epiduralblokade og bedøve i forbindelse med fx kejsersnit. Mere end halvdelen af alle fødsler i Danmark foregår på sygehuse, hvor der er børneafdelinger med afsnit for nyfødte (neonatalafdelinger).

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.

Krav

Fødeafdelingernes og fødeklinikkernes 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.

Der stilles følgende krav til fødeafdelinger og fødeklinikker med tæt tilknytning til obstetrisk afdeling på sygehus:

- 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 afgørende for tilfredsheden, at den fødende og hendes partner føler, at der bliver taget hensyn til deres ønsker. Fødeafdelingerne bør derfor have en politik for, hvordan dette tilgodeses bedst muligt.

Fødeafdelinger og klinikker bør så vidt muligt skabe mulighed for, at familien kan være sammen i hele fødsels- og barselforløbet. Jordemødrene og de øvrige medarbejdere på klinikken varetager dels fødslen, dels barselplejen, men ved problemer vil der være de samme hjælpemuligheder som på fødeafdelingen.

3.6 Organisering af det sundhedsfaglige tilbud i barselsperioden

I barselsperioden samarbejder fødestedets personale, den praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste omkring familien. Gennem de senere år er varigheden af barselsindlæggelsen faldet generelt, og antallet af familier, der udskrives inden for 48 timer efter fødslen, er steget betydeligt (se kapitel 15). Det er derfor vigtigt, at den observation og understøttelse af mor og barn, der tidligere overvejende er sket under indlæggelse, fortsat sikres efter tidlig udskrivelse. Denne opgave bør varetages af fødestedets personale. Sundhedsplejerskerne udfører deres arbejde inden for almindelig arbejdstid på hverdage, hvorfor opgaven ikke umiddelbart kan overtages af primærsektoren. Det anbefales, at der udarbejdes en plan for ansvarsfordelingen mellem primær og sekundær sektor i henhold til nedenstående.

3.6.1 På sygehuset

Barselophold på sygehus kan foregå på et barselafsnit, en fødeklinik eller et barsel-/patienthotel, hvor der er høj grad af egenomsorg med mulighed for at tilkalde hjælp ved behov. Ved komplicerede barselsforløb kan opholdet foregå på et obstetrisk specialafsnit.

Det anbefales, at et nyfødt barn kun indlægges adskilt fra sin mor, hvor behandlingsmæssige grunde det nødvendigt. Neonatalafdelinger bør således i videst muligt omfang indrettes med ”familie/barn-stuer”, eller let syge nyfødte kan observeres, plejes og behandles på barselsafdeling. Endvidere bør barnet følge moderen til barselsafdelingen, når moderen observeres efter kejsersnit.

3.6.2 Efter udskrivning

Ved tidlig udskrivelse varetager fødestedets personale det sundhedsfaglige tilbud til familien med henblik på at understøtte det nyfødte barns trivsel i de første dage efter fødslen. I den periode anbefales det, at der tilrettelægges mulighed for at forældrene kan henvende sig til jordemoder eller barselsafdeling uden henvisning alle dage og hele døgnet, indtil den kommunale sundhedstjeneste har taget over. På fødestedet udarbejdes lokale retningslinjer for, hvordan man sikrer faglig sammenhæng og kontinuitet i overgangen fra sekundær til primær sektor.

Det anbefales, at kommunerne tilrettelægger den kommunale sundhedstjenestens ydelser, således, at sundhedsplejerskens første besøg i hjemmet sker senest 7 dage efter udskrivelsen, som beskrevet i *Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge*. Ved hjemmefødsler samt for familier udskrevet inden for 48 timer efter fødslen anbefales besøg af sundhedsplejersken 3-5 dage efter fødsel eller udskrivelse.

Ved indlæggelse mindre end 48 timer:

Ved udskrivningen orienterer fødestedets personale den kommunale sundhedstjeneste pr. fax eller mail. Inden udskrivelsen vurderer jordemoderen eller barselssygeplejersken sammen med forældrene om der er behov for opfølgning fra fødestedet indenfor de næste 1-2 døgn. Formålet med kontakten er, at tilbyde råd og vejledning ved behov, og vurdere barnets og

moderens tilstand, herunder især amning. Der bør udfærdiges standarder for samtalens faglige indhold. Ved problemer vurderes det, hvorvidt mor og barn tilbydes genindlæggelse, besøg i ambulatorium eller hjemmebesøg. Den kommunale sundhedstjeneste tilbyder tidligt besøg, som ovenfor beskrevet. Jordemoderen koordinerer fødestedets og sundhedsplejerskens indsats i de første dage efter fødslen/udskrivelsen.

Ved indlæggelse mere end 48 timer:

Ved udskrivning orienterer fødestedets personale den kommunale sundhedstjeneste pr. fax eller mail. Hvis der skønnes at være behov herfor og efter aftale med forældrene, kontakter jordemoderen eller barselssygeplejersken familien senest to dage efter udskrivelsen, fx i tilfælde hvor amningen ikke var fuldt etableret ved udskrivelsen. Ved problemer med amning eller anden ernæring kontakter fødestedets personale den kommunale sundhedstjeneste for tidligt besøg. I ukomplicerede tilfælde anbefales det, at sundhedsplejersken aflægger besøg senest en uge efter udskrivelsen.

Ved hjemmefødsler:

Ved hjemmefødsler tilbyder jordemoderen 2 besøg, hvoraf det første bør finde sted i hjemmet inden for 24 timer efter fødslen. Tidspunkt og sted for andet besøg aftales efter behov. Sundhedsplejersken aflægger tidligt besøg som ovenfor beskrevet.

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 for at undgå dobbeltarbejde og sikre kvaliteten, herunder en korrekt visitation. Desuden anfører lægen hvilke niveau af svangreomsorgens ydelser den gravide skønnes at have behov for.

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.

I den kommende 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. Tilrettelæggelse af konsultationerne

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 omsorgen 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 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 familieforbereelse 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 ol.
- Ultralydsscanning med efterfølgende samtale med jordemoder eller obstetriker.

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

Med udgangspunkt i den raske gravide med en ukompliceret graviditet er antal og tidspunkter for kontakter vist i figur 1. Der anbefales før fødslen:

- 3 undersøgelser hos de praktiserende læge
- 2 ultralyds undersøgelser
- 4-7 jordemoderkonsultationer.

På fødestedet kan der være tilrettelagt andre tilbud, der kombinerer individuelle eller gruppekonsultationer eller tilbud, som fx udelukkende baserer sig på gruppekonsultationer. Dog bør første jordemoderkonsultation altid være en individuel konsultation.

I løbet af graviditeten kan der desuden tilbydes medicinsk, obstetrisk eller psykosocial intervention og/eller intervention i forhold til den gravides livsstil. Det kan ske i form af ekstra konsultationer hos jordemoderen, den praktiserende læge, en mediciner eller en obstetriker. Tilbudene kan fx være samtaler om tidligere fødsel (fx ved fødselsangst) eller rygeafvænningsstilbud. Eller interventionen kan være en henvisning til sundhedsplejen eller andre i social- og sundhedsforvaltningen. For de fleste af disse sundhedsfremmende tilbud gælder, at de bør starte tidligt i graviditeten. Desuden anbefales et graviditetsbesøg ved sundhedsplejersken til gravide, som er særligt socialt udsatte.

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 fødestedets/svangreomsorgens tilbud, under hensyntagen til graviditetens forløb og behovet hos den gravide og hendes partners. Forløbsplanen udleveres til kvinden og udgør en del af vandrejournalen. Planen justeres efter behov.

Figur 1. Vejledende oversigt* over tidsmæssig placering af kontakter

Gestationsalder (fulde uger)	Førstegangsfødende		Flergangsfødende		UL	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	Nakkefoldsskanning
13-15		x		x		Ekstra tid afsat
15+0 til 22+0						Tripletest
18					x	Misdannelsesskanning
21		x		(x)		
25	x		x			
29		x		x		
32	x		x			
35		x				
36				x		
37		x				
39		x		x		
(41-42)		x		x		Evt. obstetrik
Fødsel						
1-10 dage p.p		x		x		
8 uger p.p	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 Kontakternes form

Ved alle konsultationer bør målet være, at kvinden gennem dialogen og undersøgelserne bliver bedre i stand til at tage vare på sig selv og sin graviditet og til at træffe informerede valg. Konsultationerne kan foregå individuelt eller i grupper afhængig af kvindens/parrets valg og fødestedets tilbud. Dog bør første jordemoderkonsultation altid være en individuel konsultation. Formålet med nogle konsultationer vil især være helbredsundersøgelser og vurdering af fosterets vækst og udvikling, mens andre er med fokus på den psykologiske og sociale trivsel og udvikling. 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.

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 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 xx 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 og livet med det nye barn. Tilpasset den individuelle situation drøftes den psykologiske graviditetsproces, forberedelse til fødsel og forældreskab og hvordan man kan udnytte egne ressourcer, reducere evt. risici og fremme sundhed.

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 partner mulighed for at diskutere og strukturere den megen information, som præsenteres i graviditeten, så informationen bliver overskuelig og brugbar.

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

I 2. trimester bør der især være fokus på de fysiologiske forandringer, evt. arbejdsmæssige belastninger, forestillinger om 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, barselsperioden og screeningstilbud af det nyfødte barn især være udgangspunkt for samtalerne.

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 at deltage.

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 op, 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 specielt relevant i forhold til:

- Rådgivning vedr. folsyretilskud fra graviditeten planlægges
- Opfølgning på manglende vaccinationer af moderen
- Ugunstige livsstilsfaktorer (alkohol, rygning, overvægt, mangelfuld kost, m.m.)
- Misbrug (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 mm.)
- Forekomst af genetiske betingede sygdomme i familien (cystisk fibrose, hæmoglobinopati, Down syndrom m.m.)

4.4 Indhold af konsultationerne

I det følgende beskrives de enkelte læge- og jordemoderkonsultationer i forhold til den vejledende oversigt over placering i figur 1. Ved alle kontakter er nævnt, om hovedformålet med konsultationen er samtale, helbredsundersøgelse eller begge. Desuden er beskrevet omdrejningspunkter for samtale og de kliniske undersøgelser, der bør foretages.

4.4.1 6-10 uger: 1. lægeundersøgelse

Samtale og helbredsundersøgelse (ekstra tid afsat)

Formål: Lægen

- ❖ orienterer kvinden om det videre graviditetsforløb og introducere til sundhedsvæsnets tilbud til gravide
- ❖ udfylder svangre-vandrejournalen og foretage den første visitation til fødested på baggrund af anamnese, undersøgelsesresultater samt kvindens/parrets ønske
- ❖ afklarer, om kvinden ønsker information om prænatal diagnostik og informere 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 svangre- og vandrejournalen. Undersøgelsen bør gennemføres så tidligt som muligt for at få afklaret, om den gravide har behov for henvisning til tidlig obstetrisk, genetisk eller arbejdsmedicinsk rådgivning, livsstilsintervention eller kontakt til den kommunale socialforvaltning og/eller sundhedstjeneste.

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 svangre-vandrejournalen, hvor relevante medicinske, sociale og arbejdsmæssige forhold beskrives.

Den gravides *socialle 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 kommunens social- og sundhedsforvaltning med henblik på særlige sociale støtteforanstaltninger.

Den gravides *arbejdsmiljø* vurderes med hensyn til erhvervsmæssig risiko for skadelig påvirkning af fosteret og/eller kvindens helbred under graviditeten, se kapitel 7.

Lægen vurderer, om der er indikation for:

- Aflastning/omplacering af den gravide og muligheden herfor
- Henvisning til arbejdsmedicinsk klinik
- Fraværmelding (jvf. dagpengelovens § 12, 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.

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

Helbredsundersøgelsen

Helbredsundersøgelsen omfatter for alle:

1. Vurdering af almen tilstand
2. Måling af BT (siddende)
3. Urinundersøgelse for asymptomatisk bakteriuri
4. Urinundersøgelse med stix for albuminuri og glucosuri
5. Blodprøve
6. Vejning som baggrund for rådgivning om vægtøgning, kost og motion.

Ad 3: Der anvendes urinstix for nitrit og leukocyteterase eller urinmikroskopi. Ved positivt resultat suppleres med en urindyrkning

Ad 5: Blodprøve til undersøgelse for blodtype og irregulære blodtypeantistoffer samt screening for hepatitis B (forsendelse af blodprøver og svar sker i henhold til lokal aftale med blodbank).

Desuden tilbydes kvinder med øget risiko følgende screening/undersøgelser:

- Klamydia, se kapitel 9
- Syfilis, se kapitel 9
- Gonorre, se kapitel 9
- Hiv, se kapitel 9
- Måling af hæmoglobin, MCV og serum-jern, se kapitel 8
- D-vitamin status, se afsnit 6.3
- Screening for gestationel diabetes, se kapitel 10
- Gynækologisk undersøgelse/vaginal eksploration, se kapitel 7

For yderligere information og definition af kvinder med øget risiko henvises til kap. 9 om infektiose sygdomme, kap. 10 om diabetes og kap. 7 om den kliniske undersøgelse af gravide.

4.4.2 13-15 uger: 1. jordemoderkonsultation

Individuel samtale (ekstra tid afsat)

Formål: Jordemoderen

- ❖ følger op på og evt. supplerer den praktiserende læges konklusioner og danne 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 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 på svangre- og vandrejournal. Jordemoderen fortsætter journaloptegnelser på 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 specialafdeling, 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 og hendes partner får planen, som de 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 fødsels- og forældreforberedelseskursus. For gravide, som vælger gruppekonsultationer, kan fødsels- og forældreforberedelsen integreres i jordemoderkonsultationerne.

Ved behov for yderligere støtte

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 tilknytning mellem forældre og barn og forberede til forældreskab

- ❖ vurderer graviditetens udvikling og drøfte kvindens velbefindende
- ❖ støtter og vejleder i forhold til de fysiske og psykiske forandringer, herunder fornemmelse af liv samt ændringer i livssituationen inklusiv i seksuallivet
- ❖ giver opbakning i forhold til livsstilsinterventioner
- ❖ giver mulighed for drøftelse af forestillinger om fødslen, amning og barselstiden.

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

Dialog

Alt efter behov drøftes emner som arbejdsmæssige belastninger, forestillinger om amning, tilknytning til det ufødte barn, seksualitet, motion, forælderroller og identitet. 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 og giver instruktion i bækkenbundstræning.

Evt. kønsopdelte grupper

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

4.4.4 Lægeundersøgelse 25 uger

Samtale og helbredsundersøgelse

Formål: Lægen

- ❖ vurderer kvindens generelle trivsel herunder særlig familiemæssige og arbejdsmæssige belastninger
- ❖ støtter og styrker par- og familieforhold
- ❖ foretager risikoopsporing i forhold til obstetriske komplikationer
- ❖ tager blodprøve på 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. fraværsmelding. Overvejelser om barnets pasning drøftes, herunder også barselorlovsordninger og forældreorlov.

Graviditeten vil ofte på dette tidspunkt berøre parrets samliv og/eller familiemønster. Desuden vil det være relevant at drøfte emner som reaktionsmønstre og konflikter, som er hyppigt forekommende i graviditeten og i en periode herefter.

Helbredsundersøgelsen

Helbredsundersøgelserne omfatter:

1. Livmoderens størrelse
2. Den gravides almentilstand
3. BT (siddende)
4. Urinstiks for glukose og protein
5. Urinundersøgelse for asymptomatisk bakteriuri
6. Vejning med henblik på fortsat rådgivning om vægtøgning og kost og motion efter behov
7. Kvinder med rhesus negativ blodtype undersøges for irregulære blodtypeantistoffer og for fosterets rhesustype.

Ad 5: Der anvendes urinstix for nitrit og leukocyteterase eller urinmikroskopi. Ved positivt resultat suppleres med en urindyrkning.

Ad 7: Undersøges for irregulære blodtypeantistoffer: Ved positive fund vurderes resultatet af en speciallæge i klinisk immunologi. På samme blodprøve foretages bestemmelse af fosterets rhesustype, således at fødestedet har svaret, når kvinden kommer til jordemoderkonsultation i uge 29.

På baggrund af samtale og undersøgelsesresultater vurderes visitation til fødested.

4.4.5 Jordemoderkonsultation 29. uger

Samtale (gruppe/individuel) og helbredsundersøgelse

Formål: Jordemoderen

- ❖ vurderer graviditetens udvikling og foretage risikoopsporing i forhold til præeklampsi, væksthæmning af fosteret og diabetes samt truende for tidlig fødsel, mm.
- ❖ drøfter kvindens velbefindende og parrets/familiens trivsel
- ❖ drøfter amning med kvinden og hendes partner
- ❖ foretager rhesus profylakse.

Samtalen

Samtalen omfatter:

Opfølgning på tidligere samtaler og undersøgelser samt kvinden/parrets deltagelse i særlige interventioner som fx rygestop. Jordemoderen tager initiativ til en samtale om den gravide/parrets trivsel og tanker omkring graviditet, fødsel og barsel samt evt. spørgsmål eller problemer. 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 ”Håndbog i vellykket amning”. Jordemoderen øger kvindens og parrets viden om amning, og styrker deres tillid og tiltro til en vellykket amning, såfremt kvinden ønsker at amme. Der lægges særlig fokus på de praktiske færdigheder omkring amning.

Helbredsundersøgelsen

Helbredsundersøgelserne omfatter:

1. Blodtryksmåling
2. Undersøgelse af urin for glukose og protein
3. Vurdering af fostervækst og hjertelyd
4. Vejning.

Gravide med rhesus negativ blodtype, som bærer et rhesus positive foster, tilbydes profylaktisk indsprøjtning med 300 µg anti-D immunoglobulin på fødestedet, som beskrevet i kap 8.

Jordemoderen vurderer den gravides oplevelse af belastning i graviditeten, eksempelvis plukkeveer m.v. med henblik på at forebygge for tidlig fødsel (fraværsmedling, hjælp i hjemmet o.l.).

Ved tilstande under graviditeten, som kræver aflastning, og hvor dette kan opnås i hjemmet, kan kvinden tilbydes jordemodertilsyn i hjemmet.

4.4.6 Lægeundersøgelse 32 uger

Samtale og helbredsundersøgelse

Formål: Lægen

- ❖ vurderer kvindens generelle trivsel, herunder bl.a. behov for aflastning
- ❖ diskuterer kvindens og hendes partners forventninger til fødsel og barselsperiode
- ❖ foretager risikoopsporing i forhold til obstetriske komplikationer, herunder præeklamsi, væksthæmning af fosteret og diabetes samt truende for tidlig fødsel.

Samtalen

Lægen vurderer den gravides oplevelse af belastning i graviditeten, eksempelvis plukkeveer 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 mulighed for og ønske om barselorlov, samt at partneren er en vigtig ressourceperson fra barnets fødsel.

Helbredsundersøgelsen

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

Undersøgelserne omfatter:

1. Den gravides almentilstand
2. Blodtryk (siddende)

3. Urinstix for albumin og glukose
4. Vurdering af fostervækst og hjertelyd
5. Rutinemæssig vejning.

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

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

Helbredsundersøgelsen

Undersøgelserne omfatter:

1. Blodtryksmåling
2. Undersøgelse af urin for glukose og proteinuri
3. Vurdering af fostervækst, fosterstilling og hjertelyd
4. Rutinemæssig vejning

4.4.8 Jordmoderkonsultation 37 uger

Samtale og helbredsundersøgelse

Formål: Jordmoderen

- ❖ vurderer fostervækst og fosterstilling og drøfte den gravides velbefindende
- ❖ foretager risikoopsporing af obstetriske komplikationer, herunder diabetes, præeklampi og væksthæmning af fosteret
- ❖ forbereder familien på modtagelsen af det nyfødte barn.

Samtalen

Jordmoderen tager initiativ til en samtale om den gravide/parrets trivsel og tanker omkring den forestående fødsel, herunder smerte og smertelindring, barselsperiode samt evt. spørgsmål eller problemer.

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

Jordmoderen informerer om tilbuddet om efterfødselssamtale.

Helbredsundersøgelsen

Undersøgelserne omfatter:

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

4.4.9 Jordmoderkonsultation 39 uger

Helbredsundersøgelse

Formål: Jordmoderen

- ❖ vurderer fostervækst og fosterstilling og drøfte den gravides velbefindende
- ❖ forbereder kvinden/parret på fødslen og den allerførste tid med barnet, herunder den første amning
- ❖ foretager risikoopsporing i forhold til obstetriske komplikationer, herunder diabetes, præeklamsi og væksthæmning af fosteret.

4.4.9.1 Samtalen

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

4.4.9.2 Helbredsundersøgelsen

Undersøgelserne omfatter:

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

4.4.10 Jordmoderkonsultation ved overskridelse af termin (41-42 uger)

Helbredsundersøgelse

Formål: Jordmoderen

- ❖ vurderer fostervækst og fosterstilling og drøfte den gravides velbefindende
- ❖ foretager risikoopsporing af præeklamsi
- ❖ drøfter eventuelle bekymringer omkring "at gå over tiden"
- ❖ informerer om muligheder for igangsættelse.

Samtalen

Jordmoderen taler med den gravide og hendes partner om deres trivsel og tanker omkring den forestående fødsel og evt. bekymring over at gå over tiden samt muligheden for undersøgelser og igangsættelse.

Jordmoderen kan tilbyde vaginal eksploration med løsning af fosterhinder.

Helbredsundersøgelsen

Undersøgelserne omfatter:

1. Blodtryksmåling
2. Undersøgelse af urin for glukose og protein
3. Vurdering af fostervækst, fosterets stilling og hjertelyd
4. Vaginal exploration.

4.5 Henvisning til obstetrisk speciallæge

Gravide med øget risiko for komplikationer under graviditet og fødsel bør henvises til undersøgelse hos en obstetrisk speciallæge på en specialafdeling. 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
- Kronisk sygdom og andre særlige forhold hos den gravide, bl.a.
 - Medicinske eller neurologiske sygdomme
 - Svær overvægt (BMI > 35) eller undervægt (BMI < 18)
 - Psykiatriske lidelser
 - Misbrugsproblematik
 - Sociale forhold, se kapitel 5.
- Tidligere kompliceret graviditet og/eller fødsel, bl.a.
 - Gentagne aborter (>3 konsekutive aborter i 1. trimester)
 - Abort i 2. trimester herunder cervixinsufficiens
 - Rhesus- eller anden blodtype immunisering
 - Svær præeklamsi 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 aktuelle graviditet:

- 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 parvovirus, morbilli mm).

4.6 8 ugers-undersøgelsen hos egen læge

Formål: Lægen

- ❖ vurderer moderens fysiske og psykiske tilstand efter fødslen

- ❖ drøfter familiens trivsel

- ❖ drøfter prævention, hvis det ikke allerede er gjort.

Samtalen

Samtalen omfatter:

Man taler om 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 mv.). 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 dette ikke har været drøftet tidligere. Mor/barn-forholdet belyses på baggrund af kvindens oplysninger og lægens observationer, inkl. 5 ugers-børneundersøgelsen. Især må lægen være opmærksom på tegn på manglende psykisk accept, eller direkte afmagtsfølelse i mor/barn-relationen. Lægen spørger til, hvordan kontakten til sundhedsplejersken fungerer.

Barselsperioden, herunder efterfødselssamtalen, er beskrevet i kapitel X.

Helbredsundersøgelsen

Undersøgelsen 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 og fødsel. 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, hvilket bl.a. er påvist i en dansk undersøgelse, som dokumenterer øget dødelighed for både den nyfødte og den særlig udsatte mor (reference). Børn født af socialt belastede kvinder har således en hyppigere forekomst af for tidlig fødsel, dødfødsler, lav fødselsvægt og spædbarnsdød. For gravide med særlige sociale, psykiske, medicinske eller obstetriske problemstillinger adskiller forudsætningerne for en vellykket graviditet og familiedannelse sig på forskellig vis fra det normale. Indsatsen over for kvinder med øget risiko af medicinsk karakter og kvinder med livsstilsbestemte risikofaktorer beskrives i kapitel xx og xx.

I nærværende 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, livsstilsfaktorer og medicinske risikofaktorer ofte er at finde hos den samme gravide.

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
 - Særlige samarbejdsformer
 - Særlig indsats over for disse kvinder.
- På det individuelle plan danner lægens og jordemoderens vurdering – i samspil 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 praktiserende læge, der ved første lægeundersøgelse optager en grundig psykosocial anamnese med henblik på at vurdere behovet særlig indsats. Se også afsnit 3.2.

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 tværfaglig 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 obstetriker 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). Ved behandling af mere komplekse forløb kan der være tale om etablering af tværfaglige eller tværsektorielle team med repræsentation af sygehussektoren, primærsektoren og efter behov socialforvaltningen niveau (niveau 3 og 4). For niveau 4 anbefales, at et fast team varetager opgaverne i relation til og omsorgen for den gravide, idet opgavens høje kompleksitet kræver særlige kompetencer.

Under graviditeten vil forankringen af indsatsen over for disse grupper ligge i sygehusvæsenets regi. Såfremt det er påkrævet, tages der inden fødslen stilling til, hvor indsatsen skal forankres *efter* fødslen. Dette vil som oftest gælde ved niveau 3 og under alle omstændigheder niveau 4.

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

5.2.2 Tilbud om besøg af sundhedsplejerske

Det anbefales, at alle gravide med særlige behov tilbydes besøg af en sundhedsplejerske inden fødslen. Besøget har til formål at etablere kontakten til familien med henblik på at danne et professionelt netværk, yde støtte til praktiske tiltag samt give konkret rådgivning i forhold til den første tid hjemme med barnet. Besøget i hjemmet kan give sundhedsplejersken et indtryk af familiens ressourcer, hvilket øger hendes mulighed for at målrette og individualisere indsatsen og samarbejdet, når barnet er født. I kommunerne vil det desuden være muligt at samarbejde med familiebehandlere, familiecentre o. lign med henblik på at styrke netværket omkring den udsatte gravide.

De nye mødre i denne gruppe kan have behov for særlig omsorg, støtte og pleje i barselsperioden. Sundhedspersonalet i både sekundær og primær sektor bør være særlig opmærksom på kvindens tilstand og behov samt udvise fleksibilitet med henblik på at imødekomme mødrenes behov.

Familieambulatoriets interventionsmodel er beskrevet i *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer, Sundhedsstyrelsen 2005*. Eksempler på danske tværfaglige og tværsektorielle projekter er beskrevet i bilag XX.

5.3 Særlig udsatte gravide

En gravid kvinde, der er svært psykosocialt belastet og dermed særligt udsat, har øget behov for én eller flere faste støttepersoner. Har kvinden en truet graviditet, 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 kvinden sikres kontinuerlig kontakt med en 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.
- at der under graviditeten tages stilling til forankring af indsatsen efter fødslen hos social forvaltningen, den kommunale sundhedstjeneste og den praktiserende læge med henblik på at sikre kontinuitet.

5.3.1 Gravide med misbrug af rusmidler, alkohol og medicin

Samarbejdet omkring gravide med misbrug og psykisk sygdom er en specialopgave, der kræver en ekstraordinær tværfaglig og tværsektoriel indsats i både primær og sekundær sektor. Når det drejer sig om gravide stofmisbrugere med sværere misbrugsproblematikker, er opgaven beskrevet i Sundhedsstyrelsens publikation *Vejledning for den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling i Danmark (2007)*. Da misbrug og/eller psykisk sygdom ofte er forbundet med en stærk social belastning, inddrages socialforvaltningen tidligt i samarbejdet. Indsatsen retter sig mod at stoppe misbruget, alternativt reducere skader som følge af misbruget. Dette kan evt. opnås ved at igangsætte og fastholde kvinden i misbrugsbehandling for derigennem at opnå et kontrolleret forbrug. Målet er at reducere og helst eliminere risikofaktorerne for skader hos det ufødte og det nyfødte barn. Det kan være nødvendigt at iværksætte psykiatrisk/psykologisk behandling ved behov.

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

Indsatsen er omfattende og fokuserer på forebyggelse af graviditetskomplikationer og fosterskader på baggrund af misbruget. Desuden bør der træffes foranstaltninger til forebyggelse af relationsforstyrrelser bl.a. ved at arbejde med de psykologiske aspekter omkring graviditet, fødsel og familiedannelse.

Den gravide stofmisbrugers tilværelse er ofte præget af belastede opvækstforhold, mens kvindens helbredsmæssige status og almene tilstand ofte er præget af en lang række betydende forhold. Det drejer sig fx om under- eller fejleernæring, 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 kvinden 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 og hendes partner og/eller andre børn.

Fokus for omsorgen er bl.a.:

- at etablere en samarbejdsalliance med den gravide
- at igangsætte og fastholde kvinden i misbrugsbehandling
- at stoppe misbrug, 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 drage omsorg for moderen og familien, såfremt en anbringelse af barnet bliver nødvendig.

5.3.2 Gravide med svære psykiske lidelser

5.3.2.1 Skizofreni

Kvinder med svære psykiatriske lidelser vil som oftest være i kontakt med en række fagpersoner og evt. det psykiatriske behandlesystem forud for graviditeten. Om muligt drøftes kvindens ønske om at få børn prækonceptionelt med udgangspunkt i kvindens aktuelle sociale og sygdomsmæssige situation. Nogle gravide med svære psykiatriske lidelser som skizofreni kan på grund af deres sygdom have vanskeligt ved at overskue moderskabet.

Hos nogle gravide med svære psykiatriske lidelser kan der tillige være en problematik omkring misbrug. Det anslås, at hen ved 70 % af psykiatriske patienter har et overforbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol eller andre rusmidler.

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 bipolar lidelse, spiseforstyrrelser eller gravide med vedvarende psykotiske tilstande herunder skizofreni. Teamet bør bestå af jordemoder, obstetriker, psykiater og evt. psykolog. Varetagelse af den medikamentelle behandling med psykofarmaka under graviditet er en specialisopgave. Den obstetriske afdeling bør i god tid udarbejde en plan for fødsel og barselsophold med overlap mellem faggrupper, sektorer og afdelinger, således at alle relevante informationer bliver videreformidlet. En plan for udskrivelse og støtte i hjemmet bør udarbejdes og koordineres allerede under graviditeten.

Der henvises til *Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler*, Sundhedsstyrelsen 2007.

Fokus for omsorgen er bl.a.:

- at etablere et team af jordemoder, obstetriker, psykiater og eventuelt psykolog med henblik på tidlig tværfaglig indsats og koordinering

- at udarbejde en plan for fødsel og barselsophold med overlap mellem faggrupper, sektorer og afdelinger med henblik på at sikre videreformidling
- at planlægge og koordinere udskrivelse og støtte i hjemmet
- at sikre at der fortsat ydes stor opmærksomhed for familiens og barnets trivsel fremover

5.3.2.2 Depression og angst

Kvinder, der tidligere har haft en depression, vil være i øget risiko for at udvikle depression under en graviditet og/eller i barselsperioden. Dette gælder også risikoen for recidiv ved tidligere fødselsdepression. Information i form af pjecer omkring efterfødselsreaktioner blandt gravide og mødre har ikke vist nogen forebyggende effekt. Der er modsatrettede resultater omkring screening for depression i graviditeten. Et review over effekten af forskellige hyppigt anvendte screeningsskemaer fandt, at sensitiviteten var for lav til en generel anbefaling omkring screening af alle gravide, men at det kan være relevant at teste på indikation (reference).

Kvinder, der har angst eller tidligere har oplevet angstanfald, vil kunne genopleve dette ved en helt normal fødsel eller omkring den ansvarsfølelse, der knytter sig til forældreskabet. Årsagerne til angsten kan være vidt forskellige og må identificeres af sundhedspersonalet.

Sundhedspersonale bør have særlig opmærksomhed på symptomer på depression og/eller angst. Det er nødvendigt med omhyggelig anamneseoptagelse omkring psykiske forhold, og fødsels- og familieforberedelsen bør indeholde information om emnet, således at både den gravide og hendes partner er informerede om symptomer, støtte- og behandlingsmuligheder. Der etableres kontakt til psykiater, psykolog eller familiebehandler så tidligt som muligt. Varetagelse af den medikamentelle behandling med psykofarmaka under graviditet, herunder vurdering om den skal seponeres eller omstilles, er en specialisopgave. Der udarbejdes i god tid en plan for fødslen og barselsperioden med mulighed for længere indlæggelse og medindlæggelse af anden omsorgsperson.

Fokus for omsorgen er bl.a.;

- at sikre omhyggelig anamneseoptagelse omkring psykiske forhold (se også afsnit 8.9)
- at være opmærksom på symptomer på depression og/eller angst hos den gravide og handle herefter
- at etablere kontakt til psykiater, psykolog eller familiebehandler efter behov
- at sikre, at den gravide ved, hvilken medicin hun må tage
- at udarbejde plan for fødslen
- at planlægge barselsperioden med mulighed for længere indlæggelse og evt. medindlæggelse af partner eller anden nærtstående.

5.3.2.3 Spiseforstyrrelser

En gravid med en aktiv spiseforstyrrelser 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 spiseforstyrrelser, kan få reaktiveret lidelsen. Det er vigtigt at tale med den gravide om hendes vægtøgning og forholdet til mad. Der kan være behov for særlig fokuseret forældreforberedende undervisning.

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 forhold til både moderens og barnets ernæring. Da kvinden ikke har et naturligt forhold til mad, kan det påvirke hendes holdning til amning negativt, og hun kan have vanskeligt ved at vurdere, om barnet får tilstrækkeligt med næring. Sundhedspersonalet bør være særlig opmærksomt på barnets trivsel. Nogle kvinder med spiseforstyrrelse, der tager på i graviditeten, fordi de skal spise for barnets skyld, er tilbøjelige til at tabe sig markant efter fødslen. I disse situationer kan det være særdeles vigtigt, at hjælpe kvinden med at stoppe amningen uden skyldfølelse for at undgå vægttab.

Der kan være behov for henvisning til distriktspsykiatrien, evt. spædbørnspsykiatrisk afdeling. Børn af kvinder med spiseforstyrrelser er i markant øget risiko for udvikling af psykiske forstyrrelser.

Fokus for omsorgen er bl.a.:

- at tale om vægtøgning under graviditeten og forholdet til mad
- at tilbyde forældreforberedende undervisning med fokus på ernæring og trivsel
- at screene for depression med henblik på evt. behandling
- at udvise særlig opmærksomhed omkring barnets trivsel og vægttab hos moderen efter fødslen
- at drøfte tilknytning til distriktspsykiatrien, evt. spædbørnspsykiatrisk afdeling.

5.3.3 Sociale problemstillinger

5.3.3.1 Mindre end 9 års skolegang og/eller uden tilknytning til arbejdsmarkedet

Danske og udenlandske studier har fundet en vis negativ sammenhæng mellem lav skoleuddannelse og/eller manglende tilknytning til arbejdsmarkedet og risiko for fødsel af 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.

Omsorgen for den gravide bør sætte fokus på at identificere ressourcer i familien og i kvindens netværk. Der kan tilbydes særligt 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 omsorgen er bl.a.:

- at støtte kvinden i at træffe informerede valg
- at identificere ressourcer i familien og i kvindens 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
- at støtte op om en uddannelsesplan eller hjælp til at lægge en plan for fremtiden – bedst i samarbejde med socialforvaltningen.

5.3.3.2 Udviklingshæmmede kvinder

Prækonceptionel rådgivning og omsorg for udviklingshæmmede gravide må være meget konkret og tydelig i forhold til, hvad det indebærer at blive forældre. I rådgivningen må 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. Rådgivningen bør også indeholde vejledning i, hvorledes uønsket graviditet forebygges eller om muligheden for sterilisation.

I omsorgen for den udviklingshæmmede gravide er det vigtigt, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde bliver etableret tidligt med fokus på at støtte familien, herunder bør forældreevnen hos kvinden og hendes partner vurderes, således at der ikke skabes urealistiske forventninger til tiden efter fødslen, såfremt anbringelse eller andre foranstaltninger bliver nødvendige. Samarbejdet indebærer også 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 omsorgen er bl.a.:

- at etablere tidligt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- at tilbyde særlig målrettet fødsels- og forældreforberedende undervisning
- at udarbejde en plan for fødsel og barselophold og støtte efter fødslen
- at vurdere kvindens/parrets forældreevne i god tid før fødslen.

5.3.3.3 Vold i familien

Prævalensen på vold mod gravide anslås i internationale undersøgelser til 4-8 % (reference). Præcise danske tal savnes. 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 ind til evt. vold i familien. 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.

Depression vil være udbredt blandt voldsramte kvinder, 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.

Det er vigtigt, at kvinden får en fast kontaktperson, hvilket giver mulighed for at opbygge et tillidsfuldt forhold. 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 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. Omsorgen 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 omsorgen er bl.a.;

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

5.3.3.4 Kvinder som har været udsat for incest, voldtægt eller tortur

Kvinder, der har været udsat for incest, voldtægt 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 overgreb og traumer og derfor reagerer voldsomt.

For sundhedspersonale vil det være vanskeligt at identificere problemets karakter og omfang, og det kan næppe ske med mindre der spørges 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. Både under graviditet og fødsel må der tages særlige hensyn til kvindens ubehag ved de fysiske undersøgelser.

Det er vigtigt at etablere kontakt til sundhedsplejersken før fødslen, og mødrene kan have behov for ekstra omsorg i barselsperioden.

Fokus for omsorgen er bl.a.:

- at opbygge og bevare tillid gennem hele forløbet
- at være opmærksom på psykosomatiske symptomer
- at forebygge angst for fødslen
- at tage særlige hensyn til kvindens ubehag ved fysiske undersøgelser
- at være særlig opmærksom på kvindens reaktioner under fødslen.

Det skal bemærkes, at såfremt faderen har været udsat for overgreb i form af tortur eller andet kan han også reagere voldsomt under fødslen, idet tidligere traumer kan reaktiveres.

5.3.3.5 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 forælder i en ung alder kræver særlig støtte og opmærksomhed fra fagpersoner. Særlig målrettet fødsels- og forældreforberedende undervisning for unge forældre har dokumenteret effekt på udvikling af forælderrollen.

Omsorgen 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 ressourcepersoner i familien og det øvrige netværk. Det kan anbefales at tilbyde særlig fødsels- og familieforberedelse for unge med etablering af unge mødregrupper allerede under graviditeten.

Fokus for omsorgen er bl.a. :

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

5.3.3.6 Gravide, som er uønsket enlig

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 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 enlig imod eget ønske, kan have brug for samtale omkring sin livssituation med identifikation af ressourcepersoner i kvindens netværk. Der kan evt. dannes mødregrupper med andre enlige eller kvinder i parforhold efter den gravides eget valg. Sundhedspersonalet bør være særlig opmærksomt på at opspore symptomer på depression og relationsforstyrrelser under graviditeten og i barselsperioden.

Fokus for omsorgen er bl.a.;

- at identificere kvindens ressourcer og netværk
- at samtale omkring kvindens livssituation
- at yde hjælp til identifikation af rollemodeller
- at tilbyde mødregrupper med andre enlige eller kvinder i parforhold – alt efter den gravides eget valg
- at opspore symptomer på depression og/eller relationsforstyrrelser.

5.3.3.7 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 omsorgen er bl.a.;

- at henvise til social forvaltningen med henblik på akut boligsøgning
- at hjælpe til etablering i nødbolig eller lignende
- at identificere ressourcer i kvindens netværk
- at opspore depression.

5.3.3.8 Kvinder uden dansk eller engelsk sprogkundskab

Kvinder, der ikke taler eller forstår dansk eller engelsk, vil have særlige vanskeligheder med at få den optimale omsorg under graviditet og barsel. Det er nødvendigt at bruge mere tid til konsultationer og andre kontakter, hvor der bør bruges professionel tolk. Kvinden kan være præget af ganske andre forestillinger om sundhed, graviditet og fødsel end det, der kendes i Danmark, og kan fx have behov for særlig kostvejledning.

En interkulturel forståelse og tilgang til kvinden og hendes partner er nødvendig. Det kan anbefales at tilbyde en særlig målrettet fødsels- og familieforberedelse sammen med ligestillede, hvor der også undervises i det danske sundhedssystem og gives vejledning i borgerservice.

Fokus for omsorgen er bl.a.;

- at sikre professionel tolkebistand
- at tilbyde undervisning i det danske sundhedssystem og vejledning i borgerservice
- at støtte kvinden i at træffe informerede valg
- at identificere ressourcer i kvindens netværk og i familien
- at tilbyde særlig målrettet fødsels- og forældreforberedende undervisning
- at opspore depression
- at tilbyde kostvejledning.

6. Levevis i graviditeten

6.1 Arbejdsmiljø

De fleste gravide er erhvervsaktive, og der er stor opmærksomhed omkring arbejdets betydning for graviditetens forløb. 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 de ofte forekommende graviditetsgener. Det har betydet, at sygefraværet blandt gravide er betydeligt.

Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i forbindelse med graviditet og arbejdsmiljø sikrer, at kvinden kan arbejde under sundhedsmæssigt forsvarlige forhold og undgå eventuelle skadelige påvirkninger. Det er vigtigt at støtte den gravide i at kunne arbejde under graviditeten, så hun i videst muligt omfang kan arbejde, indtil hun påbegynder sin graviditets- og barselsorlov. Ved konsultationer under graviditeten gør lægen og jordemoderen den gravide opmærksom på arbejdets betydning og rådgiver om graviditet og arbejdsmiljø.

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 (Arbejdstilsynet, 2004). 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 fraværsmedling (se nedenstående).

Arbejdstilsynet har beskrevet de sundhedsskadelige påvirkninger i vejledning om gravide og ammendes arbejdsforhold (Arbejdstilsynet, 2002). Vejledningen suppleres med de arbejds- og miljømedicinske klinikkers vurderinger på specifikke områder.

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: 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. (Statens Seruminstitut, 1993a; Statens Seruminstitut, 1993b). Se kapitel 9.

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 det ufødte barn, 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 fire uger før forventet fødsel. Afgørelsen om fraværsmelding træffes af kvinden og arbejdspladsen i fællesskab og kræver ikke lægelig dokumentation.

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

Lægens og jordemoderens opgaver ved risikofyldt arbejde

Arbejds miljøets 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. Løftearbejde, stående eller gående arbejde og andre fysiske belastninger er eksempler 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.

Dagpengeregler ved fraværsmelding

Der ydes dagpenge indtil 4 uger før fødslen til enhver gravid, hvor arbejdets karakter medfører risiko for fosteret. Retten er uafhængig af den enkelte kvindes helbred, men det er en forudsætning, at risikoen ikke umiddelbart kan fjernes ved arbejdshygiejniske

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.

Dagpengeregler ved sygemelding på grund af graviditetsbetinget sygdom

Der ydes dagpenge inden 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 inden 4 uger før fødslen ved fuld uarbejdsdygtighed på grund af almindelige graviditetsgener, når generne fører til, at kvinden er uarbejdsdygtig i sit erhverv (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 dagpengerefusion fra kommunen og udreder løn efter gældende overenskomst (dagpengeloven § 12, stk. 3, nr. 1).

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

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 på www.kl.dk søg LÆ 235.

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

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.

Lægemidler indtaget under uopdaget 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 graviditetslængden på tidspunktet for medicinindtagelsen i betragtning. Denne risikovurdering kan være en kompleks opgave, og lægen bør indhente specialviden (se ovenfor), især hvis abort overvejes.

Ammende kvinder

Amning bør kun sjældent frarådes pga. moderens medicinindtagelse. Kun hvis der er begrundet formodning om, at medicinpåvirkningen kan skade fosteret – 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 diende barn. Kun få lægemidler er så toksiske, at det er nødvendigt at stoppe amningen helt. Det er vigtigt at observere for bivirkninger af det aktuelle lægemiddel hos barnet. 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.

6.3 Kostråd

Gravide bør følge de 8 kostråd for at sikre et passende indtag af næringsstoffer:

- Spis frugt og grønt, 6 om dagen.
- Spis fisk* og fiskepålæg flere gange om ugen.
- Spis kartofler, ris eller pasta og groft brød hver dag.
- Spar på sukker, især fra sodavand, slik og kager.
- Spar på fedtet, især fra mejeriprodukter og kød.
- Spis varieret og bevar normalvægten.
- Sluk tørsten i vand.
- Vær fysisk aktiv i mindst 30 minutter om dagen.

* 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, oliefisk, escolar, røkke og tun(bøffer). Tun fra dåse må gerne spises, fordi de typisk bliver fremstillet af små tunfisk, som indeholder mindre kviksølv.

6.3.1 Kosttilskud

Det anbefales, at gravide tager følgende kosttilskud:

- **Folsyre**
400 µg dagligt fra graviditeten planlægges og de første 12 uger af graviditeten. Der er god dokumentation for, at denne dosis nedsætter risikoen for neuralrørsdefekt hos barnet. Kvinder, der tidligere har født et barn med neuralrørsdefekt, tilrådes et tilskud på 5 mg folsyre dagligt i ovennævnte periode.
- **Jern**
40-50 mg jern dagligt fra 18. graviditetsuge. Jerntilskuddet optages bedst, hvis det indtages mellem måltiderne sammen med frugt- eller grøntsagsjuice eller en citrusfrugt, idet C-vitamin fremmer jernabsorptionen. Se i øvrigt kapitel 8.
- **D-vitamin**
10 µg eller 400 IU dagligt gennem hele graviditeten. Under graviditeten og i ammeperioden sker der store ændringer i calciumstofskiftet. 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 bærer en tildækkende påklædning (lange ærmer og lange bukser/kjoler) også i sommer månederne. 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.

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

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

I boks:

Anbefalinger – kost

- Gravide vejledes i at følge de 8 kostråd.
- Gravide vejledes om hensigtsmæssig vægtøgning under graviditeten.
- Kvinder anbefales at tage kosttilskud før og under graviditet.

Boks slut

6.4 Motion

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 i forbindelse med graviditet, fødsel og den nyfødte. Generelt er de fleste studier observationelle, og der er kun få randomiserede undersøgelser. En gennemgang af litteraturen findes i *Fysisk aktivitet – en håndbog om forebyggelse og behandling*, Sundhedsstyrelsen 2003.

I boks:

Anbefalinger – motion

- Alle gravide informeres om værdien af fysisk aktivitet og opfordres til at være moderat fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen – uanset hvor aktive de har været forud for graviditeten.
- Kvinder, der er disponerede for gestationel diabetes (graviditetsbetinget sukkersyge) eller præeklampsi (svangerskabsforgiftning) bør være fysisk aktive ud over de generelle anbefalinger (mængde og intensitet).
- Konditionstræning (Borg-skala 14-15) kan med fordel påbegyndes under graviditeten.
- Gravide bør instrueres i træning af bækkenbundens muskler.

boks slut

6.4.1 Motionsformer

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 motion har en gunstig effekt på både blodtryk og insulinfølsomhed.

Konditionstræning

Konditionstræning på moderat niveau kan med fordel påbegyndes i graviditeten. Kvinder, der har været meget fysisk aktive forud for graviditeten, kan fortsat være aktive under graviditeten evt. på et nedsat niveau, så længe de i øvrigt føler sig alment godt tilpas derved. Ikke-vægtbærende aktiviteter, som fx svømning, vandgymnastik og cykling kan anbefales til kvinder med ryg- og bækkenproblemer. Dette 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 kortvarige decelerationer i fosterets hjertefrekvens. 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 læge, obstetriker eller jordemoder før næste graviditet. Kvinder, der tidligere har aborteret, frarådes meget hård fysisk aktivitet.

Under graviditet er nogle motionsformer 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:

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

6.5 Tobak

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 10-15 år. Alligevel ryger ca. 15 % af de gravide, hvorfor der fortsat er behov for en særlig indsats.

I boks

Anbefalinger – tobak

- 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. Der bør informeres ved alle kontakter i graviditeten – men specielt i 1. trimester – om fordelene ved at stoppe med rygning. Det sundhedsfaglige personale bør søge at motivere til rygestop.
- Gravide, der ikke ønsker eller kan holde op med at ryge, opfordres til at nedsætte forbruget.
- Gravide bør ikke anvende nikotinpræparater uden at have drøftet dette med en læge.
- Rygning frarådes i ammeperioden, men amning anbefales selvom moderen ryger.
- Gravide bør ikke udsætte sig for passiv rygning – hverken hjemme eller på arbejdspladsen.

Boks slut

6.5.1 Sundhedsmæssige konsekvenser 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 gram, er dobbelt så stor blandt 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.

Endvidere er der i enkeltstående undersøgelser fundet sammenhæng mellem moderens rygning under graviditet og visse medfødte misdannelser, spædbarnskolik, fedme i barnealderen, adfærdsforstyrrelser og nedsat intellektuel formåen ved skolestart.

6.5.2 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.

Sammenhængen mellem rygning og fosterdød eller for tidlig fødsel findes tilsyneladende kun ved udsættelse for større mængder røg.

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

Arbejdstilsynets vejledning om gravides og ammendes arbejdsmiljø (At-vejledning A.1.8) fastsætter rammerne for gravides forhold på arbejdspladsen. Vejledningen nævner dog ikke specifikt passiv rygning. Sundhedsstyrelsen vurderer, at den nyeste viden om sammenhængen mellem passiv rygning og mulige konsekvenser for det ufødte barn må inddrages i de fremtidige arbejdspladsvurderinger, således at gravide ikke udsættes for passiv rygning på arbejdspladsen.

6.5.3 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 første tredjedel af graviditeten, har samme risiko som børn født af kvinder, der siden begyndelsen af graviditeten ikke har røget. Risikoen synes således at kunne elimineres, hvis moderen holder op med at ryge i begyndelsen af graviditeten.

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. Flere

undersøgelser tyder på, at rygning under graviditeten øger risikoen for sygdomme i luftvejene og andre organer i det første leveår.

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 og mellemørebetændelse. Undersøgelser tyder endvidere på, at børn, der udsættes for passiv rygning, har en øget risiko for at udvikle kolik, allergi, meningitis.

6.5.4 Rygestop

Den største helbredsgevinst opnås ved rygestop før undfangelsen eller tidligt i graviditeten, men rygestop på hvilket som helst tidspunkt i graviditeten har en positiv effekt. Derimod mangler der dokumentation for en gavnlig effekt af at nedsætte cigaretforbruget under graviditeten. Dette kan skyldes, 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.

Over for gravide har følgende metoder til rygeafvænning vist sig effektive: kort information om rygningens skadelige virkninger på fosteret, individuel vejledning om rygestop og egentlige rygestopkurser. Vejledningen bør varetages af specialuddannet personale 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 videnskabelige dokumentation for både effektivitet og sikkerhed. Om end nikotinsubstitution under graviditeten ikke er risikofri, synes risikoen dog ikke at være væsentlig øget, og den er formentlig mindre end ved rygning.

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

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 mere 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.

Men 40 % af de gravide, svarer i 2. trimester, at de har drukket 5 genstande eller flere ved mindst en lejlighed siden konceptionen (Bedre Sundhed for Mor og Barn). En stor del af dette forbrug er sket inden graviditeten erkendes. Der kan opstå fosterskader, hvis kvinden har stort alkoholforbrug i den periode. Derfor har alkoholvaner hos ikke-gravide stor betydning. En opgørelse fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005 (Statens Institut for Folkesundhed) viser, at blandt kvinder i alderen 20-39 år drak 15 % mere end 14 genstande i løbet af den foregående uge og 73 % drak 5 genstande eller flere ved mindst en lejlighed i løbet af den sidste måned.

I boks

Anbefalinger – alkohol

- Kvinder, der planlægger at blive gravide, informeres om alkohols betydning for opnåelse af graviditet 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 flere end 7 genstande om ugen eller flere end 1 genstand om dagen, tilbydes yderligere rådgivning. Såfremt den gravide, ikke selv er i stand til at ændre alkoholvaner, henvises til særlig hjælp og støtte.

Boks slut

6.6.1 Alkoholforbrug og fosterskader

Alkohol er et organisk opløsningsmiddel, som passerer gennem moderkagen til fosteret. Det bevirker, at fosteret får samme alkoholpromille som moderen. Indvirkningen af alkohol på fosteret er dosis-afhængig og spænder fra misdannelser ved højt indtag og mere hårfine neurologiske påvirkninger ved lavere indtag. Både det gennemsnitlige indtag af alkohol og mængden af alkohol, der drikkes på en gang, har betydning for fosterets udvikling.

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.

Forskning viser, at:

- Flere end 4-5 genstande om ugen synes at forøge risikoen for spontan abort i 1. trimester, dødfødsler, ganespalte, for tidlig fødsel, væksthæmning, ADHD og allergiske sygdomme og muligvis kryptorkisme.
- 1-2 genstande om dagen kan føre til nedsat fødselslængde, mindre hovedomfang, præterm fødsel, lav apgar-score ved fødslen, dødfødsel og misdannelser.
- 2-4 genstande om dagen kan føre til nedsat vægt af placenta, nedsat evne til at sutte, nedsat evne til at tilbageholde respons på irrelevante stimuli, nedsat IQ, indlæringsvanskeligheder, øget reaktionstid og hyperaktivitet.

- 5 eller flere genstande på en gang under graviditeten ("binge drinking") er associeret med indlæringsvanskeligheder, koncentrations- og hukommelsesproblemer samt ufleksibel problemløsning hos barnet i 7-års alderen.

Selv ved alkoholforbrug under de anbefalede genstandsgrænser for kvinder, er der således risiko for fosterskader. Det er derfor vigtigt, at alkoholvaner bliver drøftet med alle gravide.

Føtal alkoholsyndrom (FAS)

Føtal alkoholsyndrom (FAS) er den sværeste fosterskade, der ses som følge af alkohol. I Danmark er der hvert år ca. 75 tilfælde af FAS. FAS er karakteriseret ved:

- Vækstretardering, dvs. at barnets længde, vægt og hovedomfang er mindre
- Karakteristiske ansigtstræk med små, ofte lidt skrånede øjenspalter, epicantus, bred, flad næseryg, lille opstoppet næse, manglende eller svagt udviklet næselæbefure, lille vigende hage og lavt placerede, ofte bagudrejede 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
- Klumpfødler
- Misdannede kønsorganer.

Føtal alkoholeffekt (FAE)

Hvis børnene har en eller to af ovennævnte skader og moderen har drukket alkohol under graviditeten, er der tale om føtal alkoholeffekt (FAE). Udenlandske undersøgelser anslår, at FAE forekommer ca. tre gange hyppigere end FAS. Mange børn får først stillet diagnosen meget sent, hvis lidelsen overhovedet diagnosticeres.

6.6.2 Anbefalingerne bygger på et forsigtighedsprincip

På baggrund af den evidens, der foreligger, kan anbefalingerne baseres på en risikovurdering eller en forsigtighedsbetragtning. Da der ikke er konsistent evidens for skadelige effekter af et alkoholforbrug mindre end 1 genstand pr. døgn, ville en anbefaling baseret på en risikovurdering 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. Et alkoholforbrug, der i større grupper af gravide ser ud til være risikofrit, er ikke nødvendigvis risikofrit for den enkelte kvinde, da der er stor variation i nedbrydningen af alkohol hos forskellige mennesker. Det er vanskeligt at dokumentere en årsagssammenhæng mellem et lille alkoholforbrug og subtile skader (fx minimale hjerneskader) eller multifaktorielt betingede lidelser (fx allergi eller kryptorkisme).

I lighed med en række andre lande har Sundhedsstyrelsen valgt at basere ovenstående alkoholanbefalinger på et forsigtighedsprincip, da eventuelle skader på fosteret er livsvarige og består af et bredt spektrum af skader, som kan forhindres fuldstændigt. Den mest sikre måde, hvorpå føtale alkoholskader kan forebygges, er, at undgå indtagelse af alkohol under hele graviditeten, også den uerkendte periode af graviditeten. Der lægges således vægt på det sundhedsfremmende aspekt. Det skal samtidig anføres, at der ikke er nogen dokumentation

for en gavnlige effekt hos mor eller barn af alkoholindtag i graviditeten. En yderligere fordel ved en anbefaling om afholdenhed er, at budskabet er enkelt og entydigt.

På den baggrund anbefaler Sundhedsstyrelsen:

- 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 derfor foretages en balanceret risikovurdering som udgangspunkt for rådgivningen til den gravide. Gravide, der har drukket alkohol, bør undgå alkohol resten af graviditeten.

Par, der ønsker at blive gravide, bør være orienterede om, at kvinder, der drikker mere end et glas om dagen, har nedsat frugtbarhed. Mænds alkoholforbrug har også betydning for kvindens mulighed for at blive gravid.

Alle kvinder, der møder til første graviditetsundersøgelse, bør spørges om deres forbrug af alkohol, tobak, medicin og narkotika.

Der er behov for uddybende rådgivning ved et forbrug mere end 7 genstande om ugen, eller hvis den gravide drikker flere genstande på en gang.

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

6.7 Andre euforiserende stoffer/narkotika

1.4.1 Udbredelse af euforiserende stoffer i befolkningen

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:

En undersøgelse fra XårX viser, at:

- 19 % af de 16-19-årige kvinder
- 12 % af de 20-25-årige kvinder
- 6 % af de 25-29-årige kvinder
- 3 % af de 30-34-årige kvinder

– havde røget hash inden for seneste år. Der er en 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 stofmisbrug, heraf er en fjerdedel kvinder. Det skønnes, at det samlede antal stofmisbrugere er omkring det dobbelte. Gennemsnitsalderen for kvinder, der behandles for stofmisbrug er 37 år. De fleste kvindelige stofmisbrugere er således i den fertile alder. En registerundersøgelse har påvist, at kvindelige

stofmisbrugere stort set får samme antal børn som de øvrige kvinder, men stofmisbrugerne har 2 1/2 gange så mange provokerede aborter.

Brug af euforiserende stoffer er således ikke almindeligt udbredt blandt gravide. Det er særdeles vigtigt ikke at overse et evt. misbrug, 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 misbrugsproblematik. Når det drejer sig om misbrug, er der altid tale om en multifaktoriel problemstilling, hvor mange faktorer indvirker negativt på fosterudvikling, graviditets- og fødselsforløb.

I boks:

Anbefalinger – euforiserende stoffer/narkotika

- Alle gravide spørges om deres forbrug af euforiserende stoffer ved første graviditetsundersøgelse.
- Gravide frarådes brug af euforiserende stoffer gennem hele graviditeten.
- 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 afvænning.

Boks slut

6.8 Forurenende miljøstoffer

Gravide og ammende rådgives om at være særlig opmærksom 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. Den kliniske undersøgelse af gravide

7.1 Terminfastsættelse

Nægeles regel for terminsberegning (terminsfastsættelse på baggrund af sidste menstruation (SM)) forudsætter en sikker beregning, som indbefatter præcis viden om dato for sidste menstruation og regelmæssige ovulatoriske menstruationscykli gennem mindst 3 måneder forud for konceptionen. Disse krav er ikke opfyldt for en ret stor andel af de 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+0.

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.

I boks

Anbefaling vedr. terminsberegning

- Terminen fastsættes på basis af ULS før uge 20+0
- Nægeles regel for terminsberegning anvendes, hvis kvinden ikke ønsker ultralydsskanning.

Boks slut

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 den aktuelle graviditet. 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 graviditet er associeret med højere fødselsvægt hos barnet. Hos kvinder, der er overvægtige før graviditeten, er der en øget forekomst af graviditets- og fødselskomplikationer, jo mere kvinden tager på. Hos kvinder, der er undervægtige før graviditeten, øger lav vægtstigning risikoen for intrauterin vækstretardering og for præterm fødsel.

Der er evidens for, at vægtøgning under graviditet har betydning for kvindens vægtudvikling senere i livet. For nogle kvinder er graviditet den udløsende faktor for udvikling af overvægt. Udenlandske studier viser, at kvindens vægt i gennemsnit er øget med 0,5-4 kg i forhold til før-graviditetsvægten (såkaldt vægtretention) i op til 2 1/2 år efter selve 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 risikoen for overvægt senere i livet. Nye forskningsresultater tyder på, at selv en beskeden vægtretention øger risikoen for komplikationer ved næste graviditet og fødsel, hvilket også er tilfældet for 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 eventuelle følgende graviditeter og bør derfor have samme rådgivning som overvægtige gravide.

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 således ikke international konsensus på området. De følgende vægtanbefalinger skal betragtes som en tommelfingerregel, der er baseret på den tilgængelige viden og tilpasset danske forhold.

Skema

Vægtstigning under graviditet Afhængig af den prægravide BMI tilrådes en gravid* følgende vægtstigning:	
Prægravid	Vægtstigning under graviditet
Undervægtige (BMI < 18,5)	14-15 kg
Normalvægtige (BMI 18,5-24,9)	10-15 kg
Overvægtige (BMI > 25)	8-10 kg

* enkeltfoldsgraviditet

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. uge er prediktiv for stor vægtstigning i den resterende del af graviditeten. Det antages, at vægten stiger gradvist i 2. og 3. trimester.

Slankekur frarådes under graviditet, idet det kan medføre en uhensigtsmæssig 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.

I boks

Anbefalinger vedr. vejning

- Alle gravide tilbydes rutinemæssig vejning som baggrund for rådgivning om vægtøgning, kost og motion (se kapitel x). 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.

Boks slut

7.3 Blodtryk

Under en normal graviditet ændrer blodtrykket sig, således at blodtrykket 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 $\leq 140/90$.

Blodtryksmålingen bør foregå med kvinden halvsiddende og med overarmen i niveau med hjertet. Forud for målingen bør der være mindst 5 minutters hvile. Der anvendes korrekt manchetstørrelse, idet bredden af den oppustelige del af manchetten skal være 2/3 af overarmens længde. Værdien af BT måling ved alle rutinemæssige graviditetsundersøgelser er uafklaret. Blodtryksmåling er en vigtig parameter for diagnosticering af præeklampsi (svangerskabsforgiftning), se kapitel xx.

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.

Boks

Anbefaling vedr. BT måling

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 (almen sygdomsfølelse, smerter i epigastriet, hovedpine)).

Ved BT $>140/90$ henvises til obstetrisk specialafdeling.

Boks slut

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 hjerte- eller lungelidelse, der ikke er symptomgivende eller kendt forud for graviditeten.

Boks

Anbefaling vedr. stetoskopi

- Stetoskopi af hjerte og lunger udføres kun på indikation.

Boks slut

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 (sukkersyge) 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 XX om gestationel diabetes.

7.5.2 Proteinuri

Formålet med undersøgelsen er tidlig opsporing af begyndende svangerskabsforgiftning (præeklampsi). Det anbefales at foretage urinundersøgelse for albumin en gang i henholdsvis 1. og 2. trimester og ved hver svangreundersøgelse i 3. trimester. Se endvidere afsnit XX 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 kvinder, og af disse udvikler 20-30 % symptomatisk urinvejsinfektion, hvis de ikke behandles.

Risikoen for at udvikle bakteriuri i graviditeten er størst imellem gestationsuge 9 og 17. Se endvidere kap 9 om infektioner.

boks:

Anbefaling vedr. urinscreening

- Urinundersøgelse for opsporing af diabetes anbefales gennemført en gang i henholdsvis 1. og 2. trimester og ved hver svangreundersøgelse i 3. trimester.
- Urinundersøgelse for albumin anbefales en gang i henholdsvis 1. og 2. trimester og ved hver svangreundersøgelse i 3. trimester.
- Urinundersøgelse for asymptomatisk bakteriuri ved første og anden lægeundersøgelse hos egen læge. Ved positivt undersøgelsesresultat suppleres med urindyrkning.
- Urindyrkning i 16. uge hos alle med anamnese omfattende tidligere UVI i graviditeten, præterme veer og eller præterm vandafgang i tidligere graviditeter eller pyelonefrit.
- Ved fund af gruppe B streptokokker (GBS) i urinen påføres dette kvindens vandrejournale, idet der så behandles med penicillin i.v. under fødslen.

Boks slut

7.6 Gynækologisk undersøgelse

Værdien af rutinemæssig gynækologisk undersøgelse i graviditeten er ikke dokumenteret.

I boks

Anbefaling vedr. gynækologisk undersøgelse

- GU udføres på indikation (blødning, smerter).

Boks slut

7.6.1 Vaginal eksploration

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 kan give falsk tryghed, hvis der på anden vis er klinisk mistanke om opmodning af de cervicale forhold fx pga. mange kontraktioner, tyngdefornemmelse eller rigeligt vandigt udflåd. (henvisning til afsnit om præterm fødsel).

Boks

Anbefaling vedr. vaginaleksploration

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

Boks slut

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 og tidligere har haft bækkenfraktur, svær skoliose, følger efter rachitis og polio eller andre tegn på mulige mekaniske problemer i forbindelse med fødsel.

I boks

Anbefaling vedr. bækkenvurdering

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

Boks slut

7.7 Celleprøve fra livmoderhalsen (smear)

I henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 inviteres kvinder i aldersgruppen mellem 23 og 50 år til screening for livmoderhalskræft hvert 3. år og efter 50-års-alderen 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 blive indkaldt til yderligere undersøgelser, hvilket vil ængste den gravide unødigt. Hertil kommer, at der kun under meget tvingende omstændigheder foretages en keglesnit-operation, mens kvinden er gravid.

Det vurderes, at der almindeligvis ikke bør foretages smear-undersøgelse i graviditeten pga. den øgede risiko for falsk positive undersøgelser, og de vanskeligheder yderligere udredninger og behandling af tilstanden under graviditeten medfører. Under forudsætning af, at Sundhedsstyrelsens anbefaling vedrørende cervixcancerscreening i øvrigt følges, antages det, at tilfælde af livmoderhalskræft alligevel vil blive diagnosticeret i tide.

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

I boks

Anbefaling vedr. celleprøve fra livmoderhalsen

- Rutinemæssig undersøgelse med celledrab (smear) bør ikke udføres under graviditet. Der tilrådes enten prækonceptionel smearundersøgelse eller undersøgelse 8 uger efter fødslen, hvis der er gået mere end 3 år siden sidste undersøgelse.
- Ved klinisk mistanke om præ- eller manifest maligne tilstande bør kvinden henvises til undersøgelse på gynækologisk specialafdeling med kolposkopi og evt. biopsi i stedet for smear.

boks slut

7.8 Mammalpalpation

Det er uhensigtsmæssigt at undersøge den gravides bryster med henblik på at vurdere kvindes mulighed for at amme. Behandling for flade brystvorter er uden effekt.

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

Boks:

Anbefaling vedr. mammalpalpation

- Undersøgelse af mammae indgår ikke i de rutinemæssige svangreundersøgelser.

Boks slut

7.9 Psykosociale problemstillinger

Ved første lægeundersøgelse optages en grundig psykosocial anamnese, som kan danne 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 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 fødsler
- Par-problemer eller -konflikter.

Lægen bør i øvrigt være særlig opmærksom på:

- Psykisk sygdom, herunder også tidligere spiseforstyrrelse eller depression, se kapitel 16.
- Misbrugsproblemer, både hos kvinden og hendes partner, se nedenstående
- Problemer som følge af etnicitet, herunder især sprogsvækkigheder, (for) lille netværk i Danmark og traumer i familien (se også kapitel 5).

7.10 Misbrug

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 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 i forhold til vejledning om de fosterskadende 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 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 (ectasy, amfetamin, kokain, heroin osv).

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

Et eksempel på spørgeguide kan ses til inspiration i *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer, Sundhedsstyrelsen 2005, bilag 3.*

Boks

Anbefalinger vedr. misbrug

- 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.

Boks slut

7.11 Kvinder med anden etnisk baggrund

7.11.1 Traume- og torturofre

Graviditet og fødsel kan være med til at reaktivere tidligere traumatiske oplevelser hos både moderen og faderen. Graviditeten, der indeholder vente- og uvishedsaspektet, kan minde om fængsling og tilbageholdelse og kan derfor opleves som en belastende periode. Familier, der

har været udsat for sådanne oplevelser, vil sjældent uopfordret nævne det. Ved de rutinemæssige svangreundersøgelser bør der derfor være særlig opmærksomhed i forhold kvinder og familier, der er flygtet fra krig og politiske trusler. Visse former for tortur kan have medført skader på bækken eller reproduktive organer – skader, der kan føre til graviditets- eller fødselskomplikationer. Har kvinde været udsat for tortur, henvises til obstetrisk speciallæge, der i samråd med kvinden, hendes jordemoder og den praktiserende læge tidligt i graviditeten vurderer behovet for psykologsamtaler og anden støtte.

Boks

Anbefalinger vedr. traumer efter tortur o.l.

- Familien tilbydes den nødvendige støtte tidligt i graviditeten
- Plan for fødslen påbegyndes tidligt i graviditeten

Boks slut

7.11.2 Kvindelig omskæring

Kvinder, der er omskåret, tilbydes behandling som beskrevet i bilag X. Da det er en risikotilstand, henvises kvinden altid til specialafdeling. Der arrangeres tolkebistand med kvindens samtykke, med mindre kvinden taler dansk uden problemer eller ikke ønsker tolk.

I boks

Anbefalinger vedr. kvindelig omskæring

- Den praktiserende læge henviser den gravide infibulerede kvinde (se bilag) til en specialafdeling.
- Der tilbydes professionel, helst kvindelig tolk. Hvis mandlig tolk anvendes, skal tolken ikke kunne se på kvinden under samtalen og undersøgelsen.

Boks slut

8. Screening for hæmatologiske sygdomme

8.1 Anæmi

8.1.1 Baggrund

Jernbehovet stiger gradvist gennem graviditeten, og jernindtaget bruges hovedsageligt til at øge erythrocytmassen 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. Og 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 svangrekonsultation 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.

8.1.2 Sundhedsmæssige effekter af jerntilskud

Det vides især fra udviklingslande, at jernmangelanæmi er en risikofaktor for tidlig fødsel og lav fødselsvægt. Men i et høj-indkomst 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 levemåneder.

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

8.1.3 Jerntilskud

Hovedparten af danske kvinder vil derfor have behov for et jerntilskud under graviditet, for at forebygge udtømmning 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 5 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 stile efter den lavest effektive dosis, og nyere undersøgelser viser, at 40 mg/dag senest fra 18. uge 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 dette naturligvis medføre måling af hæmoglobin og serum ferritin, og ved lave værdier at anbefale et øget tilskud (66-100 mg jern daglig).

i boks:

Anbefaling vedr. jerntilskud

- Det anbefales, at alle gravide tilrådes et dagligt jerntilskud på ca. 40 mg fra 10. uge og senest fra 18. uge, og resten af graviditeten.

Denne dosis er baseret på, at jerntilskud tages separat og mellem måltiderne, hvor absorptionen er bedst. Jern, der indgår i multivitaminer, medregnes ikke, idet jernet ikke absorberes optimalt i konkurrence med de andre stoffer i en multivitamintablet. Den anbefalede dosis vil sjældent give anledning til bivirkninger.

- Den gravide bør gøres opmærksom på, at jerntabletter ligesom andre tabletter skal opbevares utilgængeligt for børn.

Boks slut

8.2 Rhesus immunisering

15% af kvinderne har rhesus negativ blodtype, heraf bærer 60 % på et foster med rhesus 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 rhesus negativ blodtype, hvoraf 6.000 bærer et foster med rhesus positiv blodtype.

Rhesus profylaksen blev indført i Danmark i 1969 og medførte et dramatisk fald i antallet af immuniserede kvinder og dermed af antallet af intrauterin fosterdød og af nyfødte med erythroblastose.

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.

Rhesus 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 ganske 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 rhesus 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 rhesusimmunisering. Der er ingen opgørelse over blivende handicaps hos børnene, men de er formentlig små.

8.2.1 Forebyggelse af rhesus immunisering

Generel forebyggende behandling med anti-D under graviditeten er de senere år indført i en række lande, bl.a. Holland, Storbritannien, USA og Australien. Der er god dokumentation for, at man kan nedsætte antallet af immuniseringer ved at give enten en injektion med 300 µg anti-D immunoglobulin 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 rhesus immuniserede kvinder kan nedsættes med ca. 2/3, dvs. fra 1,5 % til ca. 0,5 % af tilfældene.

Den første model anbefales, dvs. en injektion med 300 µg anti-D immunoglobulin 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 rhesus 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.

I boks:

Anbefalinger vedr. rhesus immunisering

Sundhedsstyrelsen har fundet grundlag for at foretage en udvidelse af rhesus profylaksen.

A. Rutineprøver

Alle gravide kvinder får taget blodprøve til blodtypebestemmelse og screening for irregulære blodtypeantistoffer tidligt i graviditeten (ved første lægeundersøgelse, uændret praksis).

Alle rhesus-negative gravide får taget blodprøve til screening for irregulære blodtypeantistoffer i uge 25 hos praktiserende læge (ændret praksis). Samtidig undersøges fosterets rhesustype, således at fødestedet har svaret, når kvinden kommer til jordemoder i uge 29.

Screening for irregulære blodtypeantistoffer hos rhesus-positive gravide i uge 25 eller 35 kan ikke anbefales.

B. Indikationer for behandling med anti-D immunoglobulin til ikke-immuniserede Rh-negative gravide

Før graviditetsuge 8+6

Der er ikke behov for anti-D ved spontan og induceret abort til og med 8 fulde uger (uanset om der er foretaget et indgreb). Det samme gælder ved ekstrauterin graviditet til og med 8 fulde uger. Det skyldes, at fosterets blodvolumen og dermed antallet af føtale erythrocyter er så lille indtil dette tidspunkt, at risikoen for immunisering anses for minimal.

Efter graviditetsuge 9+0

Der gives 300 µg anti-D inden for 72 timer efter følgende procedurer eller komplikationer:
[Doseringen overvejes, idet der for nylig er kommet ampuller med 125 µg anti-D på markedet i Danmark]

- Spontan, ”missed” eller induceret abort uanset metode
- Blødning eller abortus imminens efter 12. graviditetsuge
- Mola
- Ekstrauterin graviditet
- Foetus mortuus, så snart diagnosen er stillet
- Udvendig vending
- Abdominal traume, som medfører indlæggelse på mistanke om placentløsning

Rutinemæssig antenatal profylakse i 29. graviditetsuge

Alle ikke-immuniserede rhesus negative gravide med rhesus positive fostre tilbydes rutinemæssigt 300 µg anti-D i 29. graviditetsuge. Fødestedets personale har ansvaret herfor.

Ved fødslen

Der gives 300 µg anti-D hurtigst muligt og senest inden for 72 timer efter fødsel af rh-positivt barn, hvis moderen ikke har rh-antistoffer.

[Boks slut](#)

8.3 Hæmoglobinopatier

Hæmoglobinopatier er verdens hyppigste arvelige sygdomme, og undersøgelser i Danmark har vist, at 3-4 % af indvandrerbefolkningen bærer et sådant gen. 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 β-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.

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.

[I boks](#)

Anbefaling vedr. hæmoglobinopatier

Hvis der *ikke* foreligger en tidligere undersøgelse for hæmoglobinopati, undersøges den gravide, hvis hun har sine etniske rødder fra ét af disse steder:

Afrika (primært områder syd for Sahara og afro-amerikanere)

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, Cambodia, Laos, Burma, Vietnam, Thailand, Malaysia, Phillipinerne)

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.

Hvis den gravide viser sig at være heterozygot for thalassæmi eller seglcellanæmi, undersøges 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.

[Boks slut](#)

8.4 Graviditetskomplikationer associeret til arvelig og erhvervet trombofili
Graviditeten i sig selv udgør en risiko for dannelse af venøse tromber, 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 placenta-insufficiens.

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

[I boks:](#)

Anbefaling vedr. trombofili

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

- Abortus habituais (mindst 3 spontane aborter i 1. trimester)
- Intrauterin fosterdød i 2. eller 3. trimester
- Svært væksthæmmet foster
- Svær og tidligt indsættende præeklampsi
- Placentaløsning

- Tidligere venøs trombose.

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

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

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 ovenstående, alvorlige graviditetskomplikationer, og *ikke* tidligere er blevet udredt, anbefales alligevel udredning så hurtigt som muligt.

[Boks slut](#)

9. Screening for infektioner

Under graviditeten udsættes den gravide for en række almindelige infektioner, uden at dette påvirker graviditetsforløb eller foster. Gravide kan ligesom alle andre få alvorlige infektioner, der er behandlingskrævende. I kapitlet er kun medtaget infektioner, hvor der er specielle forhold i graviditeten og mulighed for at forebygge eller behandle sygdom. Der kan være tale om kroniske infektioner som hepatitis B, HIV og syfilis, hvor moderen ikke har symptomer, men hvor fosteret kan smittes og skades. Hvor moderen ikke har gennemgået børnesygdomme og andre udbredte sygdomme, er fosteret ikke beskyttet af materielle antistoffer og kan udvikle alvorlig sygdom, det gælder fx for rubella og parvovirus. For forebyggelse af smitsomme sygdomme er det vigtigt at indskærpe almindelige hygiejniske foranstaltninger som håndvask og fødevarehygiejne.

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

1. Generel screening. Der er kun generel screening for hepatitis B virus infektion
2. Selektiv screening udføres for HIV-infektion og syfilis. Der udspørges om risikofaktorer for andre seksuelt overførte sygdomme som gonore og klamydia og om vaccinationsstatus. (Sundhedsstyrelsen undersøger pt. mulighederne for at indføre generel screening af HIV-infektion og syfilis)
3. Undersøgelse ud fra eksposition eller sygdomstegn i graviditeten eller andre særlige forhold: rubella, parvovirus, variceller, CMV og genital herpes
4. Andre sygdomme som er omtalt er toxoplasmose og listeriainfektion, der kan forebygges gennem fødevarehygiejne samt vaginose og gruppe B streptokokker.

For visse af sygdommene har Arbejdstilsynets et regelsæt for fraværsmelding af gravide. *At-vejledning xx, yy*

9.1 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, seksuelt, gennem stofmisbrug og fra mor til barn ved fødslen. I Danmark er det overvejende kvinder født i højendemiske områder (flygtninge, indvandrere, adopterede) og stofmisbrugere 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 (HBe Ag 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 leverscirrose og leverkræft, og de vil kunne føre smitten videre. Smitteoverførsel fra mor til barn kan forhindres, hvis der umiddelbart efter fødslen gives hepatitis B immunglobulin og hepatitis B vaccination efterfulgt af yderligere 3 hepatitis vaccinationer, når barnet er henholdsvis 1, 2 og 12 måneder gammelt.

Generel screening af gravide blev indført 1. november 2005. Indtil d. 31. marts 2007 var der fundet i alt 255 gravide med kronisk HBV-infektion. Dette svarer til en prævalens blandt gravide på 0,25 %, og at der findes knap 200 gravide med hepatitis B om året, hvoraf en del ikke var kendt i forvejen, og en del ikke ville være fundet ved selektiv screening.

Der henvises til *Vejledning om generel screening af gravide for hepatitis B virus infektion. Sundhedsstyrelsen*. (gældende vejledning dec. 2005, men opdateres efterår 2007)

I boks:

Anbefaling vedr. HBV-infektion

- Alle gravide undersøges for HBV-infektion, med mindre undersøgelsen aktivt fravælges. Der anvendes samme blodprøve som til den rutinemæssige undersøgelse for blodtype og irregulære blodtypeantistoffer ved 1. graviditetsundersøgelse. Analysen udføres normalt i blodbanken.
- Resultater af screeningen anføres på svangrejournalen.

boks slut

9.2 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, juni 2002*

9.3 HIV-infektion

[*Sundhedsstyrelsen undersøger pt. mulighederne for at indføre generel screening af 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 har hiv/aids på verdensplan. I Danmark er HIV-infektion blandt gravide sjælden og forekommer særligt hos indvandrere fra højendemiske områder og stofmisbrugere samt deres partnere.

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 reduceres smitterisikoen til under 1 %. Behandlingen startes ofte efter 1. trimester, hvis den gravide ikke er i behandling i forvejen. HIV-infektionen giver ikke fosterskader eller misdannelser hos barnet. I Danmark fødes ca. et barn om året med HIV-infektion – det er børn der i næsten alle tilfælde kunne være fundet ved den selektive screening, hvis den blev udført korrekt.

Der henvises til Dansk Selskab for Infektionsmedicins *vejledning vedr. HIV behandling af gravide*. www.dsinfm.dk

I boks:

Anbefaling vedr. HIV-infektion

Den gravide tilbydes HIV-test, hvis hun eller hendes seksualpartner:

- er født eller opvokset eller har haft længerevarende ophold i Afrika syd for Sahara, Syd- og Sydøstasien, Sydamerika, Østeuropa- eller Centralasien er nuværende eller tidligere stofmisbruger.
- hvis der er begrundet mistanke om, at hun kan have været udsat for HIV-smitte.
- Gravide HIV-positive henvises til infektionsmedicinsk afdeling for rådgivning og behandling.

Boks slut

9.4 Syfilis

[Sundhedsstyrelsen undersøger pt. mulighederne for at indføre generel screening af 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 har ingen symptomer. Antallet af diagnosticerede kvinder faldt efter ophøret af den generelle screening i 1998, og dermed også antallet af behandlede gravide med diagnosen, hvorfor risikoen for at overse børn med asymptomatisk kongenit syfilis er steget.

Medfødt syfilis har i mange år været ekstremt sjælden, hvilket indtil 1998 kan tilskrives den generelle screening af gravide, men efter 1998 kan det ikke udelukkes at der er forekommet uopdagede tilfælde. Der blev kun anmeldt ét tilfælde af medfødt syfilis i 10-års perioden 1997-2006. Smitte i fostertilstanden kan medføre abort, dødfødsel eller medfødt syfilis. Medfødt syfilis kan ytre sig som svær akut sygdom ved fødslen eller kan være asymptomatisk og senere resultere i en række forskellige kroniske tilstande, fx mental retardering. Selv klassiske symptomatiske tilfælde, kan p.g.a. deres sjældenhed være svære at diagnosticere i Danmark. Penicillin behandling i graviditeten anses for at forhindre følger af infektionen hos barnet.

Der henvises til *Vejledning for diagnose og behandling af seksuelt overførbare sygdomme, Sundhedsstyrelsen maj 1999.*

I boks

Anbefaling vedr. syfilis

Den gravide tilbydes serologisk undersøgelse for syfilis:

- hvis hun eller hendes seksualpartner er født eller opvokset i, eller har haft længerevarende ophold i Afrika, Asien og Sydamerika, Baltikum, Rusland eller Østeuropa
- hvis der er mistanke om, at den gravide har været udsat for syfilissmitte.
- Ved positiv serologi for syfilis henvises den gravide til fødeafdelingen for endelig diagnostik og behandling.

Boks slut

9.5 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, maj 1999.*

I boks:

Anbefaling vedr. gonoré

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

Boks slut

9.6 Klamydia

Klamydiainfektion er meget hyppig blandt unge under 26 år, men ses sjældent hos kvinder over 35 år. Blandt unge kvinder er prævalensen 5-8 %, hvis der ikke er symptomer, men højere hvis der er symptomer. Omkring halvdelen af infektionerne er asymptomatiske. Hvis der er symptomer, vil det oftest være øget eller ændret udflåd, dysuri, kontakblødning, 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 konjunktivit og pneumoni.

Der henvises til *Klamydiainfektioner. Vejledning for diagnose og behandling i almen praksis. Sundhedsstyrelsen 2005.*

I boks

Anbefaling vedr. klamydia

Gravide undersøges i henhold til nedenstående generelle anbefalinger.

Altid test:

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

Test overvejes:

- Hos personer med særlig risiko, fx ved usikker sex eller hyppige partnerskift.

Boks slut

9.7 Rubella (røde hunde)

Efter indførelse af MFR-vaccination i 1987 er røde hunde næsten udryddet i Danmark. Der er ikke anmeldt tilfælde af røde hunde i graviditeten siden 1997, og ingen tilfælde af congenit rubella syndrom siden indførelse af meldepligten i 1994. Der vil dog fortsat kunne forekomme mindre udbrud af rubella i Danmark. Desuden er sygdommen udbredt i mange ”turistlande” verden over, hvor man ikke MFR-vaccinerer, men kun vaccinerer mod mæslinger. Det er derfor væsentligt, at gravide er immune over for rubella, særligt hvis de rejser til udlandet i løbet af graviditeten.

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 såkaldt congenit rubella syndrom (CRS): hjerneskade, døvhed, blindhed, hjertefejl og dårligt immunforsvar. Risikoen for CRS hos fosteret er op mod 90 %, hvis moderen smittes i første 1/3 af graviditeten, 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.

I boks:

Anbefaling vedr. rubella

- Rutinemæssig udspørgen om MFR-vaccinationsstatus for gravide, der er født efter 1974.
- Gravide, der ikke er vaccineret, tilbydes vaccination efter fødslen.

I øvrigt tilstræbes vaccination i forbindelse med prækonceptionel rådgivning. Der skal gå 3 måneder fra rubella- eller MFR-vaccination til konception. Vaccination er principielt kontraindiceret under graviditet. Hvis der er givet rubellavaccination i graviditeten, er der dog ikke indikation for at afbryde graviditeten.

Ved eksantem sygdom i graviditeten eller eksposition for rubella undersøges den gravide for antistoffer mod rubella – med mindre det i forvejen vides, at den gravide er immun over for rubella.

Boks slut

9.8 Parvovirus B19 – Lussingesyge

Parvovirus giver en sygdom, der også kaldes Den femte børnesygdom, Erythema infectiosum eller lussingesyge. Det er en mild sygdom, som er hyppigst i barne- eller skolealderen og som giver livsvarig immunitet. Ca. 70% af voksne kvinder har haft sygdommen. Der er smittespredning hele året med småudbrud hvert år fra januar-maj og større epidemier hvert 3-4. år. Ofte mistænkes udbrud i børneinstitutioner uden at sygdommen er verificeret. En bloddråbe (øreflipblod eller blod fra en fingerspids) på filtrerpapir er tilstrækkelig til diagnostik ved mistænkt udbrud i børneinstitution.

Sygdommen smitter gennem luftvejssekret, men kræver temmelig tæt kontakt for at smitte og kan i et vist omfang forebygges gennem håndvask og andre hygiejniske foranstaltninger.

Infektionen kan i sjældne tilfælde være årsag til hydrops foetalis, spontan abort i 2. trimester samt fosterdød. Der er ikke set misdannelser efter infektion med parvovirus.

Risikoen for at seronegative gravide smittes er lav, mindre end 2% i ikke-epidemi år og ca. 13% under epidemier, hvor smitten er udbredt i samfundet. Den største risiko for smitte har mødre til børn med sygdommen. Risiko for påvirkning af fosteret ses overvejende ved smitte før 20. uge, hvor der er en risiko på 9% for spontan abort/fosterdød og (<3%) for hydrops foetalis. Der anbefales ikke generel screening for immunitet mod parvovirus, idet risikoen for smitte af seronegative og for at fosteret får parvovirus infektion er meget lav, og idet det ikke er muligt at behandle infektionen.

Arbejdstilsynet har udgivet retningslinjer for evt. fraværsmelding af gravide. *At-vejledning xx, yy*

I boks:

Anbefaling

- Ved udbrud af parvovirus sygdom er det vigtigt at informere om den lave risiko for fosteret og at man ikke ser fosterskader.
- Omplacering af seronegative gravide i skoler og børneinstitutioner, hvor der er udbrud kan forsøges, men det er vigtigt at være opmærksom på, at smitten kan være lige så stor eller større uden for arbejdspladsen og i hjemmet.
- Ved sygdom hos gravide med eksposition for parvovirus undersøges for serologisk status hvis denne ikke kendes i forvejen
- Gravide med parvovirus infektion henvises til fødeafdeling med henblik på rådgivning

Boks slut

9.9 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 virusbetinget 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 også 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.

Der henvises til www.ssi.dk og EPI-NYT uge 45/2005

I boks

Anbefaling vedr. varicella

- Præconceptionel vaccination af kvinder, der ikke har haft varicella. Kvinder født og opvokset i tropiske lande udspørges rutinemæssigt, om de har haft skoldkopper med det karakteristiske sygdomsbillede og evt. ar efter sygdommen.
- Gravide, der ikke vides at have 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 obstetriske specialafdeling mhp. behandling.

Boks slut

9.10 Herpes simplex virus

Genital herpes er en udbredt infektion, der i meget sjældne tilfælde giver alvorlig infektion hos det nyfødte barn. Har den gravide tidligere haft udbrud af genital herpes, er der ingen speciel risiko i forbindelse med graviditet og fødsel, idet både moderen og barnet har antistoffer, og risikoen for smitte er meget lav. Hvis den gravide derimod får genital herpes (primær infektion) i slutningen af svangerskabet, er der en lille risiko for, at det nyfødte barn kan få en generel herpesinfektion (herpes neonatorum), der ubehandlet kan være dødelig. Det

er muligt at behandle barnet med antivirale midler samt at give profylaktisk behandling til den gravide.

I boks:

Anbefaling vedr. herpes simplex virus

- Ved mistanke om førstegangsudbrud af genital herpes i 3. trimester, henvises til fødeafdelingen for diagnostik og behandling.
- Det anbefales at kvinden forløses ved sectio ved primær herpes genitalis udbrud den sidste måned inden fødslen.

Boks slut

9.11 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 %). Den hyppigste årsag til kongenit CMV infektion er primær infektion hos moderen under graviditeten, men reaktivering af CMV kan også 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 svære symptomer ved fødslen (hjerneskade samt forstørret lever og milt). Andre 10 % udvikler lettere retardation og høreskader. Behandling af kongenit inficerede børn med antivirale stoffer skal nøje overvejes ved behandlingsstart, idet der ikke er overbevisende resultater.

I boks

Anbefaling vedr. cytomegalovirus

- Der undersøges normalt ikke for CMV i graviditeten, da der ikke er mulighed for forebyggelse af mor-barn smitte eller for behandling, og fordi de fleste børn fødes normale.

Boks slut

9.12 Toxoplasmose (haresyge)

Toxoplasmose skyldes en parasit, som har katten som hovedvært. Hvis den gravide smittes - fx fra havearbejde, fra kattebakken, eller fra utilberedt kød - kan smitten overføres til fosteret. Parasitten indkapsles i form af inaktive cyster, som ikke penetreres af antibiotika. Reaktivering kan forekomme under opvæksten, formentligt helt til voksenalder. 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 i Danmark om året. 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 kalkifikationer. En ukendt andel vil udvikle mindre alvorlige problemer fx unilateral synsnedsettelse. Børnene udvikler sig generelt lige som andre børn. Alvorlige deficit i form af dødfødsel, bilateral synsnedsettelse/blindhed eller neurologiske sequelae herunder hydrocephalus og/eller mentalt deficit, anslås at forekomme hos sammenlagt 5% af de smittede børn (< 1 barn om året).

Det er væsentligt at forebygge infektionen ved at rådgive den gravide om, hvordan hun undgår at blive smittet. Undersøgelse for serokonversion anbefales derimod ikke. Det skyldes, at kun et mindretal af gravide, der smittes overfører infektionen til fosteret, at antibiotisk behandling ikke nedsætter risikoen for transmission i graviditeten, at de fleste børn, der har medfødt toxoplasmose, udvikler sig normalt, og at der er rejst tvivl om behandling givet efter fødslen har effekt. Endvidere er der en del falsk positive tests ved måling i graviditeten.

Der henvises til *Råd om mad og motion. Når du er gravid. Fødevarestyrelsen, 2006.*

I boks

Anbefaling

- Den gravide vejledes om, at smitte kan undgås ved:
 - at vaske hænder efter berøring af rå kød og grønsager og efter havearbejde
 - kun at spise kød, der er gennemstegt eller kogt, og ikke smage på rå fars
 - at undgå rå mælk (upasteuriseret)
 - at lade en anden tømme kattebakken dagligt, hvis der er kat i hjemmet
 - at undgå at flå og håndtere harer og andre dyr
- Der bør ikke udføres test for toxoplasmose i graviditeten

Boks slut

9.13 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 krydssmittede færdigvarer, såsom afskåret kød, pålæg og bløde oste, som er fremstillet af upasteuriseret mælk.

Der henvises til *Råd om mad og motion. Når du er gravid. Fødevarestyrelsen, 2006.*

I boks:

Anbefaling vedr. listeriose

Den gravide vejledes om, at smitte kan undgås ved at:

- skylle, koge eller stege madvarerne
- overholde holdbarhedsdatoer og opbevaringstemperaturer
- spise maden inden for få dage efter den er åbnet
- undgå rå mælk og oste fremstillet af rå mælk (upasteuriseret).

Boks

9.14 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 på BV er der således ikke evidens for at screene eller behandle BV 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.

I boks:

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 obstetriker.

Boks slut

9.15 Gruppe B Streptokokker (GBS)

GBS kan forårsage meget alvorlig infektion hos nyfødte kort efter og op til en måned efter fødslen. GBS-sygdom er sjælden og viser sig som sepsis, meningitis eller lungebetændelse. Der forekommer ca. 30 tilfælde om året. Smitten kan forebygges med antibiotika givet til moderen under fødslen. Omkring 20-30 % af alle gravide er koloniseret vaginalt/rektalt med GBS, og infektionen kan overføres til barnet ved fødslen. Der er manglende evidens for effekt af rutinemæssig undersøgelse for gruppe B streptokokker i graviditeten, hvorfor dette ikke anbefales.

I boks

Anbefaling vedr. GBS

- Alle gravide screenes for asymptomatisk bakteriuri, der ved positivt resultat suppleres med en urindyrkning. Ved fund af GBS i urindyrkning (uanset mængde) gives antibiotikabehandling i.v. under fødslen for at forebygge GBS-sygdom hos det nyfødte barn
- Da GBS sygdom er meget alvorlig anbefales desuden profylaktisk behandling af følgende grupper med i.v. penicillin under fødslen.
 - Kvinder som tidligere har fået et barn med alvorlig klinisk infektion (sepsis/meningitis/pneumoni og andet) og hvor GBS ikke er isoleret
 - Kvinder som har oplevet abort i 2. trimester eller foetus mortuus, hvor GBS mistænkes som ætiologisk agens
 - Kvinder med tidligere præterm fødsel med mulig GBS ætiologi (f.eks GBS i vaginalpodning)

Boks slut

10. Kliniske problemstillinger i svangerskabet

10.1 Blødning i graviditeten

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.

10.1.1 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 ekstrauterin 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. Ultralydsscanning – 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 er blevet fastslået, at graviditeten er lokaliseret intrauterint – må ekstrauterin graviditet overvejes og umiddelbar henvisning til undersøgelse på specialafdeling vil være relevant.

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

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

10.1.2 Blødning efter 1. 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 scanning i uge 19. Mistanken støttes ved, at den ledende fosterdel ikke er engageret i bækkenet. OBS: 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.

10.1.3 I 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. Det er imidlertid væsentligt 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.

I boks:

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 specialafdeling med henblik på afklaring af evt. ekstrauterin graviditet.
- Blødning efter 1. trimester: Almindeligvis bør den gravide henvises umiddelbart til undersøgelse på specialafdeling.
- Blødning og slimet/vandigt udflåd i 2. trimester: Kan være udtryk for cervixinsufficiens
- Blødning i 3. trimester: Den gravide bør altid henvises umiddelbart til specialafdeling. Vaginal eksploration bør undlades.
- Ved flere blødningsepisoder: Der bør udføres GU med henblik på forhold svarende til cervix. Ved synlige forandringer bør henvises til kolposkopi og evt. biopsi.

Boks slut

10.2 Den overvægtige gravide

Forekomsten af overvægt i befolkningen og blandt gravide er hastigt stigende. I 2006 var 32 % af alle gravide overvægtige (BMI > 25), mens 11 % 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, men også på længere sigt med risiko for udvikling af overvægt hos begge. Epidemiologien og forekomsten af komplikationer er beskrevet i kapitel 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 såvel sygelighed hos mor og foster samt dødeligheden hos gravide, der har udviklet gestationel diabetes. 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.

I boks:

Anbefalinger vedr. overvægt

- Overvægtige gravide tilbydes rådgivning med henblik på at begrænse vægtøgningen under graviditeten (se kapitel 7) og opfordres til fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen (se kapitel 6).
- Gravide med prægravid BMI ≥ 27 henvises i 28. uge til glukosebelastningstest (se nedenstående).
- Hos gravide med prægraviditet BMI > 35 kan overvejes henvisning til ultralydsscanning i uge 35 med henblik på stillingskontrol og fostervægt samt samtale med obstetiker om mulige komplikationer ved fødslen. Tilbud om profylaktisk epidural ved fødsel kan diskuteres ved den lejlighed.

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.

Boks slut

10.3 Gestationel diabetes mellitus

Graviditetsudløst sukkersyge (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. Selvom glukosetolerancen oftest normaliseres umiddelbart efter fødslen, har kvinder med gestationel diabetes en stærkt øget risiko for at udvikle diabetes senere i livet (i Danmark ca. 50 %). Herudover er risikoen tredoblet i forhold til at udvikle metabolisk syndrom, hvorfor denne gruppe er oplagt i forebyggelsesperspektiv.

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.

De fleste kvinder med gestationel diabetes har ingen symptomer, hvorfor der screenes for at opspore og behandle tilstanden. Screening af risikogrupper har traditionelt været anvendt i Europa, mens alle gravide screenes i bl.a. USA. Der er ikke enighed internationalt om de diagnostiske kriterier for at kunne stille diagnosen gestationel diabetes. Aktuelt er en verdensomspændende undersøgelse i gang, hvilket forventes at kunne bidrage med væsentlige oplysninger inden for et par år.

i BOKS:

Anbefaling

Fra 2006 har Sundhedsstyrelsen anbefalet nedenstående screeningsprogram for gestationel diabetes mellitus.

- Hos alle gravide undersøges urinen for glukosuri, som beskrevet i kapitel X. 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 oral glukosebelastningstest i henhold til nedenstående procedure.

Der anvendes følgende diagnostisk test:

2-timers 75 g OGTT. Der måles kun blodglukose efter 2 timer (dobbelbestemmelse tilstræbes).

Tolkning: Gestationel diabetes mellitus ved $\geq 9,0$ mmol/l i kapillært fuldblod eller venøst plasma målt med høj kvalitetsmetode. 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.

Kvinder med følgende risikofaktorer indgår:

- Tidligere gestationel diabetes mellitus
- Prægravid overvægt (BMI ≥ 27)
- Maternel 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

Screeningsprocedure:

Ved 14-20 uger undersøges følgende gravide:

1. Kvinder med tidligere gestationel diabetes mellitus
2. Kvinder med **to** 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:

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

boks slut

10.4 Præeklampsi og andre hypertensive tilstande i graviditeten

10.4.1 Hypertensive tilstande

Hypertension (forhøjet blodtryk) defineres som systolisk blodtryk ≥ 140 mmHg eller diastolisk blodtryk ≥ 90 mmHg konstateret ved 2 målinger med 4 timers interval.

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 ballonen 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.

Proteinuri defineres som $\geq 0,3$ g/24 timer eller $\geq +1$ ved steril urinstix. Spor af protein er et normalt fund, som ikke per se indicerer 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 mor og barn.

10.4.2 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, endotelial dysfunktion og øget inflammatorisk respons.

Det kliniske sygdomsbillede varierer meget. Symptomerne, der afspejler de patofysiologiske forandringer omfatter:

- Konstant hovedpine
- Synsforstyrrelser
- Svimmelhed
- Trykken for brystet
- Vejrtrækningsbesvær
- 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.

Sjældent optræder **HELLP** syndrom (1/1000 gravide) karakteriseret ved **H**æmolyse, **E**leverede **L**everenzym, **L**ave blod**P**lader og eklamsi (1/2000 gravide). **HELLP** er karakteriseret ved universelle kramper hos en gravid kvinde uden tilgrundliggende årsag. HELLP syndrom kan være en komplikation til en allerede eksisterende præeklamsi, men kan også optræde uden forudgående klassiske symptomer på præeklamsi. 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
- Førstegangsfødende
- Familiær disposition (mor eller søster) til præeklamsi
- BMI ≥ 35 ved første svangreundersøgelse
- Flerfoldsgraviditet
- Alder ≥ 40 år
- ≥ 10 år siden sidste graviditet
- Tilstedeværende medicinsk sygdom
Diabetes mellitus, kronisk hypertension, nyresygdom, antifosfolipidantistoffer.

I boks:

Anbefalinger

- Den praktiserende læge eller jordemoderen vurderer risikoen for præeklamsi ved den første graviditetsundersøgelse med henblik på tilrettelæggelse af kontrolforløb og evt. henvisning til specialafdeling.
- 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 specialafdeling før graviditetsuge 20 med henblik på rådgivning og planlægning af individuelt kontrolforløb, der varetages af specialafdeling, egen læge og jordemoder i fællesskab.
- Lægen eller jordemoderen informerer gravide i risiko om symptomer på præeklamsi, der indikerer 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 specialafdeling.

Boks slut

10.5 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 rygsmarter, tidligere traumer relateret til bækkenet, tidligere fødsler samt hårdt fysisk arbejde. P-piller før graviditeten, alder, højde, rygning, vægt, og tiden siden sidste graviditet øger ikke risikoen for bækkensmerter i graviditeten.

Bækken- og rygsmarter i graviditeten opleves af ca. 50 % af alle gravide. Mange gravide oplever diffuse, og som regel milde smarter i ryg og bækken, mens en mindre andel gravide har sværere og mere specifikke smarter fra bækkenleddene, hvilket kan bevirke en betydelig funktionshæmning. Bækkensmerter lokaliseret til symfyisen 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 smarter 1/2 år efter fødslen og hos 20 % rapporteres fortsat smarter efter 2 år. I modsætning hertil har kun 7 % af kvinderne med affektion af færre led smarter 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 palpation af de dorsale ligamenter over sacroiliacaleddene og palpation over symfyisen. Disse undersøgelser kan eventuelt suppleres med P4 test og modificeret Trendelenburg test (se bilag X).

Der kan ikke angives 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 smarter 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 rygschooler, at bruge specielle puder, manipulation/mobilisering, injektionsbehandling, bækkenbælte eller massage som eneste behandling.

Graviditetsrelaterede bækkensmerter er ikke i sig selv indikation for kejsersnit..

10.6 Tidligere kejsersnit – sectio antea

I 2005 var andelen af fødsler ved kejsersnit var 20 %. På baggrund af en stigende forekomst af kejsersnit må forudses en fortsat stigende hyppighed 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 anbefalinger for den forestående fødsel. Mest optimalt anbefaler lægen fremtidig fødemåde allerede ved udskrivelse efter fødsel ved kejsersnit.

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 en foranliggende moderkage (*placenta prævia*). Risikoen stiger med antallet af tidligere kejsersnit. Risiko for indvækst af moderkagen i myometriet (*accret placenta*) 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 og det er tvivlsomt, om der er tale om en causal sammenhæng.

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
- Hvis årsagen til det tidligere kejsersnit også er til stede i den aktuelle graviditet
- Samt i 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.

I boks:

Anbefalinger vedr. tidligere kejsersnit

- Ved tidligere kejsersnit henvises den gravide til en samtale med en obstetriker 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 specialafdeling under overvågning af mor og barn.
- Ved igangsættelse af fødsel efter tidligere kejsersnit bør kvinden oplyses om den øgede risiko for livmoderuptur.
- 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 livmoderuptur.

Boks slut

10.7 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 tabel er der imidlertid nævnt en række forhold, som er associeret med præterm fødsel.

10.7.1 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 – der henvises til specialafdeling inden for dage
- Blødning i 2. og 3. trimester – der henvises akut til specialafdeling
- Pludselig øget vandigt udflåd – der henvises akut til specialafdeling med henblik på cervixinsufficiens
- Bakteriuri og specielt pyelonefritis – der gives antibiotika
- Smertefulde plukkeveer – snarlig henvisning med henblik på cervixskanning

Kontraktioner vs. plukkeveer

Som grundregel kan man sige, at det er normalt at have plukkeveer i 3. trimester. Plukkeveer er karakteriserede 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 plukkeveer er normale eller patologiske.

Ved smertefulde kontraktioner før uge 34 bør den gravide henvises til specialafdeling med henblik på vaginal UL.

Cervixlængde

Cervixlængde vurderet ved vaginaleksploration er stort set værdiløs, når det skal vurderes, om fx plukkeveer er patologiske eller ej.

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

Cervixlængde under 15 – 20 mm vurderet ved vaginal UL 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 indicerer akut vurdering.

I boks:

Anbefalinger vedr. præterm fødsel

- Den praktiserende læge optager anamnese i forhold til tidligere graviditeter og sociale og arbejdsmæssige forhold.
- Ved høj risiko henvises til vurdering på specialafdeling med henblik på evt cervixscanning.
- Fraværsmelding kan være indiceret, specielt ved gående stående arbejde og kort cervix ved UL.
- Urindyrkning foretages på ved indikation.
- Smertefulde plukkeveer kan indicere aflastning, men cervixscanning bør overvejes.

boks slut

10.8 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 beskeden viden om årsagerne til graviditas prolongata. I 2006 var 5,6 % af graviditeterne overbårne.

Ved anvendelse af ultralydsbestemt termin (se side xx) 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.

10.8.1 Risici ved overbårenhed

Risiko for intrauterin fosterdød er stigende i den sidste del af graviditeten. En større engelsk undersøgelse har fundet en hyppighed af intrauterin død på 0,3 per pr. 1000 i uge 37+0, 1 per pr. 1000 i uge 42+0 og 2 per pr. 1000 i uge 43+0. Også forekomsten af neonatal død var stigende med stigende gestationsalder. I den danske registerundersøgelse fra 1978-1993 fandtes ligeledes en øget perinatal mortalitet blandt børn født posttermt sammenlignet med børn født ved termin (OR=1.36 (1.08-1.72)). Dette kan dog ikke genfindes i en ny opgørelse fra Fødselsregistret over perioden 1997-2006, som inkluderer over 650.000 fødsler. Der var ingen forskel på intrauterin, neonatal og perinatal mortalitet i uge 37 til 42, hvorefter der sås en stigning fra uge 43. Dette afspejler måske, at man de senere år har haft fokus på overbårenhed og sætter fødslen i gang ved tegn på komplikationer.

Det er uafklaret, om overbårenhed er årsag til den øgede dødelighed, eller om den samme faktor er årsag til overbårenhed og den øgede dødelighed. Fødsler, der finder sted efter 42 uger, kompliceres hyppigere af asfyksi, mekoniumafgang og mekoniumaspiration. Nogle undersøgelser tyder på, at den øgede risiko først og fremmest findes hos førstegangsfødende.

10.8.2 Igangsættelse

Fordelene ved igangsættelse er forholdsvis små, og formentlig især relevante efter 42 uger.

Igangsættelse af fødslen kan for nogle kvinder medføre en oplevelse af, at en ellers normal graviditet bliver sygeliggjort. En undersøgelse af kvinders indstilling har dog vist, at spørgsmålet om igangsættelse af fødslen er helt underordnet i forhold til fødselsudfaldet.

Hindeløsning kan reducere anvendelse af andre igangsætningsmetoder, men medfører ingen ændring i udkomme for barnet. Metoden er forbundet med mere ubehag for kvinden, bl.a. 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 inklusiv ultralyd og/eller CTG. Det kan overvejes at påbegynde den intensive overvågning i intervallet 41+0 til 42+0 pga. den registrerede stigning i den perinatale mortalitet efter termin.

Det er uafklaret, om alternative metoder som akupunktur har effekt som igangsætningsmetode.

[i boks:](#)

Anbefalinger vedr. overbårenhed

- Den gravide henvises til specialafdeling senest ved uge 42+0.

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

- Hindsprængning 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. Hindsprængning og ballon kan anvendes. Ved meget umodne forhold og behov for afslutning af graviditeten må gentaget kejsersnit stærkt overvejes.

[Boks slut](#)

11. Overvågning af fosteret under graviditeten

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 unødigt ængstelse hos den gravide.

Vedrørende fosterdiagnostik henvises til Sundhedsstyrelsens gældende anbefalinger ”Fosterdiagnostik og risikovurdering” (2003).

I boks:

Anbefalinger vedr. overvågning

- Symfyse-fundus måling kan foretages fra uge 24.
- Ved lavt/stagnerende eller højt/unormalt stigende symfyse-fundus mål henvises til specialafdeling med henblik på vurdering og vægtbestemmelse ved ultralyd.
- Klinisk fosterskøn vurderes og registreres ved graviditetsundersøgelser i 3. trimester. Der henvises til specialafdeling med henblik på vurdering og evt. ultralydsscanning, 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.

Boks slut

11.1 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. Ultralyd.

11.1.1 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 - eventuelt vækstretarderet - 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 terminberegning.

Den foreliggende evidens er beskedent, 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 udkomme af graviditetsudfaldet. 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 specialafdeling med henblik på vurdering og vægtbestemmelse ved ultralyd.

11.1.2 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 specialafdeling med henblik på vurdering og eventuelt ultralydsscanning.

11.1.3 Vurdering ved ultralyd

Undersøgelse af fosterets vækst ved ultralyd er indiceret, når:

- Den gravide mærker mindre liv
- Fosterskøn tyder på stagnerende eller ikke normal tiltagende fostervækst
- Symfyse-fundus målet er for lille eller for stort
- Kvinden synes, at abdominalomfanget ikke øges

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

11.2 Fosterstilling

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 specialafdeling med henblik på vurdering med ultralyd. 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 væsentligt at henvise den gravide til ultralydsscanning, 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.

En præcis vurdering af fosterstillingen har ikke klinisk relevans før uge 35.

11.3 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 fosterliv, 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.

Gravide informeres om at henvende sig til en jordemoder eller specialafdeling, 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 specialafdeling. 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.

11.4 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 moderen 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.

12. Fødsels- og familieforbereelse

Fødsels- og familieforbereelse er en integreret del af svangreomsorgen. Formålet med fødselsforberedelsen er, at informere kvinden og partneren om selve fødslen, muligheden for smertelindring, eventuelle komplikationer og andet af medicinsk/obstetrisk karakter. Formålet med familieforbereelsen 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 familieforbereelse er med til at øge de kommende forældres mulighed for selvbestemmelse.

I boks

Anbefalinger vedr. fødsels- og familieforbereelse

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

boks slut

12.1 Tilrettelæggelse

Fødsels- og familieforbereelse 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 familieforbereelse i grupper varetages primært af jordemoderen og kan tilrettelægges tværfagligt med inddragelse af fx sundhedsplejerske og andre faggrupper.

Især gruppen af veluddannede, kommende forældre er motiverede 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 familieforbereelse. 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 fødsels- og familieforbereelse.

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

12.2 Fødsels- og familieforbereelsens indhold

Mange informationer om den kommende forældrerolle er tilgængelige via eksempelvis blade, bøger, pjecer og internetsider. Praksiserfaringer viser dog, at der er et stort spring fra den teoretiske viden til den praktiske virkelighed, når forældrene har deres første nyfødte i armene. Førstegangsførelse 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 familieforbereelsen.

Endnu ved vi kun lidt om, hvilket indhold fødsels- og familieforbereelse bør have for at være tilpasset nutidens gravide og hendes partner. 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 smertelindring og eventuelle komplikationer og indgreb m.m. Derudover beskrives et behov for at få viden om tiden efter fødslen, plejen af spædbarnet samt om spædbarnets kompetencer. Effekten af fødsels- og familieforbereelse er sparsomt dokumenteret bortset fra øget brugertilfredshed.

For at skabe sammenhæng i tilrettelæggelsen af fødsels- og familieforbereelsen foreslås det, at man i planlægningen betragter graviditet, fødsel og barsel i forhold til følgende 4 hovedtemaer:

1. Den gravides/parrets udvikling hen mod forældreskab
2. Tilknytning til barnet under graviditeten, fødslen og i barselsperioden
3. Forberedelsen til fødslen
4. Konkret vejledning om 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 begge behov, fx ved at give kommende mødre og fædre mulighed for at dele erfaringer med eget køn i undervisningsforløbet.

Mod 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.

Tilknytning til barnet og amning

- Kvinders og mænds forestillinger om det kommende barn, forældrekærlighed, 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, 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.

Fødslen

- Den normale fødsel, rundvisning på fødegang, fødselens psykologi, kontakt til fødestedet, faresignaler, smertelindring, mulige indgreb.
- Drøftelse af faderens eller anden ledsagers rolle under fødslen.

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.
- 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.

12.3 Familier med anden etnisk baggrund end dansk

Tilbud om fødsels- og familieforbereelse 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.

13. Fødslen

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 og 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 har 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 fordeler sig i tre grupper:

- 1) ønsket om så naturlig en fødsel som muligt
- 2) ønsket om høj grad af teknologisk hjælp
- 3) ingen stillingtagen på forhånd – man lader det afhænge af situationen.

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 velinformeret, og at de bliver involveret i de beslutninger, der tages under fødslen, såfremt de ønsker det. Fødselshjælpernes (jordemoderen/lægens) adfærd over for den fødende og evne til at informere og involvere den fødende/parret i eventuelle beslutninger undervejs i fødslen, har større betydning for deres tilfredshed end smertelindring og indgreb under fødslen.

Hovedparten af fødsler i Danmark foregår uden kejsersnit eller brug af sugekop. Der er en stigende tendens til 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 (empowerment). Der er god dokumentation for, at kontinuerlig tilstedeværelse af en omsorgsperson under fødslen nedsætter kvindens behov for medicinsk smertelindring, øger kvindens 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 opfordres til at være mobil og oppegående i videst mulig omfang 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 planlagt vaginale fødsel.

13.1.1 Lang latent fase/udvidningsfasen

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 modtaget fødselsforberedelse, henvender sig i gennemsnit til fødeafdelingen, når fødslen er mere fremskreden. En lang latent fase kan være prædikator for vesvækkelse og indgreb i fødslen. 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.

På fødestedet bør der derfor være mulighed for at visitere kvinder, der henvender sig til fødeafdelingen, med henblik på at håndtere deres behov. Dette uanset om der er tale om indlæggelse i aktiv fødsel, eller om der snarere er brug for smertelindring, omsorg eller blot information.

13.1.2 Progression og anvendelse af vestimulation

Oplevelsen af langvarig fødsel 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.

Der kan anvendes et partogram som hjælpemiddel til vurdering af fødselens progression og diagnosen vesvækkelse, når kvinden er i aktiv fødsel. Der skelnes mellem overgangsfase og uddrivelsesfasens 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 (defineret arbitrært ved >7 veer på 15 min.) bør undgås, og der bør være ve-pauser, som sikrer barnet tilstrækkelig iltning. Der er ikke er 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 en fødsel af et asfyktisk barn.

Der henvises til DSOG's guidelines med henblik på definition af dystoci (vesvækkelse) i fødselens udvidnings- og uddrivningsfase.

i boks:

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.

Boks slut

13.1.3 Fødselens uddrivningsfase (nedtrængningsperioden og presseperioden)
Varetagelsen af fødselens uddrivningsfase har konsekvenser for indgrebsfrekvens, barnets tilstand samt kvindens risiko for bristninger, herunder bristning af endetarmens lukkemuskel (sphincterruptur). Fødeepidural kan forlænge perioden for barnets nedtrængning i bækkenet

med ca. 1 time hos førstegangsfødende. 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.

I boks:

Anbefaling vedr. uddrivningsfasen

- Afventning af spontan pressetrang samt fokus på, at ledende fosterdel reelt er på bækkenbunden, før kvinden opfordres til at understøtte pressetrangen med Valsava-manøvre. Dette er særligt gældende for førstegangsfødende, og når der er anvendt fødeepidural 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 være i en stilling, hvor jordmoderen kan se og beskytte mellemkødet.
- Episiotomi bør kun anvendes på restriktiv indikation ved truende iltmangel hos fosteret.
- Kvinder med sphincter ruptur bør have opfølgning ved speciallæge.

Boks slut

13.1.4 Smertelindring

Kvindens behov for smertelindring under fødsel varierer meget. For nogle kvinder kan det at kunne gennemleve fødslen uden smertelindring betyde styrket selvværd. For andre kan mangelfuld smertelindring medføre en betydelig følelsesmæssig belastning. Tilstedeværelse af en støtteperson kan nedsætte kvindens behov for smertelindring.

Smertelindringsmuligheder i fødselssammenhæng er ikke-medicinske (fx vejtrækning, afspænding, ve-hvilestillinger, massage, akupressur/-punktur og varme bade) såvel som medicinske (fx morfin, lattergas, epidural, spinal og pudendusblokade). Der kan desuden være behov for smertelindring efter vaginale fødsler.

Epiduralblokade som smertelindring har været meget omdiskuteret og anvendes i Danmark i mindre grad end i vore nabolande. En metaanalyse viser øget forekomst af instrumentelle forløsninger ved epiduralblokade, medens en historisk analyse ikke kan bekræfte dette.

I boks:

Anbefaling vedr. smertelindring

- Kvinden informeres i graviditeten om mulighederne for smertelindring under fødslen samt mulighed for smertelindring efter vaginal fødsel. I informationen bør der oplyses objektivt om fordele og ulemper (herunder bivirkninger).
- Personalet bør være opmærksom på den enkelte kvindes behov for smertelindring, også selv om hun ikke udtaler det direkte. Også i barselsperioden bør man have fokus på kvindens eventuelle smerter.
- Effektiv smertelindring ved suturering af bristninger efter fødslen er vigtig. Det kan være nødvendigt at anvende en kombination af flere metoder for at opnå god effekt, fx lokalbedøvende gel, akupunktur og/eller infiltrations analgesi. Obstetrikere bør overveje

suturering af komplicerede bristninger i regional analgesi (eventuelt på operationsgangen).

Boks slut

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. Ved tidligere kejsersnit bør man dog overveje forløsning ved abnormt CTG, som kan være første tegn på uterusruptur. STAN forudsætter kontinuerlig undervisning og strikte definitioner. STAN hviler på en primær subjektiv vurdering af CTG, og ved abnormt fund på en efterfølgende computerbaseret objektiv vurdering.

Instrumentel forløsning består i Danmark næsten udelukkende af sugekop forløsning og anvendes til ca. 10 % af alle fødsler.

Suturmateriale og -teknik anvendes ved vaginale og perineale grad II bristninger samt episiotomi. Der er evidens for at anvende fortløbende sutur til dette. Der er evidens for, at der er færre gener og mindre behov for suturfjernelse, hvis suturen er multifilament og hurtigt resorberbar. Hvis kvinden er blevet syet, bør ophelingen vurderes 1-2 uger efter fødslen, fx i forbindelse med udskrivelse eller efterfødselssamtale.

Syntocinonprofylakse bør tilbydes umiddelbart efter barnets fødsel både ved vaginal og ved abdominal forløsning.

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 vil en sen afnavling resultere i øget jerndepot helt op til 6-måneders-alderen.

I boks:

Anbefaling vedr. afnavling

- Afnavling bør først ske efter 30-120 sekunder, både hvis fødslen sker vaginalt, og hvis den sker ved kejsersnit.

Boks slut

13.2 Kejsersnit (sectio)

Allerede under graviditeten bør kvinden modtage evidensbaseret information om kejsersnit, idet ca. hver 5. føder ved kejsersnit. Den gravide bør bl.a. 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 hurtig udskrivelse (det såkaldte accelererede forløb), hvilket har afkortet indlæggelsestiden betydeligt.

13.2.1 Kejsersnit på mors ønske (maternal request)

Et stigende antal kvinder ønsker at føde ved kejsersnit uden medicinsk indikation (på moderens ønske). I 2006 udgjorde disse omkring 1,5 % af fødslerne. Kejsersnit uden sikker lægelig indikation ønskes primært af fleregangsfødende med en dårlig fødselsoplevelse bag sig, og det er derfor centralt at forebygge ønsket ved at sikre gode førstegangsfødsler.

Selvom moderens ønske ikke i sig selv er en indikation for kejsersnit, bør baggrunden for kvindens ønske indgå i planlægningen af den svangreomsorg, hun tilbydes, herunder drøftelse af muligheder for fødemåde. Den gravide har således ikke krav på at føde ved kejsersnit uden medicinsk indikation, men hun har krav på at modtage grundig rådgivning.

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 eventuelt tilbydes vurdering hos en anden læge (second opinion).

Der henvises til MTV-rapporten *Kejsersnit på moders ønske, 2005*.

I boks:

Anbefaling vedr. kejsersnit på mors ønske

- Dårlige fødselsforløb søges undgået ved at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger, herunder at tilbyde forældre- og fødselsforberedelse, at tilstræbe tilstedeværelse af jordemoder under den aktive del af fødslen og gennemføre efterfødselssamtaler.
- Kvinder, som ønsker kejsersnit uden lægelig indikation, tilbydes samtale på fødestedet med henblik på at tilrettelægge tilbudene i den aktuelle svangreomsorg og afdække årsagerne til ønsket, herunder gennemgang af eventuelt tidligere fødselsforløb, at drøfte fordele og ulemper ved henholdsvis vaginal fødsel og kejsersnit, og at indgå en dialog om den forestående fødsel. Samtalens hovedindhold noteres i journalen. Det er ønskværdigt, at samtalen finder sted tidligt i graviditeten og gentages senere efter behov.

boks slut

13.3 Hjemmefødsler

Jordemoderen rådgiver ved hjemmebesøg under graviditeten 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 som ventilationsballon, ilt og sug.

Efter fødslen bliver jordemoderen blive 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 både den tidlige amning og ammevarigheden, at der er hud mod hud-kontakt mellem barn og mor lige efter fødslen. Desuden ses en effekt på moderens tilknytning til barnet. Denne tidlige kontakt har betydning, idet det raske fuldbårne barn er vågent og har kraftige søge- og sutreflekser lige efter fødslen.

I boks:

Anbefaling vedr. tiden lige efter fødslen

- Moderen/parret bør være informeret om fordelene ved den tidlige hud mod hud kontakt, således at moderen er parat til at tage barnet op til sig/lægge det til brystet hurtigt efter fødslen.
- Ved komplicerede fødsler er det vigtigt at prioritere denne mor/barn kontakt så snart, det er muligt. Det bør prioriteres, at kvinden/parret får den fornødne ro og eventuelt hjælp til den første kontakt til barnet og den første amning. Ved risikofødsler og kejsersnit, hvor barnet viser sig at have det godt, bør dette ligeledes prioriteres højt.

Boks slut

13.5 Etniske minoriteter

Kvinder med anden etnisk baggrund end dansk, der kommer fra ikke-vestlige lande, udgør en særlig udfordring for sundhedspersonalet. Tal fra LPR viser, at kvinder fra ikke-vestlige lande har en lavere forekomst af elektive kejsersnit end etnisk danske kvinder, men en højere forekomst af akutte kejsersnit. Ligeledes oplever nogle indvandrergupper en højere forekomst af instrumentelle forløsninger og episiotomier end etnisk danske kvinder. Det kan være vanskeligt at pege på årsagerne til dette billede, men den lavere risiko for elektive indgreb kan muligvis tilskrives, at nogle indvandrergupper er meget angst for kejsersnit, og derfor så vidt muligt ønsker at føde vaginalt. Således kan den øgede risiko for akutte indgreb tilsvarende tilskrives denne præference, der vil øge behovet for akutte indgreb. Den øgede risiko for indgreb kan naturligvis også skyldes, at disse grupper af kvinder har en højere risiko for obstetriske komplikationer.

13.6 Obstetrisk færdighedstræning

Der er evidens for værdien af færdighedstræning i håndtering af akutte obstetriske tilstande målt på udkomme.

i boks:

Anbefaling vedr. obstetrisk færdighedstræning

- Det relevante personale på fødeafdelingerne bør modtage vedligeholdelsesundervisning i håndtering af akutte obstetriske tilstande (færdighedstræning).

Boks slut

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 udflyttes 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 externae fremtræder normale, om der ses åbning i anus og der udføres undersøgelse for medfødt hofteluksation (Ortolani's manøvre). 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 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 nyfødte ikke kan anbefales.

I boks:

Anbefaling vedr. undersøgelse af den nyfødte

- Jordemoderen undersøger barnet efter fødslen.
- Lægeundersøgelse af den nyfødte foretages på indikation.
- På fødeafdelingen udarbejdes skriftlig vejledning i systematisk undersøgelse af det nyfødte barn, og det sikres at jordemoderen i tvivlstilfælde eller ved abnorme fund kan henvise barnet til undersøgelse ved børnelæge eller anden relevant speciallæge.

Boks slut

14.2 Anmeldelse af fødslen m.v.

Jordemoderen foretager anmeldelse af fødslen og i øvrigt foretage de indberetninger, som afkræves dem af sundhedsmyndighederne. Efter indhentet samtykke fra kvinden gives meddelelse om fødslen til den kommunale sundhedstjeneste (sundhedsplejersken). Fødejordemoderen har ansvar for at oprette barselsvandrejournalen.

14.3 Måling af navlesnors pH

På mange store fødeafdelinger tages rutinemæssigt blodprøver til bestemmelse af syrebaseværdier i navlesnorsarterien og -venen umiddelbart efter fødslen. Værdierne giver oplysning om fosterets iltforsyning i perioden op til fødselstidspunktet. Hvis værdierne måles

i forbindelse med alle fødsler, er hyppigheden af børn med lave pH-værdier en vægtigt kvalitetsparameter for afdelingens behandling af fødende og fødselsovervågningen. Periodevise ændringer af 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 syre-baseværdien en vigtig parameter, som indgår i vurdering af påvirkede nyfødtes behandling og prognose.

14.4 K-vitamin-indgift

Nyfødte har øget blødningsrisiko som følge af fysiologisk K-vitamin mangel. Herudover har visse lidelser hos barnet og bestemte typer medicin indtaget af moderen også betydning for barnets blødningstilbøjelighed. Der findes således 3 typer af blødningssygdomme 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-vitamin metabolismen
- 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.

[i boks:](#)

Anbefaling vedr. K-vitamin-indgift

Det anbefales at lægen eller jordemoderen giver barnet 1 mg phytomenadion intramuskulært inden for de første par timer efter fødslen. Der er ikke behov for yderligere K-vitamintilskud.

[boks slut](#)

14.5 Neonatal biokemisk screening

Fødestedets personale har ansvar for, at alle forældre – på baggrund af forudgående information – får tilbud om, at der tages blodprøve fra den nyfødte til undersøgelse for medfødte sygdomme (filterpapir-blodprøven, ”hælbloodprøven”). Tilbudet gælder også ved tidlig udskrivelse fra fødestedet. Ved hjemmefødsler er det jordemoderens ansvar, at prøven bliver taget. Sundhedsstyrelsen vil udsende en meddelelse herom på baggrund af anbefalingerne i rapporten *Biokemisk screening for medfødt sygdom hos nyfødte* (2007). Efter de kommende nye retningslinjer forventes, at blodprøvetagning vil skulle fremrykkes til tidsrummet 48-72 timer efter fødslen. Nogle af de behandlingskrævende sygdomme, som vil kunne påvises ved screeningen, debuter med kritisk sygdom ganske kort efter fødslen. For at have størst effekt, skal behandlingen om muligt iværksættes inden sygdomsdebut.

Fødestedets personale har endvidere ansvar for, at ikke-modtagne prøvesvar bliver efterlyst, samt at den praktiserende læge underrettes om svaret, såfremt dette er positivt. Statens Serum Institut sender positive prøvesvar til rekvirenten og har desuden ansvar for at informere den behandlende institution, således at Kennedy Instituttet underrettes ved positiv PKU-test,

Rigshospitalets klinisk genetisk afdeling underrettes ved positiv screeningstest for metaboliske sygdomme, og den lokale børneafdeling underrettes ved fund af hypothyreose. Som led i kvalitetssikring forventes det jvf. ovenstående, at PKU-kortet altid skal indsendes til analyseinstansen, også hvor forældrene har afslået prøvetagning.

14.6 Hørescreening

Det skønnes at der i Danmark fødes ca. 100 børn med et dobbeltsidigt behandlingskrævende høretab, og ca. 150 børn med et ensidigt høretab. Formålet med neonatal hørescreening er, at disse børn diagnosticeres tidligt, således at behandling kan etableres inden barnet er 6 måneder gammelt, idet der er nogen dokumentation for, at det gavner barnets sprog- og taleudvikling samt den sociale tilpasning.

Der henvises til *Sundhedsstyrelsens retningslinjer af 12. august 2004 for neonatal hørescreening*.

I boks

Anbefaling vedr. hørescreening

Det er fødestedets ansvar, at alle forældre på baggrund af forudgående information får tilbud om hørescreening af den nyfødte.

[boks slut](#)

14.7 Hepatitis B-vaccination

Der er generel screening af gravide for hepatitis B virus (HBV)-infektion.

I forbindelse med fødslen kontrollerer jordemoderen 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 effektivt, hvis der umiddelbart efter fødslen startes hepatitis B-vaccination og gives immunglobulin og der efterfølgende gives 3 hepatitis B-vaccinationer hos egen læge. Fødestedet bør have rutiner, der sikrer, at hepatitis B-vaccine og hepatitis B immunglobulin er på fødeafdelingen inden fødslen.

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

I boks

Anbefaling 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 kvinden forlader fødestuen (kan dog gives i op til 48 timer efter fødslen).
- Der udfyldes vaccinationskort, og det indføres i barnets journal, at der er givet 1. hepatitis B-vaccination og hepatitis B immunglobulin, og at vaccinationsserien skal fortsættes hos egen læge, når barnet er henholdsvis 1, 2 og 12 måneder gammelt.

[Boks slut](#)

14.8 Rhesus immunprofylakse

Ved fødslen tages en blodprøve bestående af navlesnorsblod både på nyfødte af rhesus negative mødre og på nyfødte af mødre, der har fået påvist klinisk betydningsfulde irregulære blodtypeantistoffer. Nyfødte af rhesus negative mødre undersøges for rhesus type med henblik på rhesus immunprofylakse af moderen.

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

[I forbindelse med revision af Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende forebyggelse af allergi hos spædbørn (1994) foregår der pt. en litteraturgennemgang, der bl.a. ser på anvendelsen af navlesnors-IgE hos nyfødte, hvor en forældre eller en søskende har eller har haft lægediagnosticeret allergisk (atopisk) sygdom.]

14.10 Hypoglykæmi

Hypoglykæmi, specielt langvarig hypoglykæmi, kan medføre hjerneskade eller forsinket udvikling. Der kan ikke angives en fast grænse, ofte tilstræbes, at blodsukker (B-glukose) holdes 2,5 mmol/l eller derover.

I boks

Anbefaling vedr. hypoglykæmi

Følgende nyfødte bør have kontrolleret blodsukker (optimalt 2 timer efter fødslen):

- Præmature børn
- Børn med lav fødselsvægt
- Børn med asfyksi
- Børn af mødre med diabetes eller patologisk glukosebelastning.

boks slut

14.11 Gulsot (Icterus neonatorum)

Gulsot (icterus) hos nyfødte er et normalt fysiologisk fænomen, der ses hos op mod halvdelen af alle nyfødte, dvs. 25.000-30.000 årligt i Danmark. De fleste tilfælde er godartet 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. 1000 børn forlænget icterus. Blandt disse 1000 børn findes de få tilfælde af galdevejsatresi. Hos 4-6 spædbørn årligt er gulsot symptom på galdevejsatresi, som udvikles prænatalt og inden for de første 3 levemåneder. Det er vigtigt, at spædbørn med galdevejsatresi opspores og henvises så tidligt som muligt, da der er erfaring for forringet resultat ved operation efter den 8. leveuge.

Der henvises til *Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende opsporing af galdevejsatresi, 2003.*

i boks:

Anbefaling vedr. gulsot

Gulsot hos nyfødte er oftest benign og svinder spontant, men 3 situationer nødvendiggør dog nærmere undersøgelse:

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.

2. Meget høj serum-bilirubin

Også fysiologisk icterus kan nå et neurotoksisk niveau. Dansk Pædiatrisk Selskab (www.paediatri.dk) har udgivet vejledende retningslinjer med for behandling af gulsot hos nyfødte, herunder kriterier for fototerapi. Behandling af ukompliceret gulsot kan varetages på børneafdeling eller barselsgang.

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 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.

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.

3. Synlig gulsot efter 14. levedøgn

Dette skyldes oftest enten såkaldt brystmælksicterus – som er et benignt 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 konjungeret 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.

Boks slut

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 (sikring mod afkøling, kutan stimulation af respiration, sikring

af frie luftveje ved korrekt lejring, sugning og brug af tungeholder, tilførsel af ilt på åbent system og ventilering med det tilgængelige udstyr).

Obstetrikere, anæstesiologer og pædiatere – dvs. læger, der varetager den umiddelbare, akutte behandling af alvorligt syge nyfødte – skal kunne indlede avanceret genoplivning (ovenstående og hjertemassage, medikamentel genoplivning, akut volumenbehandling, nøddrænage af pneumothorax og kriterier for ophør med behandling, hvorimod kompetence til intubation kun kræves af anæstesiologer og neonatologer).

Disse kompetencer skal være dokumenteret til stede senest 1. arbejdsdag, hvor pågældende selvstændigt varetager sin funktion. Simulatortræning, træning i teamwork med videre kan anbefales.

Der henvises til *Vejledning om udfærdigelse af instrukser*, Sundhedsstyrelsen 2000.

15. Barselsperioden

Nærværende anbefalinger dækker tidsrummet fra fødslen er overstået, til den kommunale sundhedstjeneste har etableret kontakt til familien, som beskrevet i *Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge – Anbefalinger (Sundhedsstyrelsen 2007)*. Desuden er 8 ugers-undersøgelsen af moderen hos den praktiserende læge beskrevet i kapitel 4.

Formålet med efterfødsels- og barselspleje er dels at støtte og styrke forældrene i omsorgen for deres barn i de første dage og uger efter fødslen, dels at observere moderens og barnets tilstand. I barselsperioden fortsætter det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med henblik på at styrke forældrenes forældrekompetencer. Indsatsen tager udgangspunkt i den enkelte families behov og ressourcer med henblik på sundhed og trivsel både for den enkelte og for familien. Informationen til forældrene bør være sammenhængende og ensartet med udgangspunkt i den enkelte families sundhedsforståelse og -adfærd.

Behandling af sygdom hos mor eller barn varetages af en hospitalsafdeling evt. i samarbejde med barselsafdelingen og koordineret med primær sektor, såfremt mor og barn ikke udskrives samtidig.

15.1 Barselsperiodens vigtigste elementer

De væsentligste elementer i barselsperioden er familiedannelse, moderens fysiske og psykiske restitution, etablering af amning eller anden ernæring samt spædbarnspleje.

15.1.1 Familiedannelse

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/moderens partner bør have mulighed for vidtgående tilstedeværelse under barselsindlæggelse.

Familiedannelsen er en psykologisk proces, hvor forældrene bl.a. 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 de bør tilbydes samme rådgivning i forhold til omsorg for og pleje af deres nyfødte barn. Forældrene kan have individuelle behov for rådgivning og vejledning, som personalet må søge at afdække og imødekomme.

15.1.2 Moderens restitution – fysisk og psykisk

Tiden efter fødslen er for kvinden præget af store fysiske og psykiske omstillinger. Barselsperioden kan være præget af såvel styrkefølelse som træthed, og glæde såvel som gråd. En fødsel er, uanset varighed og udfald, en stor fysisk udfordring for de fleste kvinder. Både den vaginale fødsel og kejsersnittet har – oftest forbigående – indvirkning på kvindens vandladnings- og afføringsmønster. 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 relateret til syning i mellemkødet. Blødningen kan i barselsperioden variere i mængde og opleves forskelligt fra kvinde til kvinde, men bør være

aftagende. Omkring hver anden kvinde oplever humørsvingninger i barselsperioden, hvor kvinden et par dage efter fødslen kan føle sig trist, urolig og nervøs, træt, irriteret og have let til tårer.

Kvinden informeres og vejledes i forhold til vandladning, blødning, kost, søvn og eventuelle psykiske reaktioner på at være blevet mor. Endvidere informeres hun 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 sphinkterruptur og hæmorider. Vigtigheden af genoptræning af bækkenbunden bør drøftes, og kvinden bør opfordres til at deltage i efterfødselsgymnastik. Kvinden/parret tilbydes vejledning om prævention og genoptagelse af seksuallivet.

15.1.3 Amning

På verdensplan er amning en central indikator for sundhedstilstanden hos kvinder og børn. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det spæde barn udelukkende får modermælk de første ca. 6 måneder. En vellykket amning er blandt andet afhængig af, at omsorgen fra sundhedspersonalet tager udgangspunkt i moderens ønsker og den enkelte families situation, samt styrker forældrenes selvtillid – og samtidig er i overensstemmelse med den nyeste dokumenterede viden. Det gælder både før, under og efter fødslen. Forberedelse til amning begynder, længe før barnet bliver født.

Sundhedspersonale, der har kontakt med gravide og spædbørnsfamilier, anvender *Håndbog i vellykket amning*⁵ som reference – og stiller deres viden til rådighed, så forældrene kan træffe de valg, der er rigtige for dem. Vejledningen bør være ensartet, uanset om den gives på barselsafdelingen eller af sundhedsplejen. Spædbørnsfamilier tilbydes den støtte og information, de har brug for, uanset om de vælger amning eller modermælksersättning til deres barn. Faderen/mores partner involveres, så meget parret ønsker. Kvinder, der tidligere har haft problemer med at amme, bør have særlig opmærksomhed både under graviditeten og i barselsperioden. Vedrørende forberedelse til amning henvises til afsnittet om fødsels- og familieforbereelse, se kapitel 12.

Sundhedspersonalet tilbyder støtte til, at:

- Moderen støttes i at have barnet hos sig både dag og nat – og at hun tilbyder brystet, når barnet beder om det.
- Forældrene støttes i at have hud-mod-hud kontakt med barnet, så meget de har lyst.
- Moren har praktisk viden om, hvordan barnet lægges til, så det får godt fat om brystet.
- Forældrene rådgives om at vente med at give narresut og sutteflaske, indtil amningen er godt i gang.
- Barnet får moderens mælk, med mindre der er indikation for andet.
- Kvinden får den fornødne ro til at etablere amningen.
- At faderen ved, hvorledes han kan støtte og styrke moderens amning.
- Forældrene ved, hvordan de vurderer, om barnet får mælk nok
- Kvinder, der ikke kan eller ønsker at amme, tilbydes hjælp til at etablere en ernæringsform, som passer til barnet samt viden om hud mod hud-kontakt.

⁵ er under revision. Ny udgave forventes at udkomme marts 2008.

Netværket spiller en afgørende rolle for forældrenes valg og for deres mulighed for at gennemføre de valg, de træffer. Sundhedspersonalet bør derfor støtte forældrene i at bruge deres netværk, så de kan få den nødvendige omsorg og støtte i barselsperioden.

Amning i den første tid hjemme

Når familien er kommet hjem, følger sundhedsplejersken og den praktiserende læge op på den vejledning, der er givet på fødestedet med henblik på at støtte og styrke familiens kompetencer og ressourcer. Sundhedspersonalet bør være særlig opmærksom i forhold til familier med særlige behov, se kapitel xx. Ofte vil familien være udskrevet, inden mælken er løbet til, og der bør derfor være særlig opmærksomhed omkring amningen eller anden ernæring, indtil barnet er i sikker trivsel.

Sundhedsplejersken bør være opmærksom på, om forældrene har den nødvendige viden om amning – og understøtte samspillet mellem forældre og barn, så forældrene lærer at tolke barnets signaler og udvikler deres evne til at imødekomme barnets behov for mad, kontakt, tryghed, stimulation, søvn m.v. Ved ammeproblemer bør sundhedsplejersken være opmærksom på brystbetændelse, infektioner og andre patologiske forhold, som kræver henvisning til læge.

Den praktiserende læge bør være særlig opmærksom på brystbetændelse, infektioner på brystvorterne (svamp og bakterier), 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.

15.1.4 Spædbarnspleje

Forældrene informeres om navlepleje, hudpleje, afføringsmønster, vandladning, gråd, søvn, gulsot og forebyggelse af vuggedød. Forældrene understøttes i at være opmærksomme på barnets kompetencer – herunder bl.a. samspil og det spæde sprog. Forældrene oplyses endvidere om tegn og symptomer hos barnet, der kræver henvendelse til sundhedsvæsenet.

15.2 Sundhedsvæsenets opgaver i barselsperioden

Den gennemsnitlige varighed af barselsindlæggelsen er for alle fødende faldet fra 5,3 døgn i 1997 til 4,5 døgn i 2006. Andelen af kvinder, der udskrives inden for 24 timer efter fødslen er steget fra ca. 6,5 % i 1997 til knap 11 % i 2006, mens andelen af kvinder, der udskrives inden for 48 timer efter fødslen, er steget fra knap 20 % i 1997 til knap 30 % i 2006.

Mange udskrives således inden, amningen er etableret, evt. gulsot hos barnet er i udvikling, og barnet er kommet i trivsel. Det fornødne "sikkerhedsnet" bør derfor være spændt ud under familien i denne sårbare periode. For at sikre kommunikationen mellem jordemoder, sundhedsplejerske og praktiserende læge anvendes en barselsvandrejournal. Anbefalinger for organisering og ansvarsfordeling mellem region og kommune er beskrevet i kapitel 3. En kort oversigt over de enkelte aktørers opgaver er angivet nedenfor.

15.2.1 Opgaver på fødestedet

Personalet på fødestedet har følgende opgaver:

- At varetage pleje og observation af mor og barn under indlæggelsen.

- Ved hjemmefødsler at tilbyde 2 besøg af jordemoderen, hvoraf det første finder sted i hjemmet 1-2 dage efter fødslen. Tidspunktet for det andet besøg aftales med familien og koordineres med sundhedsplejersken.
- At understøtte etablering af amning eller flaskeernæring af den nyfødte.
- At give forældrene information om og tilbyde iværksættelse af screeningsprogrammer: hørescreening, biokemisk neonatal screening inkl. PKU, hepatitisvaccination mm (se kapitel 14).
- At tilbyde og iværksætte rhesus profylakse til mødre med rhesus negativ blodtype (se kapitel 8).
- At gennemføre efterfødselssamtale.

I forbindelse med udskrivelsen har fødestedets personale følgende opgaver:

- Orienter den kommunale sundhedstjeneste pr. fax eller mail om barnets fødsel efter aftale med moderen.
- Udfylde og udlevere barselsvandrejournalen til moderen.
- Give familien de nødvendige informationer, som gør dem i stand til at kunne identificere tilstande hos mor og barn, der kræver kontakt med professionelle for vurdering, rådgivning og vejledning i barselsperioden.
- Oplyse mødrene/forældrene om, hvorledes de kan henvende sig på fødestedet ved behov for akut hjælp eller rådgivning i de første dage efter udskrivelsen.
- Informere om tilbud fra jordemoder, sundhedsplejerske og praktiserende læge i hele barselsperioden.
- Koordinere jordemoderens og sundhedsplejerskens kontakt med familien efter hjemkomsten.

For at understøtte barnets trivsel tilbydes familien følgende efter udskrivelsen, afhængig af indlæggelsesvarigheden:

- **Ved ophold på fødestedet under 48 timer**
Ved behov og efter aftale med familien kontakter jordemoderen eller barselsygeplejersken familien indenfor 1-2 døgn efter udskrivningen med henblik på, at tilbyde råd og vejledning efter behov og vurdere barnets og moderens tilstand, især amning. Ved problemer vurderer personalet, hvorvidt mor og barn tilbydes genindlæggelse, konsultation i ambulatorium eller hjemmebesøg af jordemoder. Konsultationen eller besøgets formål er blandt andet at vurdere om amning eller anden ernæring er i gang og barnet har vandladning og afføring, om barnet har udviklet gulsot, om moderens fysiske restitution forløber normalt, og at familien befinder sig godt psykisk. Der kan desuden tages blodprøve til biokemisk neonatal screening af barnet i dets 3. levedøgn. Det bør tilstræbes, at jordemoderen kender kvinden/familien fra fødslen eller graviditeten.
- **Ved indlæggelser over 48 timer** kontaktes familien senest 2 dage efter udskrivelsen, hvis amningen ikke var fuldt etableret ved udskrivelsen. Ved problemer med amning eller anden ernæring kontakter fødestedets personale den kommunale sundhedstjeneste for tidligt besøg.

15.2.2 Sundhedsplejerskens opgaver

Sundhedsplejersken tilbyder besøg senest en uge efter hjemkomsten for at understøtte, at amning/ernæring er etableret, at barnet kommer i trivsel, at evt. ikterus er under kontrol, og

familien trives. Ved hjemmefødsler og udskrivelser fra føde- eller barselsgang inden for 48 timer tilbyder sundhedsplejersken besøg i hjemmet 3 - 5 dage efter hjemkomsten. Personalet på fødestedet orienterer den kommunale sundhedstjeneste hurtigst muligt om barnets fødsel. Jordmoderen koordinere hendes og sundhedsplejerskens hjemmebesøg under hensyntagen til familiens ønsker.

Det tidlige sundhedsplejerskebesøg (inden en uge efter hjemkomst) fokuserer på barnets trivsel, amning samt familiedannelse. Sundhedsplejersken vurderer om amning eller anden ernæring er sufficient og ved behov vejlede om ammeteknik samt drøfte faderens/partnerens rolle. Evt. icterus vurderes. 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 opmærksomhed på familiens psykiske velbefindende.

Ved problemer af ikke sundhedsplejefaglig karakter i barselsperioden henviser sundhedsplejersken så tidligt som muligt til jordemoder, praktiserende læge, obstetriker, socialforvaltning eller andre relevante samarbejdsparter.

15.2.3 Den praktiserende læges opgaver

Det er den praktiserende læges opgaver, at:

- Undersøge barnet ved helbredsmæssige eller trivselsmæssige problemer samt handle og rådgive familien ud fra en lægefaglig vurdering.
- Undersøge barnet 5 uger efter fødslen – der henvises til *Anbefalinger for de forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. Sundhedsstyrelsen 2007*
- Varetage 8 ugers-undersøgelsen af kvinden, som beskrevet i kapitel 4 (herunder rådgive om genoptagelse af seksualliv og antikonception).
- Være opmærksom på, om moderen udvikler tegn på postpartum thyreoiditis eller postpartum depression.
- Rådgive om kommende graviditeter
- Deltage i tværfaglige konferencer vedrørende mødre med særlig psykosociale problemstillinger.

15.3 Komplicerede barselsforløb

Der vil være kvinder og/eller nyfødte, der på grund af fysiske, psykiske eller sociale omstændigheder har behov for en særlig sundhedsfaglig indsats i barselsperioden.

For moderen kan det blandt andet dreje sig om:

- Tvillinge- eller flerefoldsfødsel
- Forløsning ved kejsersnit, hvor der har været komplikationer
- Stor blødning >1000 ml
- Præeklampsi eller hypertension
- Gestationel diabetes
- Et traumatisk eller langt fødselsforløb, herunder sphincterruptur.

For barnet kan det blandt andet dreje sig om:

- For tidlig fødsel
- Væksthæmning
- Misdannelser, der har betydning for trivselen

- Hypoglykæmi
- Asfyksi.

Andre, der kan have særlige behov:

- Mødre med psykiske lidelser, der kræver særlige hensyn, omsorg eller behandling og eller familier, hvor partneren har psykiske lidelser, herunder også familier, der har været udsat for tortur (se kapitel 5)
- Kvinder med sociale problemer.(se kapitel 5)

I forhold til kvinder fra dårligt fungerende familier, familier med vold mod børn samt for kvinder med risiko for fødselsdepression anbefales det at tilbyde målrettet undervisning og hjemmebesøg allerede i graviditeten med opfølgning, når barnet er født.

I tilfælde, hvor kvinden har haft et kompliceret fødselsforløb, eller hvor der opstår patologiske tilstande i barselsperioden, bør tilbuddene fra såvel primær som sekundær sektor være af samme karakter, som tilbudene til kvinder med normale fødsels- og barselsforløb. Desuden bør kvinden og hendes partner have råd og vejledning om de specifikke komplikationer. Ved komplicerede forløb informerer personalet på fødestedet primærsektoren (sundhedsplejersken og praktiserende læge) om kvindens/barnets særlige problemstillinger, efter aftale med kvinden.

15.4 Efterfødselssamtale

Alle familier bør tilbydes en efterfødselssamtale med en jordemoder med henblik på at skabe en afslutning på graviditet og fødsel, således at hele forløbet kan bearbejdes i det omfang, familien har brug for. Et vigtigt formål med efterfødselssamtalen er at bruge erfaringerne fra det netop overståede forløb til at rådgive omkring en evt. kommende graviditet og fødsel.

Som udgangspunkt tilbyder den jordemoder, der tog imod barnet, en efterfødselssamtale. Hvis familien ønsker at tale med en anden jordemoder end fødejordemoderen og/eller en obstetriker, arrangeres dette. Samtalen kan efter familiens ønske finde sted, inden familien forlader fødestedet eller i løbet af den første uge efter fødslen i forbindelse med en personlig kontakt mellem fødejordemoderen og kvinden/parret. Samtalen bør som udgangspunkt afvikles senest inden for den første måned efter barnets fødsel. Dog kan samtalen gennemføres senere, hvis det er kvindens behov. I forbindelse med sygdom og/eller særlige traumatiske forløb kan jordemoderen tilbyde efterfødselssamtale i hjemmet, hvis den ikke afholdes på fødestedet. 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, fødsel og barselsperiode. Jordemoderen kan bidrage til at nuancere kvindens/parrets opfattelse af forløbet. I løbet af samtalen afklares evt. spørgsmål i relation til selve fødejournalen. Jordemoderen bør også spørge til kvindens fysiske restitution, herunder smerter eller eventuelle gener fra bristninger/suturer, genoptagelse af samleje, bækkenbundstræning og inkontinens. Jordemoderen tilbyder inspektion af eventuelle syninger. Udgangspunktet er til enhver tid familiens behov for opfølgning på det afsluttede

forløb. Familien kan ved behov sættes i kontakt med relevante faggrupper, såfremt familien ønsker en yderligere uddybning eller afklaring af forløbet.

De enkelte faggrupper bør have speciel 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. Det kan være nødvendigt og relevant at tilbyde yderligere samtaler, hvilket vurderes fagligt i samarbejde med kvinden og hendes partner.

Kvinder eller familier, der kan have behov for mere tid til samtalen og evt. flere samtaler, er kvinder med:

- Langvarigt forløb
- Anlæggelse af vacuum extractor
- Syge børn, børn med medfødte misdannelser
- Akut/haste kejsersnit
- Behandlingskrævende blødning efter fødslen
- Store bristninger/sphincterrupturer
- Dødfødt barn /uprovokerede aborter
- Mistanke om problematisk mor-barn relation
- Tidligere fødselsdepression
- Forløb, hvor parret kan have særligt behov for at drøfte forløbet.

Der er grund til at formode, at kvinder i mindre omfang vil have ønske om kejsersnit pga. ubearbejdede fødselsforløb, når disse efterfødselssamtaler gennemføres, og traumatiske fødselsforløb bliver talt igennem.

15.5 Kvinder/familier med anden etnisk baggrund end dansk

Kvinder/familier med anden etnisk baggrund end dansk er en meget uhomogen gruppe, der kan have forskellige behov i barselsperioden.

Familiemønstrene og opfattelsen af de forskellige familiemedlemmers roller og opgaver i barselsperioden, kan være meget anderledes end hos de fleste etnisk danske familier, ligesom der kan være særlige omstændigheder i forhold til sundhedsfremme, forebyggelse og behandling afhængigt af kvindens kultur og oprindelsesland. Der kan være behov for at inddrage kvindens mor eller svigermor, ligesom der kan være behov for informationsmateriale på forskellige sprog (*Sunde børn i et nyt land, Sundhedsstyrelsen 2005*). Fødestedet bør anvende professionel, helst kvindelig tolk i nødvendigt omfang. Hvis mandlig tolk anvendes, bør tolken ikke kunne se på kvinden under samtalen og evt. undersøgelsen.

16. Psykologiske aspekter i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel

At få barn er en af de mest omvæltende begivenheder, et menneske kommer ud for i livet – både psykologisk, fysiologiske og socialt. Parallelt med den fysiske graviditet og fødsel og spædbarnets første tid forløber processen 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 en følelsesmæssig parathed 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 kan ydes.

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, sammenhængende proces. Graviditeten er en udviklings-dynamisk periode for forældrene. Historisk har man mest beskæftiget sig med, hvordan de psykologiske processer forløber for moderen, hvor der er tale om et samspil af fysiologiske og psykologiske forandringer. Man har i de seneste år fundet, at fædre gennemgår en lignende psykologisk proces.

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 forældres og børns tilknytningsmønstre. Man mener således også, at der opbygges en tilknytning til barnet prænatalt. Særlig i 2. trimester udvikler kvinden mentale repræsentationer af barnet som led i den prænatale tilknytning. Også fædre starter tilknytningsprocessen prænatalt og danner indre billeder af barnet.

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 og dokumentation for, hvordan den psykologiske forberedelse bedst understøttes i graviditeten. Det er dokumenteret, at der er behov for større inddragelse af fædre i kontakten med sundhedsvæsenet. Flere randomiserede engelske og australske undersøgelser viser endvidere større brugertilfredshed, når der er kontakt til den samme jordemoder gennem hele graviditeten.

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. Desuden er det vigtigt, at personalet støtter forældrene i at danne deres 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 det helt overvældende flertal ønsker at være til stede under hele forløbet, at de har behov for at mærke, at deres tilstedeværelse er ønsket og velkommen. Desuden ønsker de at få konkrete forslag om, hvordan de kan hjælpe bedst muligt til og støtte deres partner, og de fleste ønsker, at mor, far og barn får tid sammen alene lige efter nedkomsten.

Efterfødselssamtalen kan bidrage til, at fødselsoplevelsen bliver bearbejdet. Det er vigtigt, at personalet tager udgangspunkt i kvindernes oplevelser og ikke i det objektive faktiske forløb i forhold til 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 børn 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. Begge forældre og barnet 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, at ønske kejsersnit og fornægte graviditeten.

Fødselsangst er et komplekst psykologisk begreb med store individuelle forskelle. 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 angstbearbejdnings-team 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 (kejsersnit på mors ønske, se også afsnit 13.2.1). En MTV-rapport fastslår, 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 mors ønske ved efterfølgende fødsler. Rapporten påpeger desuden behovet for yderligere forskning på området. Faderens/partnerens rolle og behov i forhold til fødselsangst er ikke belyst.

Interventionsmuligheder

Kvinder/par med negative forventninger til fødslen og/eller tidligere traumatiske fødselsforløb bør tilbydes særlig støtte, fx ved konsultation hos jordemoder eller teams med særlig fokus herpå. Det er hensigtsmæssigt at indgå klare aftaler omkring fødselsforløbet. At en jordemoder er til stede 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 med henblik på at etablere tidlig kontakt. Der er behov for forskning i og udvikling af specialtilbud i forhold til tværfaglige og eventuelt terapeutiske forløb ved svær fødselsangst.

16.2.2 Belastningsreaktioner

Belastningsreaktioner af forskellig art kan ses ved komplicerede og traumatiserende graviditeter og fødsler, dødfødsler, fødsel af børn med misdannelser og handicap samt hvis moderen er alvorligt syg ved fødslen: Disse belastningsreaktioner 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/tilstande ses i form af generelle angstreaktioner, tilbagetrækkethed, bevidsthedsindsnævring, desorientering, vrede, verbal aggression, fortvivlelse 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 traumet med en latenstid fra få uger til nogle måneder. Reaktioner/tilstande ses i form af tilbagevendende genoplevelser af traumet som flashbacks, påtrængende erindringer eller mareridt, stærkt ubehag ved alt der minder om traumet, undgåelsesadfærd, hukommelsessvigt om traumet, søvnproblemer, irritabilitet/vredesudbrud, koncentrationsbesvær m.m.

3. Tilpasningsreaktion

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. Reaktioner/tilstande ses i form af nedtrykthed, angst, bekymring – og en blanding af disse samt følelse af magtesløshed, uoverskuelighed m.m.

Interventionsmuligheder

De fleste ramte har behov for følelsesmæssig støtte og praktisk hjælp. Dette gives bedst ved nære relationer i familie- og vennekredsen. Ved længerevarende psykiske reaktioner er der indikation for behandling med samtalerterapi og i nogle tilfælde også medicinsk behandling. Der er god effekt af kriseterapi til personer med belastningsreaktioner.

16.2.3 Fødselsdepression

I Danmark bruges betegnelserne fødselsdepression og efterfødselsreaktion om behandlingskrævende tilstande. Forekomsten af fødselsdepression er 10-14 % hos mødre seks uger efter fødslen (svarende til 6000-9000 kvinder hvert år) og 4-7 % hos fædrene (svarende til 2500-4500 mænd hvert år). Hos ca. en promille udløser graviditet og fødsel en fødselspsykose, som på lige fod med andre psykoser kræver akut intervention.

Det er vigtigt at opspore en fødselsdepression tidligt, da en del forskning peger på negativ påvirkning hos 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.

Mange af de tilstande, tanker, følelser, reaktioner og symptomer, som optræder ved en ”almindelig” depression, kendetegner også fødselsdepressionen. Men i fødselsdepressionen er følelserne netop knyttet sammen med forældreskabet. Symptomer på en fødselsdepression kræver opmærksomhed på flere niveauer:

På individuelt niveau: Nedsat stemningsleje, manglende glæde og interesse, følelse af uoverkommelighed og træthed, manglende koncentrationsevne, rådvildhed og uro, nedsat selvværdsfølelse, følelse af skyld og selvmordstanker.

I forhold til barnet og samspil mellem forældre og barn: Angst for barnets reaktioner og 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.

Det kan være vanskeligt at skelne mellem behandlingskrævende og ikke-behandlingskrævende reaktioner. Personalet bør være særlig opmærksom på personer med tidligere depressioner og andre psykiske sygdomme, og kvinder, der har haft vanskelige opvækstforhold, da disse har en øget risiko for at udvikle fødselsdepression..

Edinburgh-skalaen EPDS

En del tidlige symptomer kan opfanges ved hjælp af strukturerede samtaler med læge, jordemoder eller sundhedsplejerske. Andre kan spores gennem screening med spørgeskemaet EPDS (Edinburgh-skalaen), som er et selvadministreret screeningsinstrument for fødselsdepressioner. Resultater fra danske udviklingsprojekter peger på, at en screening med EPDS - anvendt af dertil kvalificerede professionelle - kan opspore fødselsdepressioner væsentligt tidligere end traditionelle samtaler og observationer.

For at vurdere om der er tale om en behandlingskrævende tilstand ved hjælp af screeningsinstrumentet EPDS, ses efterfølgende reaktioner hos vedkommende. Har mor/far gennem de seneste 7 dage:

- ikke kunnet le eller være humoristisk
- ikke kunnet se frem til ting med glæde
- bebrejdet sig selv uden grund for ting, der er gået galt
- været nervøs og bekymret uden god grund
- været angst og panikslagen uden god grund
- haft svært ved at overskue sin situation
- haft svært ved at sove fordi hun/han har været ulykkelig
- været ked af det og ulykkelig
- grædt fordi hun/han har været ulykkelig
- tænkt på at gøre skade på sig selv

Hvert symptom registreres og scores, hvorefter den samlede tilstand vurderes.

Der savnes dansk forskning om fødselsdepressioner, særligt forskning i metoder til tidlig opsporing og behandlingsmetoder.

Fædre og fødselsdepression

Også for faderen er mødet med barnet og det at blive far omvæltende. Den første danske undersøgelse fra 2004-2006 af omfanget af fødselsdepressioner hos fædre viser, at omkring syv % af alle fædre får en fødselsdepression. Det svarer til, at 4000-4500 danske fædre årligt får en fødselsdepression.

Sundhedspersonalet bør også være opmærksomme på tegn på fødselsdepressioner hos kommende fædre og fædre til spædbørn. 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. Men der er behov for også at være opmærksom på visse symptomer, der optræder hyppigere hos mænd. Disse såkaldt mandlige depressionssymptomer er mere udadrettede som vredesudbrud, aggressivitet, svag impuls kontrol, lav stresstærskel og misbrug. EPDS-skalaen, der registrerer traditionelle symptomer på depressioner hos kvinder, kan også være en hjælp til at finde de fleste mænd med en fødselsdepression.

Der er god grund til at opspore tegn på fødselsdepressioner hos mænd, idet fædrenes psykiske problemer også sætter sig spor hos barnet og i parforholdet. Forskning viser, at mange fædre

gerne vil have hjælp, men at de kan have svært ved at henvende sig med psykiske problemer. Der er behov for at udvikle tilbud i svangreomsorgen, der tager højde for mænds særlige problemer og behov, herunder forståelse for nogle af mænds kommunikationsmåder. Der er ligeledes behov for at udvikle kommunikationsformer og materialer, som også er relevante for mænd som fædre.

Interventionsmuligheder:

Tidlig opsporing med henblik på forebyggelse og behandling sker gennem tæt professionel kontakt med familien under svangerskabet (jordemoder under graviditeten) og spædbarnstid (sundhedsplejen - til barnet er otte-ni måneder). EPDS og andre instrumenter kan anvendes, men kan ikke stå alene. Konkrete informationer om efterfødselsreaktioner og depressive tilstande hos både kvinder og mænd kan hjælpe med til at bryde den isolation og angst, de ramte ofte føler. Ved mistanke om en fødselsdepression hos enten mor eller far henvises til egen læge og/eller psykologisk behandling i kommunalt behandlingstilbud.

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 familiernes medindflydelse og krav.

Forudsætningen for at kunne iværksætte forskning, kvalitetsudvikling og medicinsk teknologiudvikling er bl.a. et godt forskningsmiljø og relevante efteruddannelses tilbud. Formidlingen af resultater og erfaringer fra forskning og kvalitetsudvikling er ligeledes 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 sundhedsvæsnets 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. Der har hidtil været etableret mange forskellige metoder og systemer til at belyse sundhedsvæsnets indsats og resultater.

Inden for svangreomsorgen kan følgende tiltag inden for kvalitetsudvikling 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
- Udarbejdelse af nationale guidelines inden for relevante faglige områder – guidelines, som anvendes både uddannelsesmæssigt og i den kliniske hverdag (Sandbjerg 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, 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, bl.a. 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.

17.2 Den Danske Kvalitetsmodel

Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet er et fælles dansk system, baseret på aftaler mellem Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab. 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.

Primær sektor er på nuværende tidspunkt ikke omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel, men skal på sigt også omfattes af modellen. Der vil i løbet af 2007 blive iværksat en række pilotprojekter i udvalgte kommuner.

I første version af kvalitetsmodellen er fødsler udvalgt som et område, der udarbejdes patientforløb for. 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.

17.2.1 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 bred, ensartet og integreret kvalitetsvurdering af patientforløb.

Kvalitetsmodellen fokuserer på patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer bl.a. 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:

1. Fælles evalueringsgrundlag (standarder med tilhørende indikatorer)
2. Fælles evalueringsmetoder (selvevaluering og ekstern evaluering)
3. Samlet rapportering (tilbagemelding, akkreditering og offentliggørelse).

Indholdet og samspillet mellem grundelementerne udgør tilsammen kvalitetsmodellens koncept. Dette koncept anvendes på alle sundhedsvæsenets aktiviteter, herunder også svangreomsorgen.

17.2.2 Om standarder og indikatorer

Ved standarder forstås et sæt af foruddefinerede krav til sundhedsydelser og aktiviteter. Standarderne gælder for alle udbydere af de samme sundhedsydelser uafhængigt af sektorer eller institutionstyper. Eksempelvis er standarder, der er relevante for både almen praksis, for den kommunal sundheds- og sygepleje og for sygehusene, gældende for alle. Inden for svangreomsorgen er ”visitering” eller ”henvielse” af gravide/barselskvinder et eksempel på dette.

Til standarderne er der knyttet en række konkrete fælles operationelle målinger (indikatorer) og vurderinger af kvaliteten. Standarderne udgør sammen med tilknyttede indikatorer og vurderinger det fælles grundlag for evaluering af kvaliteten og af initiativer til kvalitetsforbedring.

17.2.3 Værktøjer til kvalitetsudvikling

Det tilstræbes, at undersøgelse og behandling i forbindelse med svangreomsorgen baseres 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 afdække kvaliteten og værdien af de ydelser, der tilbydes. Valg af metode vil afhænge af det område, der ønskes belyst eller analyseret. Kvantitative målinger er nyttige til at belyse effekten af en behandling eller et tiltag, mens kvalitative vurderinger er velegnede til at gennemgå komplekse forløb og identificere eventuelle kvalitetsbrister samt belyse patientens eller sundhedspersonalets oplevelse af en given ydelse.

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
- Fokusgruppeinterview blandt patienter eller sundhedspersonale
- Kvalitetsprojekter
- Medarbejderudviklingssamtaler
- Medicinsk Teknologi Vurdering (MTV)

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.

Medicinsk Teknologivurdering (MTV)

MTV er en bred og 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, der kan klares på et par uger.

Inden for svangreomsorgen er der udarbejdet flere MTV'er:

- 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.
- *Præferencer for rutinemæssige ultralydsundersøgelser i svangreomsorgen*, (2003). I studiet afdækkes gravides 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.

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.

17.2.4 Udvalgelse og prioriteringer

Sundhedsvæsenets aktiviteter grupperes i temaer. Inden for hvert tema identificeres få vigtige aktiviteter, der er særlig vigtige for den faglige eller patientoplevede kvalitet. Udvalget kan afspejle særlige eller aktuelle indsatsområder (fx prænatal diagnostik og fosterovervågning).

Temaerne og standarderne inddeles i tre kategorier:

- Generelle forløbsaktiviteter og standarder, der har direkte klinisk betydning for de fleste patientforløb. Fx visitering, behandlingsplan, kontaktpersoner.
- Sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter og standarder, der er relevante for en afgrænset patientgruppe og med klinisk betydning for det enkelte patientforløb. Fx fødsler, gestationel diabetes, præeklamsi, IUGR, kontinuerlig omsorg under fødslen, mortalitet, amning, efterfødselssamtaler o.a.
- Organisatoriske aktiviteter og standarder, der gælder tværgående ledelses- og driftrelaterede aktiviteter. Fx kompetenceudvikling, introduktion af nyansatte, transport o.a.

17.2.5 Evaluering og rapportering

Rapporteringen tilrettelægges med henblik på at give information om – og størst muligt nytteværdi af – det faglige og kliniske arbejde med kvalitetsforbedring i sundhedsvæsenet.

Rapportering er delt i tre elementer, som tilsammen skal bidrage til at støtte sundhedsinstitutionerne arbejde med kvalitetsforbedring og til at synliggøre kvaliteten af sundhedsvæsnets ydelser:

- Fortløbende og periodevise tilbagemeldinger fra kvalitetsmodellens organisation til den enkelte sundhedsinstitution med bearbejdede oversigter over udviklingen af egne og andre institutioners indikatordata og egenrapporteringer
- Periodevis akkreditering med en anerkendelse af arbejdet med kvalitetsforbedring og en rapport til den enkelte sundhedsinstitution med eventuelle forslag til forbedringer
- Offentliggørelse af indikatorer, eksterne vurderinger og akkrediteringsstatus.

17.2.6 Akkreditering

Akkreditering er en ekstern kvalitetsvurdering, hvor organisationens kvalitetsniveau måles i forhold til på forhånd fastlagte standarder og indikatorer, ligesom resultaterne sammenlignes med eventuelle forudgående målinger i organisationen. Akkreditering vurderer struktur, proces og resultater.

Det første element i akkrediteringsprocessen er en analyse, hvor et akkrediteringsteam bestående af fx en læge, en sygeplejerske og en administrator gennemgår hospitalet og vurderer, hvilke forbedringer der er nødvendige, for at hospitalet kan opfylde standarderne.

Herefter følger forberedelsesfasen, hvor hospitalet gennem uddannelse af medarbejdere, omlægning af procedurer og sikring af dokumentation forberedes til akkrediteringen.

Selve akkrediteringen baseres på en gennemgang af skriftligt materiale fra hospitalet og et 3-5 dage varende besøg fra et akkrediteringsteam. Ledere, medarbejdere på alle niveauer og enkelte patienter og pårørende interviewes. Besøget afsluttes med en mundtlig og en skriftlig evaluering, mens den endelige rapport foreligger en måned efter besøget.

17.3 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.

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 ustikker følgende ansvarsfordeling:

- 1) Sundhedspersonalet er forpligtet til at rapportere de utilsigtede hændelser, der er sket i sygehusvæsenet, og som de enten selv involveres i eller observerer hos andre, eller som de i kraft af deres erhverv får kendskab.
- 2) Regionerne er forpligtet til at analysere og anonymisere hændelserne.
- 3) Sundhedsstyrelsen er forpligtet til at formidle resultaterne som udmeldinger og retningslinjer til sundhedsvæsenet.

[ovenstående afsnit vil blive revideret, når revisionen af Lov om Patientsikkerhed er afsluttet]

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 på baggrund af rapporteringen ikke kan underkastes disciplinære foranstaltninger fra ansættelsesmyndigheden, strafferetslige sanktioner fra domstolene eller tilsynsmæssige sanktioner fra Sundhedsstyrelsen. Den 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.

Utsigtede 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 utsigtede 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 to 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 jordemoderen give K-vitamin til barnet. Jordemoderen har travlt og opdager først efter indgiften, at hun ved en fejl har givet Efedrin im. i stedet for Konakion im. Ampullerne ligner hinanden meget og var placeret forkert i skabet på fødestuen. Børnelægen tilkaldes, og barnet observeres.

Bilag 1

[Relevant lovtekst inkl. bemærkninger til sundhedsloven]

Bilag 2

Graviditetsrelaterede bækkensmerter og bækkenløsning

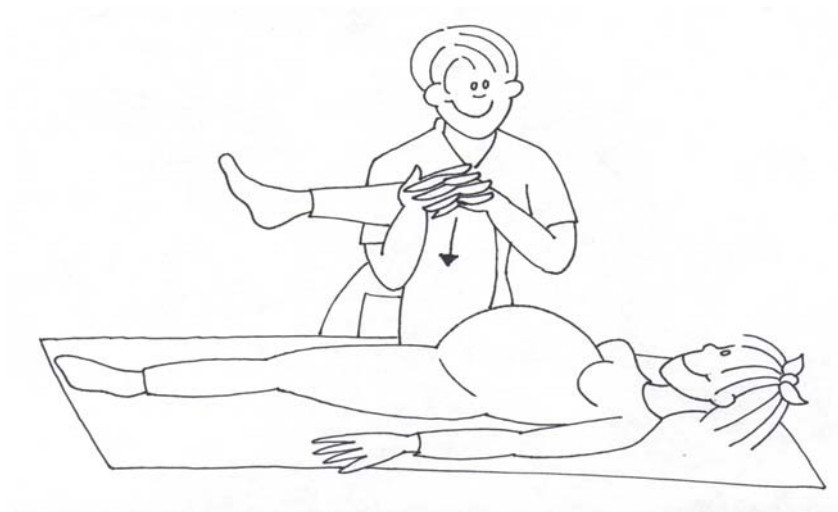
Smerteanamnese

Smerten opstår oftest mellem uge 15 og 25, men kan opstå tidligere, hvis kvinden fx har haft bækkenløsning i en tidligere graviditet. Smerten udvikler sig som regel langsomt og forværres over tid. Smerten mærkes i primært i bækkenleddene, men kan undertiden også mærkes i ballerne, lavt over lænden og/eller på bagsiden af lårene. Smerten kan være meget svingende i karakter, både med hensyn til døgnvariation og fra dag til dag. Smerten forværres som regel af belastninger. For mange gravide kvinder 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 smerten først opstår eller først forværres et stykke tid efter, at kvinden har været udsat for den belastning, der har fremprovokeret smerten. 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 smerten 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.

Bilag 3

Eksempler på danske tværfaglige og tværsektorielle projekter

Thisted modellen

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 af 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 fem risikofaktorer man fandt, var de tre 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 var vænnet til, at ”der var styr på tilværelsen”

Erfaringer med at overføre modellen til et storbyområde 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 hele Viborg Amt. (Würtz et al 2004).

Vestegnssamarbejdet

I 10 kommuner på Københavns Vestegn har der gennem de sidste 10 år 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 mor(far)-barn kontakt. Rapporten fra 2004 retter fokus mod den nødvendige opkvalificering af faggrupperne ved tværfaglig undervisning med henblik på at opspore, håndtere og forebygge psykosociale problemstillinger hos gravide og spædbørnsfamilier.

Sårbare gravide i Silkeborg

I et projekt fra Silkeborg i 2000 blev en lokal samarbejdsmodel afprøvet med jordemoderen 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 Århus 1999 beskæftiger sig med mødet og samarbejdet mellem den sårbare gravide og de professionelle. Undersøgelsen peger på et massivt behov for en tværsektorielt 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 dem 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.

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 alvorlig psykosocial belastning. Modellen er udviklet og afprøvet i gennem mange år ved Rigshospitalets og Hvidovre Hospitals fødeafdelinger 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 misbrug samt at medvirke til at koordinere den nødvendige indsats over for den gravide og hendes barn. Den gravide misbruger opfordres til at tage aktivt del i planlægningen af sin behandling.

Bilag 4

Anbefalinger vedrørende kvinder, der er omskåret

1.1 Baggrund

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. Fjernelse af klitoris
KLITORIDEKTOMI:
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.

Hyppige problemer hos infibulerede kvinder er dysmenoré, kronisk underlivsbetændelse, urinvejsinfektion, urinretention, dyspareuni samt obstetriske komplikationer som følge af de ændrede anatomiske forhold.

Da der er tale om en risikotilstand, skal den praktiserende læge henvise den gravide infibulerede kvinde til en specialafdeling.

Den gravide infibulerede kvinde bør følges af jordemoder eller læge med særlig viden og interesse for området.

Der vil næsten altid være behov for assistance fra en uddannet kvindelig tolk.

Der forslås følgende fremgangsmåde:

1.2 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 omkring problemet.

- ❖ Informer yderligere om de muligheder, der findes for åbning før eller under fødslen og reglerne omkring resuturering⁶. Fortæl om hvilke fordele/forandringer 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 dansk lovgivning vedrørende omskæring. Ifølge dansk lovgivning er det forbudt at omskære kvinder.
-

1.3 Tilbud om åbning i 2. trimester

- ❖ Kvinder som ikke kan eksplorerer med to fingre bør og resten kan tilbydes at blive åbnet før fødslen. Fødslen kan da forløbe som hos ikke omskårede kvinder dvs igangsættelse, vaginal undersøgelse, fosterovervågning og anlæggelses 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 hvorledes bedøvelsen anlægges samt hvornår der skal klippes,
 - d hvorledes 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. Der sendes med kvindens tilladelse 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.
-

1.4 Under fødslen

- ❖ Den aftalte plan følges.
 - ❖ Vær opmærksom på behov for smertelindring.
 - ❖ Vaginaleksplorerer så lidt som muligt.
-

⁶

Følgende terminologi anvendes:

Suturering: Sammensyning af episiotomi eller bristninger.

Resuturering af infibulation: Sammensyning fortil med henblik på at genskabe infibulationen dog kun som rekonstruktion af forholdene, som de var før fødslen = reinfibulation.

Kvinder, der er åbnet før fødslen:

- ❖ Fødslen ledes på vanlig vis.
 - ❖ Mediolateral episiotomi anlægges kun på vanlig indikation.
-

Kvinder, der åbnes under fødslen:

- ❖ Fødslen ledes på vanlig vis frem til presseperioden.
 - ❖ Der anlægges infiltrationsanæstesi på begge sider af det planlagte klip samt eventuel pudendus blokade. Opklipning fortil foretages på samme tid, som man ville anlægge en almindelig episiotomi. Der klippes op midt fortil i den gamle cikatrice. 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 huddække, 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.

1.5 Sectio

- ❖ Det er vigtigt, at kvinden ikke blot forstår årsagen til et eventuelt 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
-

1.6 Efter fødslen

- ❖ Fødslen bør tales igennem med kvinden og informationen om de anatomiske forandringer gentages.
 - ❖ Den praktiserende læge/sundhedsplejersken informeres om kvindens ændrede anatomiske forhold.
-

1.7 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.

1.8 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.

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.

Bilag 5

[Vigtigste referencer]