

Høringssvar i forbindelse med  
Sundhedsstyrelsens reviderede anbefalinger  
af Svangreomsorgen, Februar 2020.

**From:** Ingrid Jepsen  
**Sent:** 31. januar 2020 09:37 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Subject:** Høringssvar: Retningslinjer for svangreomsorgen

Hej fob

Jeg ved ikke om det er muligt selv at indsende høringssvar?

Jeg læst "Retningslinjer for Svangreomsorgen" igennem og skrevet mine korte kommentarer ned og dette dokument har jeg vedhæftet.

Mvh Ingrid Jepsen

Ingrid Jepsen  
Jordemoderuddannelsen, UCN

Lektor, Jordemoder, MPH, Ph.d.

Mobil: 72690980  
Mail: [irj@ucn.dk](mailto:irj@ucn.dk)  
UCN: 72690000

University College Nordjylland  
Selma Lagerlöfs Vej 2  
9220 Aalborg Ø

## Høringssvar

### Referencer i teksten

Man bør anvende referencer på samme måde i alle kapitler. I kap 1 er de alle samlet efter kapitlet og der er i starten ingen henvisninger i teksten – s 15 er eksemplarisk i form af brug af referencer til kilderne i teksten.

Det er irriterende, at man ikke direkte kan finde den kilde de henviser til i kap 1 i linje 8-12. "Der er i dag mere viden om...." jeg har kigget kilderne igennem og kan se noget om flygtninge og andre sårbare men ikke om ukompliceret graviditeter...

Føtal programmering s. 8 - hvorfor ikke sætte kilderne på som reference? Det kunne være I skulle anvende "Vancoover", så det ikke fylder for meget... Det ville være til stor hjælp for de, der gerne vil bruge retningslinjerne, at de kan finde kilderne. Er det kilden: Stephenson et al. S. 49, som er kilden til føtal programmering? Jeg mangler kilder på dette område...

S. 10 nederste halvdel – her er så pludselig nogle af referencer skrevet på... fortsætter s. 11 nogle er skrevet på og andre står der bare: "*forskning viser...*" men ikke hvilken forskning

S. 10 linje 8-11.... *des bedre fødsel des to mindre påvirkning den første tid med den nyfødte.* Kvinden og partneren kan også påvirkes positivt af en god fødsel, så de på baggrund heraf klarer sig bedre...

Midt s. 10 – "*herunder efter samtykke fra moderen*" – hvordan skal dette afsnit og denne linje forstås?

s. 12 andet afsnit. Er det den sundhedsprofessionelle, der skal opleve *at muligheden for at sikre en beslutningsproces af høj kvalitet er tilstede*? Hvad tænkes der her? At rammerne er gode? At der er tid?

### Flex-konsultationer

s. 19 Det foreslås at første og 35 ugers kons er individuelle...

s. 30 Det er uge 15 og 29, der er flex-konser

s. 30 De to konser : 1. trimester og uge 35 er med særligt indhold

s. 36 Det må derfor være en fejl at uge 35 står i parentes, idet det er en konsultation med særligt indhold, et indhold som også er uddybet i form af en fødselssamtale. Alle konsultationer er et tilbud, så fleregangsfødende kan stadig vælge den fra..

s. 34, Hvorfor er den midterste kasse i grundforløbet "*Obstetrisk afdeling*"? Det er ikke alle kvinder, der oplever at det er en "obstetrisk afdeling", der varetager graviditeten. Der kan stå obstetrisk afdeling med reference til visitation og fosterdiagnostik. Men så bør der være en "**Jordemoder**" kasse med konsultationer, fødselsforberedelse, evt. hjemmebesøg, efterfødselssamtale osv.

"Individuelle ydelser" det er igen ikke obstetrisk afdeling, der tilbyder flex konsultation i uger 15 og 29... (se ovenfor), så her skal også være en "Jordemoder" kasse

Efter terminsdato – hvad så?

s. 46 Hvad der sker mellem uge 39 og tilbud om igangsættelse senest ved uge 42 + 0 er ikke beskrevet...- her bør der tilføres lidt tekst eller henvises til side 133, hvor svangreomsorgen efter 39 uger uddybes.

s. 81 I andet afsnit – "*disse forudsætninger er dog kun opfyldt for 30-80 %*". For at sætningen giver mening i forhold til tallene (som er op til 80%) bør ordene "*dog kun*" fjernes.

s. 81 Nederste række af punkter. Sikker Naegels termin bør den ikke komme før "Termins-UL på et tilfældigt..."?

s. 85 Fostervækst og fosterstilling. Der er ingen konkrete referencer til forskningsartikler i afsnit 6.6.1. om fostervækst og SF måling, og de findes ikke i referencelisten. Der findes forskning på området, så der bør refereres til denne forskning – og hvad den viser. Afsnittet omtaler en RCT men den fremgår ikke af referencelisten.

s. 125 Tabel. I tabellen kan 34+0 både placeres i "*Sen præterm*" og "*meget præterm*".

I "meget præterm" bør der stå 33+6

S. 134. Den risikoforøgelse, der er ved overvægt – eksempelvis fosterdød - burde beskrives med tal og ikke kun som en *øget risiko*, så ville det være nemmere at formidle og eventuelt motivere til vægttab.

S. 146 og s. 147 Det systematiske review om continuitet er opdateret siden 2013. den seneste version er fra 2017 og det er nu ikke længere Hodnett, der er første forfatter.

*Continuous support for women during childbirth.*

Cochrane Systematic Review - Intervention Version published: 06 July 2017 see what's new

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

Meghan A BohrenG Justus HofmeyrCarol SakalaRieko K FukuzawaAnna CuthbertView authors'  
declarations of interest

s. 147 Ifølge Cochrane review fra 2018: *Epidural versus non-epidural og no analgesia for pain management in labour*. Forlænges 1. stage med cirka 0,5 time og 2. stage med et kvarter

Så begge stadier påvirkes. – I har brugt DSOG's guideline om epidural.fra **2011**,

Der er udover det nævnte lidt andre fund i cochrane reviewet.



## NOTAT

07-02-2020

EMN-2019-01579

1328506

### Danske Regioners høringssvar til Sundhedsstyrelsens udkast til "Retningslinjer for svangreomsorgen"

Danske Regioner har d. 26. november 2019 modtaget Sundhedsstyrelsen høningsudkast til "Retningslinjer for svangreomsorgen".

Indledningsvist skal det bemærkes, at Danske Regioner undrer sig over, at Sundhedsstyrelsen sender retningslinjerne i offentlig høring, uden at referencegruppen har haft mulighed for at læse og kommentere udkastet. Det er Danske Regioners opfattelse, at det udkast, der blev fremlagt på det sidste møde i referencegruppen den 6. november 2018, ikke var et endeligt udkast, og på mødet gav det fremlagte udkast anledning til mange spørgsmål og kommentarer.

Høringsudkastet bærer derfor også præg af en uafsluttet proces. Udkastet har en meget høj detaljeringsgrad, som bidrager til øgede forventninger til regioner og kommuner. Samtidig er det i det meget omfattende materiale uigenemskueligt, hvad der er nyt i forhold til de eksisterende anbefalinger, hvad der er til inspiration, og hvad det konkret forventes, at regioner og kommuner lever op til. Trods den øgede detaljeringsgrad er det samtidig i flere tilfælde uklart, hvad der menes med den enkelte anbefaling. Det svækker retningslinjerne som redskab i en tilpasning af den eksisterende kliniske praksis, som bør være formålet med retningslinjerne.

Derfor opfordrer Danske Regioner til, at referencegruppen indkaldes med henblik på at præcisere, hvad der med de nye retningslinjer konkret forventes af regioner og kommer set i forhold til eksisterende praksis. Der kan eventuelt udarbejdes et særskilt materiale, som i en kortere og klarere form beskriver dette.

Generelt er det Danske Regioners opfattelse, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udarbejdelse af faglige anbefalinger mv. bør anvende en tilgang,

der tager hensyn til, hvordan sundhedsvæsenets ressourcer anvendes mest hensigtsmæssigt. Den tilgang bærer udkastet ikke præg af.

Danske Regioner bemærker desuden, at Sundhedsstyrelsen benævner dokumentet "retningslinjer", som har en mere forpligtende ordlyd end de "anbefalinger", som retningslinjerne skal erstatte. Det er Danske Regioners opfattelse, at udkastet bør benævnes som anbefalinger. Det vil desuden flugte med den semantik, Sundhedsstyrelsen i øvrigt anvender for denne form for publikationer.

Udkastet indeholder flere gode elementer, hvoraf nogle er i tråd med Danske Regioners svangreudspil GODT FRA START. Danske Regioner mener generelt, at det er vigtigt at prioritere ressourcerne i sundhedsvæsenet. I Danmark fødes hvert år over 60.000 børn. De nye familier har vidt forskellige behov. Mange familier kan klare meget selv, hvis de får redskaberne til det. Og nogle familier har brug for mere støtte i graviditeten og efter fødslen. Derfor er prioritering inden for netop svangreomsorgen central for at sikre lighed i sundhed. Danske Regioner mener, at alle kommende forældre skal have det antal undersøgelser og konsultationer, der giver dem de bedste forudsætninger for en god start. Samtidig er det vigtigt, at ingen forældre modtager unødvendige undersøgelser eller konsultationer.

Derfor er det positivt, at der med udkastet lægges op til et mere individualiseret tilbud til gravide og fødende f.eks. ved brug af flexkonsultationer ved jordemoder. Danske Regioner havde gerne set, at retningslinjerne i endnu højere grad lagde op til en differentieret indsats. Det kunne f.eks. være gennem anvendelse af digitale konsultationer til raske gravide.

Retningslinjerne indeholder også stort fokus på samarbejdet på tværs af sektorer omkring sårbare gravide, hvilket ligeledes vil skabe mere lighed i sundhed. Udkastet indeholder dog mange specifikke beskrivelser af, hvordan samarbejdet på tværs af sektorer bør udfoldes. Danske Regioner er enige i, at samarbejdet skal styrkes, men der bør være mulighed for at skabe løsninger, der er tilpasset lokale forhold, giver mulighed for samarbejde med civilsamsfundsorganisationer og i meget høj grad kan tilpasses den enkelte familie. Derfor finder Danske Regioner den meget høje detaljeringsgrad i udkastets afsnit om sårbare gravide u hensigtsmæssig.

Retningslinjerne indeholder desuden en ændret rolle for almen praksis. Retningslinjerne lægger op til, at graviditetsbesøget i uge 32 i almen praksis i stedet bliver en jordemoderkonsultation, hvilket Danske Regioner finder hensigtsmæssigt.

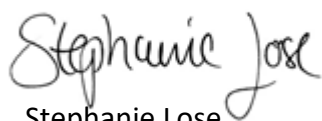
Derudover lægges op til, at alle kvinder skal tilbydes prækonceptionel rådgivning i almen praksis, inden de bliver gravide. Danske Regioner vurderer, at det er usikkert, om det er hensigtsmæssig brug af ressourcerne i almen

praksis. Prækonceptionel rådgivning i almen praksis bør gives i de tilfælde, den praktiserende læge eller kvinden finder det relevant og på det tidspunkt i kvindens liv, hvor det er relevant.

De meget omfattende og detaljerede retningslinjer vil indebære betydelige økonomiske og kapacitetsmæssige konsekvenser for regionerne. Samtidig er det i lyset af knapheden på sundhedsfagligt personale, herunder jordemødre, ikke realistisk, at alle elementer i retningslinjerne vil kunne implementeres. Danske Regioner tager forbehold for de økonomiske konsekvenser af retningslinjerne.

Danske Regioner har d. 23. januar 2020 modtaget et DUT-notat fra Sundhedsministeriet vedr. Sundhedsstyrelsens udkast til Retningslinjer for svangreomsorgen. Notatet beskriver, at revideringen af retningslinjerne skal gennemføres inden for de eksisterende økonomiske rammer. Det fremsendte DUT-notat understreger nødvendigheden af, at referencegruppen indkaldes mht., hvad der konkret forventes af regioner og kommuner.

Med venlig hilsen



Stephanie Løse

*Formand, Danske Regioner*



Ulla Astman

*Næstformand, Danske Regioner*



Til Sundhedsstyrelsen

Danske Regioner og KL har d. 26. november 2019 modtaget Sundhedsstyrelsen udkast til "Retningslinjer for svangreomsorgen".

Danske Regioner og KL har med interesse læst høringsudkastet, og anerkender de faglige ambitioner, der sættes for udviklingen af svangreomsorgen. Vi har et stærkt udgangspunkt i Danmark, hvor vi gennem mange år har udviklet svangreomsorgen for den gravide og nyfødte til et højt niveau i både regionale og kommunale instanser.

Danske Regioner og KL har imidlertid også en række opmærksomhedspunkter, som vi finder det nødvendigt at rejse over for Sundhedsstyrelsen i fællesskab.

Danske Regioner og KL har hæftet sig ved, at Sundhedsstyrelsens udkast beskriver svangreomsorgen væsentligt mere detaljeret, end hvad der kendetegner de gældende anbefalinger for svangreomsorgen fra 2013. Dertil er detaljeringsgraden ikke konsistent, hvorfor retningslinjerne fremgår ufærdige, samtidig med at det er uigennemskueligt, hvilke dele af retningslinjerne, som er henholdsvis forpligtende og til inspiration. Danske Regioner og KL har også hæftet sig ved, at Sundhedsstyrelsen har ændret navnet på udkastet fra "Anbefalinger for svangreomsorgen" til "Retningslinjer for svangreomsorgen", hvilket har en mere forpligtende ordlyd. Det er Danske Regioner og KLs opfattelse, at udkastet bør benævnes som anbefalinger. Det vil desuden flugte med den semantik, Sundhedsstyrelsen i øvrigt anvender for denne form for publikationer.

Danske Regioner og KL vil desuden påpege, at det ikke er realistisk, at samtlige elementer og forventninger, som retningslinjerne skitserer til både kommunerne og regionerne kan indfries inden for de nuværende økonomiske og organisatoriske rammer. Ligeledes er der tale om forventninger, som fordrer en personalemæssig kapacitet både i regionerne og i kommunerne, der ikke er til stede aktuelt. Eksempelvis er forventningerne til, hvad svangreomsorgen skal bestå af for alle gravide i almindelighed og for sårbare gravide i særdeleshed, blevet udbygget.

Danske Regioner og KL har begge været repræsenteret i udarbejdelsen af retningslinjerne. Danske Regioner og KL har dog undret sig over processen bag udarbejdelsen af retningslinjerne. Det afspejles blandt andet ved, at det endelige udkast ikke har været fremlagt for hverken arbejds- eller referencegruppe. Den store detaljegrad i retningslinjerne svækker retningslinjerne som redskab i en tilpasning af de eksisterende kliniske praksis, som bør være formålet med retningslinjerne.

Danske Regioner og KL opfordrer til, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udarbejdelse af faglige anbefalinger også tager i betragtning, hvor og hvordan sundhedsvæsenets ressourcer anvendes mest hensigtsmæssigt.

På baggrund af ovenstående, vil Danske Regioner og KL opfordre Sundhedsstyrelsen til at forslag til inspiration samles i et særskilt katalog separat fra anbefalingerne. I den forbindelse vil Danske Regioner og KL ligeledes opfordre til, at Sundhedsstyrelsen indkalder referencegruppen med henblik på, at denne kan bidrage til, at der skelnes tydeligere mellem, hvad der er anbefalinger, og hvad der er faglig inspiration.

Med venlig hilsen

*Christian Harsløf, direktør, KL*

*Erik Jylling, sundhedspolitisk direktør, Danske Regioner*

**From:** Astrid Christine Jensen-Kanstrup  
**Sent:** 7. februar 2020 14:04 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Hanne Agerbak;Trine Vig Houe;Christian Harsløf;Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen

Vedhæftet er KL's høringssvar samt fælles brev fra Danske Regioner og KL.

Med venlig hilsen

**Astrid Christine Jensen-Kanstrup**

Specialkonsulent  
Sundhed og Ældre



Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København

**D** +45 3370 3522  
**E** [ACJ@kl.dk](mailto:ACJ@kl.dk)

**T** +45 3370 3370  
**W** [kl.dk](http://kl.dk)



Klik på banner for at læse mere, se program samt foretage en elektronisk tilmelding.

Til Sundhedsstyrelsen

Danske Regioner og KL har d. 26. november 2019 modtaget Sundhedsstyrelsen udkast til "Retningslinjer for svangreomsorgen".

Danske Regioner og KL har med interesse læst høringsudkastet, og anerkender de faglige ambitioner, der sættes for udviklingen af svangreomsorgen. Vi har et stærkt udgangspunkt i Danmark, hvor vi gennem mange år har udviklet svangreomsorgen for den gravide og nyfødte til et højt niveau i både regionale og kommunale instanser.

Danske Regioner og KL har imidlertid også en række opmærksomhedspunkter, som vi finder det nødvendigt at rejse over for Sundhedsstyrelsen i fællesskab.

Danske Regioner og KL har hæftet sig ved, at Sundhedsstyrelsens udkast beskriver svangreomsorgen væsentligt mere detaljeret, end hvad der kendetegner de gældende anbefalinger for svangreomsorgen fra 2013. Dertil er detaljeringsgraden ikke konsistent, hvorfor retningslinjerne fremgår ufærdige, samtidig med at det er uigennemskueligt, hvilke dele af retningslinjerne, som er henholdsvis forpligtende og til inspiration. Danske Regioner og KL har også hæftet sig ved, at Sundhedsstyrelsen har ændret navnet på udkastet fra "Anbefalinger for svangreomsorgen" til "Retningslinjer for svangreomsorgen", hvilket har en mere forpligtende ordlyd. Det er Danske Regioner og KLs opfattelse, at udkastet bør benævnes som anbefalinger. Det vil desuden flugte med den semantik, Sundhedsstyrelsen i øvrigt anvender for denne form for publikationer.

Danske Regioner og KL vil desuden påpege, at det ikke er realistisk, at samtlige elementer og forventninger, som retningslinjerne skitserer til både kommunerne og regionerne kan indfries inden for de nuværende økonomiske og organisatoriske rammer. Ligeledes er der tale om forventninger, som fordrer en personalemæssig kapacitet både i regionerne og i kommunerne, der ikke er til stede aktuelt. Eksempelvis er forventningerne til, hvad svangreomsorgen skal bestå af for alle gravide i almindelighed og for sårbare gravide i særdeleshed, blevet udbygget.

Danske Regioner og KL har begge været repræsenteret i udarbejdelsen af retningslinjerne. Danske Regioner og KL har dog undret sig over processen bag udarbejdelsen af retningslinjerne. Det afspejles blandt andet ved, at det endelige udkast ikke har været fremlagt for hverken arbejds- eller referencegruppe. Den store detaljegrad i retningslinjerne svækker retningslinjerne som redskab i en tilpasning af de eksisterende kliniske praksis, som bør være formålet med retningslinjerne.

Danske Regioner og KL opfordrer til, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udarbejdelse af faglige anbefalinger også tager i betragtning, hvor og hvordan sundhedsvæsenets ressourcer anvendes mest hensigtsmæssigt.

På baggrund af ovenstående, vil Danske Regioner og KL opfordre Sundhedsstyrelsen til at forslag til inspiration samles i et særskilt katalog separat fra anbefalingerne. I den forbindelse vil Danske Regioner og KL ligeledes opfordre til, at Sundhedsstyrelsen indkalder referencegruppen med henblik på, at denne kan bidrage til, at der skelnes tydeligere mellem, hvad der er anbefalinger, og hvad der er faglig inspiration.

Med venlig hilsen

*Christian Harsløf, direktør, KL*

*Erik Jylling, sundhedspolitisk direktør, Danske Regioner*

## Høringssvar Retningslinjer for svangreomsorgen

Sundhedsstyrelsen har den 26. november 2019 sendt udkast til "Retningslinjer for svangreomsorgen" i høring. KL takker for muligheden for at afgive høringssvar og har med interesse læst høringssvaret.

En god start på livet er en afgørende forudsætning for det enkelte menneskes mulighed for at godt og sundt liv. Og i den forbindelse er det stærke tværsektorielle samarbejde og den gode, fortrolige relation til forældrene helt central. KL ser positivt på Sundhedsstyrelsens ambitioner om at videreudvikle svangreomsorgen for at give nyfødte og deres forældre endnu bedre forudsætninger for at komme godt fra start.

Vi har et godt udgangspunkt i Danmark, og vi har igennem mange år udviklet en svangreomsorg, som gør Danmark til et af de bedste steder i verden at føde i. Vi har et godt samarbejde mellem fødeafdelinger, almen praksis og kommuner, som giver os et stærkt fundament at bygge videre på. Vi har en vigtig fælles opgave i at holde fast i det høje niveau, som i dag kendetegner svangreomsorgen og at videreudvikle den i fællesskab.

Høringssvaret er politisk behandlet, men ændringerne i forhold til de gældende anbefalinger for svangreomsorgen er så omfattende, at der i nedenstående tages forbehold for økonomiske konsekvenser.

### Generelle bemærkninger

Vedr. proces:

KL stiller sig undrende overfor, at Sundhedsstyrelsens sender retningslinjerne i offentlig høring uden, at referencegruppen har haft lejlighed til at læse og kommentere anbefalingerne. Særligt i lyset af, at det seneste udkast, som blev fremlagt for gruppen ved et møde den 6.11 2018, ikke var et endeligt udkast og affødte en del kommentarer og spørgsmål.

Vedr. ordlyd og detaljeringsgrad:

KL hæfter sig ved, at Sundhedsstyrelsen ændrer overskriften fra "Anbefalinger for svangreomsorgen" til "Retningslinjer for svangreomsorgen", hvilket har en mere forpligtende ordlyd.

Samtidig bemærker KL, at Sundhedsstyrelsen har valgt at beskrive de nye retningslinjer i flere detaljer, end hvad der kendetegner de gældende anbefalinger fra 2013. Dette gælder særligt i forhold til kapitel 4 om indsatsen for sårbare gravide,

Det er KL's opfattelse, at både overskriften og den høje detaljeringsgrad i retningslinjerne bidrager til at øge forventningerne til, hvad svangreomsorgen skal bestå af for alle gravide i almindelighed og for sårbare gravide i

Dato: 4. december 2019

Sags ID: SAG-2019-06853  
Dok. ID: 2856976

E-mail: ACJ@kl.dk  
Direkte: 3370 3522

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 1 af 8

særdeleshed. Da mange af disse anbefalinger ligger ud over, hvad der beskrives i de gældende anbefalinger samt nuværende praksis i svangreomsorgen, vil det kræve yderligere finansiering og kapacitet at realisere dem. En del af anbefalingerne – eksempelvis nogle af dem som omhandler fødselsforberedelse og tværfaglig indsats for sårbare gravide – vil ligeledes fordrer en gentænkning af den nuværende organisering af svangreomsorgen. Anbefalingerne vedrørende fødselsforberedelse (kapitel 10) indebærer fx, at denne opgave delvist flyttes til kommunerne, og at flere kommunale faggrupper som eksempelvis pædagoger og socialrådgivere skal indgå i den almene fødselsforberedelse.

Endelig opfordrer KL til, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udarbejdelse af faglige anbefalinger mv. i højere grad anvender en tilgang, der går på tværs af patientgrupper og sundhedsmæssige problemstillinger, der også tager i betragtning, hvor og hvordan sundhedsvæsenets ressourcer anvendes, så de giver størst effekt. Der behov for, at Sundhedsstyrelsen i højere grad understøtter en hensigtsmæssig prioritering af de ressourcer, sundhedsvæsenet har til rådighed. KL indgår gerne i videre dialog om "Retningslinjer for svangreomsorgen".

Nedenfor fremhæves bemærkninger til de specifikke afsnit i de nye retningslinjer.

## Specifikke bemærkninger til høringsudkastet

### Kapitel 2

I kapitel 2, afsnit 2.4 Ansvar og koordinering på side 21 skriver Sundhedsstyrelsen følgende:

"Henvisningen fra den praktiserende læge ved første undersøgelse i almen praksis og kvindens egne rapporterede data danner grundlag for visitationen på fødeafdelingen til svangreomsorgens tilbud og de ydelser, det vurderes, der er behov for fx i kommunalt regi. Visitation til relevante tilbud baserer sig på kvindens obstetriske anamnese, risikoprofil, niveauplacering samt kvindens egne oplysninger og hendes ønsker og forventninger til forløbet. Læs mere i kapitel 3."

KL hæfter sig ved ordlyden i afsnittet, som kan forstås således, at det er fødeafdelingen, som visiterer til de kommunale tilbud. Dette er ikke i overensstemmelse med gældende lovgivning og praksis på området. KL finder det uhensigtsmæssigt, at retningslinjerne kan tolkes i den retning.

I kapitel 2, afsnit **2.4 Ansvar og koordinering** på side 22 skriver Sundhedsstyrelsen følgende:

"Gravide med særlige behov tilbydes besøg af sundhedsplejersken i graviditeten jf. bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge § 12 og § 16. Nogle kommuner har tilbud om graviditetsbesøg til alle. Jordemoderen orienterer den gravide om muligheden herfor."

Og i afsnit **2.5.4 Sundhedsplejersken** på side 23 skriver Sundhedsstyrelsen følgende:

Dato: 4. december 2019

Sags ID: SAG-2019-06853  
Dok. ID: 2856976

E-mail: ACJ@kl.dk  
Direkte: 3370 3522

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 2 af 8

Dato: 4. december 2019

Sags ID: SAG-2019-06853  
Dok. ID: 2856976

E-mail: ACJ@kl.dk  
Direkte: 3370 3522

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 3 af 8

"Sundhedsplejersker samarbejder med relevante fagpersoner i både primær og sekundær sektoren. Nogle kommuner tilbyder hjemmebesøg i graviditeten til alle gravide, mens andre kommuner alene tilbyder hjemmebesøg i graviditeten til gravide indplaceret på niveau 3 og 4. Der skal desuden være et tæt tværsektorielt samarbejde med bl.a. kommunens socialforvaltning vedr. gravide indplaceret på niveau 3 og 4. Læs mere i kapitel 4."

KL hæfter sig ved, at Sundhedsstyrelsen nævner, at nogle kommuner har tilbud om graviditetsbesøg til alle. Dette kan opleves som et forventningspres i retning af, at kommunerne bør tilbyde hjemmebesøg til alle gravide. Hvorvidt den enkelte kommuner finder dette hensigtsmæssigt, bør være op til lokal prioritering og tilrettelæggelse af opgaveløsningen. KL foreslår i stedet på side 22 at skrive følgende:

"Gravide med særlige behov tilbydes besøg af sundhedsplejersken i graviditeten jf. bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge § 12 og § 16. Jordemoderen orienterer den gravide om de tilbud, som findes lokalt."

Endvidere foreslår KL helt at undlade at nævne tilbud om hjemmebesøg til alle på side 23.

KL gør opmærksom på, at hjemmebesøg til alle gravide ikke er del af det nuværende basistilbud. Såfremt det ønskes indført i alle kommuner, vil det kræve yderligere finansiering.

Endvidere kan KL konstatere, at i afsnit **2.5.4 Sundhedsplejersken** på side 23 er beskrivelsen af formålet med sundhedsplejerskens arbejde forkortet en del sammenlignet med det gældende anbefalinger. KL finder det relevant at fastholde den overordnede formålsbeskrivelse med sundhedsplejerskens rolle i svangreomsorgen.

I afsnit 2.8.2 **Kommende digitalt redskab for svangreforløb** på side 25 omtaler Sundhedsstyrelsen den kommende digitale graviditetsjournal. KL ser frem til, at løsningen kan tages i brug, og ser stor værdi i, at data samles og kan deles effektivt og sikker med de relevante faggrupper også i kommunerne.

#### Kapitel 4

KL bemærker, som en generel kommentar til kapitel 4, at indsatsen for sårbare gravide beskrives i væsentligt større detaljeringsgrad, end det er tilfældet i de gældende anbefalinger fra 2013. Endvidere er retorikken skærpet i en forpligtende retning eksemplificeret blandt andet ved ændring af overskriften i afsnit 4.1 fra "En særlig indsats" til "En særlig indsats er påkrævet". Dette opfattes af KL således, at der er en forventning om, at de fremsatte anbefalinger realiseres i alle kommuner og regioner.

Indsatsen for sårbare gravide er kendetegnet ved i høj grad være individuelt tilrettelagt og rumme en høj grad af tværfaglighed og samarbejde med civil-

samfundets foreninger. I det lys finder KL det uhensigtsmæssigt, at Sundhedsstyrelsen vælger at konkretisere anbefalingerne i så høj grad, som det er tilfældet i nærværende høringsudkast.

Endvidere kan KL konstatere, at der trods den øgede detaljeringsgrad i anbefalingerne er flere uklarheder i kapitlet, hvor det ikke fremgår tydeligt, hvad der menes med den enkelte anbefaling.

I afsnit **4.2.1 Tværfagligt team med særlig ekspertise i forhold til sårbare og socialt udsatte** på side 51 skriver Sundhedsstyrelsen følgende:

"[...]Det er derfor væsentligt, at samarbejdet beskrives og uddybes i forhold til eksisterende rutiner og procedurer for at sikre bæredygtighed af indsatserne på sigt."

Alle obstetriske afdelinger bør udarbejde retningslinjer for et bredt fleksibelt samarbejde mellem kommunale og regionale aktører omkring sårbare og socialt udsatte kvinder med udgangspunkt i lokale forhold, ressourcer og kompetencer. [...]"

KL læser afsnittet som en anbefaling om, at samarbejdet mellem regioner og kommuner formaliseres yderligere og beskrives i større detaljer og mere gensidigt forpligtende, end det sker nu.

KL hæfter sig ved, at det er de obstetriske afdelinger, som skal udarbejde retningslinjer for samarbejdet mellem kommunale og regionale aktører. KL finder det ikke hensigtsmæssigt, at den ene part i samarbejdet er eneansvarlig for at udarbejde retningslinjer. Såfremt der skal udarbejdes retningslinjer, bør det være en fælles opgave og et fælles ansvar.

Endelig påpeger KL, at et formaliseret og detaljeret beskrevet samarbejde mellem kommunale og regionale aktører om sårbare gravide ikke er en del af det basistilbud, som praktiseres aktuelt, og ligger dermed ud over eksisterende organisatoriske rammer og finansiering.

I afsnit **4.3.1 Tidlig kontakt til kommunen/den kommunale sundhedstjeneste** på side 51 skriver Sundhedsstyrelsen følgende:

"Det anbefales, at jordemoder og sundhedsplejerske tilbyder et tidligt fælles hjemmebesøg allerede i 2. trimester med henblik på at skabe tillidsfulde relationer mellem de involverede, ligesom etablering af indsatser fx i samarbejde med socialforvaltningen da kan startes tidligt i graviditeten."

Det fælles hjemmebesøg uddybes yderligere i afsnit **4.4.3 Tværfagligt graviditetsbesøg i hjemmet og tæt opfølgning i barselsperioden** på side 53:

"Det anbefales at tilbyde et tværfagligt hjemmebesøg, typisk ved jordemoder og sundhedsplejerske. Andre fagpersoner end jordemoder kan deltage, hvis dette skønnes hensigtsmæssigt fx pædagog eller socialrådgiver."

Dato: 4. december 2019

Sags ID: SAG-2019-06853  
Dok. ID: 2856976

E-mail: ACJ@kl.dk  
Direkte: 3370 3522

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 4 af 8

KL konstaterer, at tidlige fælles hjemmebesøg ved jordemoder og sundhedsplejerske ikke er en del af det nuværende basistilbud til sårbare gravide. Hvis dette skal ønskes etableret i praksis vil det kræve yderligere finansiering. Endvidere vil det kræve større personalemæssig kapacitet end hvad regioner og kommuner råder over på nuværende tidspunkt, hvad angår både jordemødre og sundhedsplejersker.

I afsnit **4.4.1 Indsatsens indhold** side 52 skriver Sundhedsstyrelsen følgende:

"Koordination af undersøgelser, tilbud og indsatser i region og kommune er essentielt. Det anbefales derfor, at der udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson i enten region eller kommune, der fungerer som tovholder for samarbejdet mellem sundhedsvæsenets aktører og for kontakten til kommunen. Tovholder bør være ansat der, hvor det er mest hensigtsmæssigt i den konkrete families problemer. Væsentligst er, at tilbuddene eksisterer – ikke hvor de er forankret."

KL er enig i, at det er vigtigt sikre koordination på tværs af sektorer. Det er helt afgørende for et sammenhængende forløb for borgeren. KL hæfter sig ved, at Sundhedsstyrelsen ikke afklarer, hvem der har ansvaret for at varetage pågældende tovholderfunktion, samt at tovholderfunktionen ikke uddybes nærmere. Det er ikke klart, hvorvidt der er tale om en overordnet tovholder, som skal understøtte koordinering på et overordnet niveau og sikre videndeling mellem region og tilhørende kommuner, eller om det er en tovholderfunktion, som skal gå ind og sikre koordination i den enkelte gravides forløb. Der henvises til, "at den konkrete families problemer" skal være afgørende for, hvor tovholderfunktionen er forankret. Uanset hvilken type tovholderfunktion der tænkes på, vil der fra familie til familie kunne være forskellige behov og dermed forskellige svar på, hvor en sådan tovholderfunktion bedst er forankret. KL opfordrer til, at Sundhedsstyrelsen afklarer, hvad der menes med tovholderfunktionen.

Endelig påpeger KL, at en tovholderfunktion ikke er en del af det basistilbud, som praktiseres aktuelt. Der er dermed tale om en funktion, som ligger ud over eksisterende organisatoriske rammer og finansiering. Hvis dette skal ønskes etableret i praksis vil det kræve yderligere finansiering, afklaring af ovenstående, samt en gentænkning af den nuværende organisering af svangreomsorgen.

I afsnit **4.4.1 Indsatsens indhold** side 52 skriver Sundhedsstyrelsen følgende:

"Svangreomsorgs- og relationsarbejde til denne gruppe af gravide anbefales opbygget omkring en række grundlæggende tilbud, som beskrives nedenfor:

- Kendt jordemoderordning
- Tidlig kontakt til hjemkommunen med henblik på etablering af tværsektorielt og tværfagligt samarbejde, herunder socialforvaltningen
- Tidligt tværfagligt graviditets-hjemmebesøg ved sundhedsplejerske og jordemoder og tæt opfølgning efter fødslen med

Dato: 4. december 2019

Sags ID: SAG-2019-06853  
Dok. ID: 2856976

E-mail: ACJ@kl.dk  
Direkte: 3370 3522

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 5 af 8



henblik på at skabe et sammenhængende graviditets- og barselsforløb

- Tværfaglige netværksmøder, hvis medlemmer defineres lokalt
- Særligt udviklet familie- og fødselsforberedelsestilbud, som tilbydes så tidligt som muligt i graviditeten med henblik på at kunne arbejde i dybden med problemer og vanskeligheder før barnets fødsel"

KL vurderer, at anbefalingerne vil blive læst som forpligtende, idet der peges konkrete og detaljerede tilbud. Opdelingen i grundlæggende og supplerende tilbud bidrager ligeledes til dette indtryk. Anbefalingerne til grundlæggende tilbud går ud over det basistilbud til sårbare, som praktiseres aktuelt. Såfremt det er intentionen, at anbefalingerne i kapitel 4 skal realiseres i alle kommuner, gør KL opmærksom på, at det vil kræve yderligere finansiering. Endvidere vil det kræve, at organiseringen af svangreomsorgen – særligt samarbejdet med fødeafdelingerne – gentænkes.

Hvad angår anbefalingerne om tværfagligt graviditetshjemmebesøg henviser KL til bemærkninger herom tidligere i høringssvaret.

KL opfordrer Sundhedsstyrelsen til at uddybe, hvad der menes med tværfaglige netværksmøder og aktiviteter. I **4.4.5 Tværfaglige netværksmøder og aktiviteter** uddyber Sundhedsstyrelsen anbefalingen om tværfaglige netværksmøder således:

"Tværfaglige netværksmøder og aktiviteter fremmer en sammenhængende graviditet og barsel og gør det muligt at tilbyde den rette og nødvendige indsats tidligt. Tværfaglighed styrker kendskabet til egne kompetencer og bidrager dermed til, at den gravide får støtte af netop den fagperson, der er mest kompetent i forhold til problemet."

Det fremgår ikke tydeligt, hvilke rammer og hvilket omfang Sundhedsstyrelsen påtænker i forhold til tværfaglige netværksmøder og aktiviteter. Der foregår aktuelt tværfagligt samarbejde om indsatsen for udsatte gravide, og der forekommer uklart, hvorfor tværfaglige netværksmøder foretrækkes frem for de eksisterende tværfaglige indsatser

I afsnit 4.4.1 **Indsatsens indhold** på side 52 skriver Sundhedsstyrelsen følgende:

"Erfaringer viser, at det for sårbare og socialt udsatte kvinder er relevant og meningsfuldt at deltage i særlige tilbud (Sundhedsstyrelsen 2018). Det anbefales på baggrund heraf, at der i samarbejde mellem kommuner og regioner udover det ovenfor beskrevne, tilbydes en bred palet af forskellige indsatser, som tager afsæt i de lokale tilbud, udviklet til disse kvinder og evt. deres partner. Det kan fx dreje sig om:

- Støtte- og følgeordninger til lokale jordemodercentre med henblik på at komme til svangreundersøgelser, herunder erindring om konsultationer ved telefonopringning og andet via sociale medier
- Etablering af sundhedsfaglige tilbud i en fri ramme med uformel mødestruktur

Dato: 4. december 2019

Sags ID: SAG-2019-06853  
Dok. ID: 2856976

E-mail: ACJ@kl.dk  
Direkte: 3370 3522

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 6 af 8

- Etablering af lukkede grupper baseret på behov (fx sorg, angst, alder). Det kan være gravid-/mødre-/forældregrupper eller terapigrupper
- Tilbud om forlænget ophold på barselsafsnit
- Tilbud om deltagelse i kommunale forældreuddannelsesprogrammer
- Tilbud om fødselsforberedelse i vand, afspænding o. lign.
- Vuggestuepraktik i graviditeten
- Aktiviteter af netværksskabende karakter fx med brug af frivillige og mentorer
- Samarbejde med socialforvaltning, familierådgivnings tilbud, jobcenter, boligsocial indsats, uddannelsessteder mv.”

Dato: 4. december 2019

Sags ID: SAG-2019-06853  
Dok. ID: 2856976

E-mail: ACJ@kl.dk  
Direkte: 3370 3522

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 7 af 8

KL gør opmærksom på, at det bidrager til at skabe forventningspres i forhold til, hvad indsatsen for sårbare gravide skal bestå af, når anbefalingerne konkretiseres i den grad, som det er tilfældet i de nye retningslinjer. Dette gælder både indsatsens omfang og indhold.

En række af de anbefalede tilbud ligger ud over, hvad der aktuelt er en del af basistilbuddet til sårbare gravide og ville betyde et forøget ressourcetræk både økonomisk og personalemæssigt for såvel regioner som kommuner. For kommunernes vedkommende gælder dette eksempelvis vuggestuepraktik og aktiviteter af netværksskabende karakter. Det kan derfor ikke forventes, at disse anbefalinger kan realiseres med mindre der følger finansiering med.

I relation til de nævnte støtte- og følgeordninger (dot 1) gør KL opmærksom på, at sådanne ordninger visiteres efter serviceloven, og at visitationen sker på baggrund af en konkret og individuel vurdering af borgerens situation og behov.

Endelig finder KL, at den evidens, som lægges til grund for at fremhæve disse specifikke tilbud frem for andre mulige indsatser fx vuggestuepraktik ikke er tilstrækkelig til at fremsætte så specifikke anbefalinger om konkrete tilbud, som det er tilfældet i nærværende høringssvar.

## Kapitel 10

I afsnit **10.1 Tilrettelæggelse af fødsels- og forældreforberedelseskurser** på side 141-142 skriver Sundhedsstyrelsen følgende:

”Fødsels- og forældreforberedende tilbud bør generelt planlægges i mindre faste hold med brug af forskellige pædagogiske metoder, herunder også e-læring i form af podcasting medier som fx lyd- og/eller videofiler (blended learning) og med fokus på aktiv deltagelse, hvilket har vist sig at kunne øge læringsudbyttet (U.S Department of Education 2010, Liu 2016). Tilbuddet bør tilrettelægges som et tværfagligt tilbud med jordemoderen som gennemgående underviser for at sikre kontinuitet i undervisningen og med inddragelse af fx sundhedsplejersker, fysioterapeuter, socialrådgivere og andre relevante parter. Inddragelse af andre fagpersoner end jordemoderen i undervisningen kan med fordel ske via podcasting undervejs i undervisningsforløbet.

Danske undersøgelser har vist, at et minimum af 10 timers deltagelse på faste og mindre hold ledet af den samme jordemoder fordelt på minimum 3-4 ganges fremmøde kan forbedre både psykologiske, sociale og medicinske forhold i graviditeten samt under og efter fødslen (Kronborg 2012, Brixval 2016, Maimburg 2016, Koushede 2017, Maimburg 2010, Maimburg 2013).

[...]

Fødeafdelingen og kommunen anbefales i samarbejde at udvikle tilbud, der appellerer til alle kommende forældre ligesom det kan være relevant og nødvendigt at udvikle tilbud, der har sårbare og socialt udsatte som særlig målgruppe. Se kapitel 4.”

KL gør opmærksom på, at den almene fødselsforberedelse for gravide er en regional opgave. Anbefalingen om fødeafdelingen og kommunen i samarbejde udvikler tilbud, der appellerer til alle forældre, udgør derfor en delvis flytning af opgaven fra regioner til kommuner og vil kræve at der følger penge med.

Endelig gør KL opmærksom på, at der er visse organisatoriske udfordringer forbundet med anbefalingerne i kapitel 10.

Dato: 4. december 2019

Sags ID: SAG-2019-06853

Dok. ID: 2856976

E-mail: ACJ@kl.dk

Direkte: 3370 3522

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)

Side 8 af 8

**From:** Iben Mortensen  
**Sent:** 5. februar 2020 13:39 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen

Til Sundhedsstyrelsen

Kære Christine

Hermed høringsvar fra Region Nordjylland vedr. retningslinjer for svangreomsorgen.

Mvh iben

Med venlig hilsen

Iben Mortensen  
Sundhedsfremmekonsulent  
22 88 80 18  
[im@rn.dk](mailto:im@rn.dk)

**Region Nordjylland**

Patientforløb og Økonomi  
Sundhedsplanlægning – Tværsektoriel Enhed  
Niels Bohrs vej 30  
9220 Aalborg Ø  
[www.rn.dk](http://www.rn.dk)



## NOTAT

# Region Nordjyllands høringssvar vedr. "Retningslinjer for svangreomsorg"

Region Nordjylland har modtaget Sundhedsstyrelsens udkast til "Retningslinjer for svangreomsorg". Nedenfor er Region Nordjyllands høringssvar, bestående af generelle kommentarer, kommentarer til nye initiativer i retningslinjerne og endelig nogle teksthævede kommentarer.

## **Generelle kommentarer til udkast til retningslinjer**

Først og fremmest er det bemærket, at der ikke som tidligere er tale om "anbefalinger", men i stedet om "retningslinjer". Det er uklart, hvilken betydning dette har. Er der tale om faglige retningslinjer der "skal" følges, eller faglige retningslinjer der "bør" følges?

Det er af stor betydning for Region Nordjylland, at der fortsat er plads til, at de nationale retningslinjer kan udmøntes i en lokal sammenhæng, hvor der er mulighed for at tage hensyn til lokale behov og forhold. Generelt er det regionens holdning, at nye bindende krav ift. indsatser og serviceniveau bør betyde tilførsel af midler via DUT-kompensation.

Regionen har noteret sig, at der i retningslinjerne er et stort fokus på det tværsektorielle samarbejde med kommunerne og at mange af initiativerne forudsætter fælles ansvar i forhold til implementering af sammenhængende tilbud indenfor graviditet, fødsel og barsel.

## **Kommentarer til nye initiativer i udkast til retningslinjer**

Der er i udkast til retningslinjer flere nye initiativer, der såfremt de skal gennemføres vil betyde, at der er behov for at fødselsområdet tilføres nye ressourcer – både i form af økonomi og fagpersonale, herunder særligt jordemødre. Dette er særligt gældende for det tværsektorielle samarbejde mellem fødselsområdet og kommunerne. Nedenfor er nævnt nogle af de væsentligste nye initiativer.

### Antal konsultationer til gravide

Det er positivt, at der lægges op til en differentieret indsats, således at ikke alle gravide får samme tilbud og at der prioriteres ressourcer til gravide, der er særligt udsatte og/eller sårbare. Det bemærkes dog, at der er tale om en udvidelse af antal konsultationer – både ift. det faste antal konsultationer og ift. flex-konsultationer til sårbare og udsatte gravide.

### Familie-barn-stuer

I forbindelse med barselsophold anbefaler Sundhedsstyrelsen, "...at et nyfødt barn kun indlægges

adskilt fra sin mor, hvor behandlingsmæssige grunde gør det nødvendigt.” og videre: ”Neonatalafdelingerne bør have ”familie-barn-stuer”...”. De to Neonatalafdelinger i Region Nordjylland har ikke i dag ”familie-barn-stuer”. Det nye Kvinde-barn-hus i Hjørring, som netop nu er ved at blive taget i brug, har familie-barn-stuer og Nyt Aalborg Universitetshospital, som forventes færdig i 2022/23, vil have familie-barn-stuer.

#### Hjemmebesøg af jordemoder

Der lægges op til at jordemoder foretager hjemmebesøg hos gravide, der ønsker at føde hjemme, hos gravide hvor man forventer en kompliceret graviditet samt hos sårbare og socialt udsatte gravide. Vedr. det sidste anbefaler Sundhedsstyrelsen, ”...at jordemoder og sundhedsplejerske tilbyder et tidligt fælles hjemmebesøg allerede i 2. trimester med henblik på at skabe tillidsfulde relationer...”. De tre fødesteder i Region Nordjylland tilbyder i dag hjemmebesøg til gravide, der ønsker at føde hjemme. Der tilbydes ikke hjemmebesøg til andre og etablering af sådanne hjemmebesøg vil kræve tilførsel af ressourcer.

#### Tværsektoriel samarbejde omkring sårbare og socialt udsatte gravide

Der lægges i udkast til retningslinjer op til et omfattende og tæt samarbejde mellem fødesteder og kommuner om sårbare og socialt udsatte gravide. Dette finder Region Nordjylland meget positivt, men det er væsentlig, at rammerne for dette samarbejde er brede, så der er mulighed for lokale løsninger. I Region Nordjylland er der i regi af sundhedsaftalesamarbejdet indgået samarbejdsaftaler med regionens 11 kommuner om udsatte gravide:

[https://rn.dk/-/media/Rn\\_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Den-Tv%C3%A6rsektorielle-Grundtafte/Forebyggelse/Samlet\\_-samarbejdsaftale-vedr-udsatte-gravide-juni-2017.ashx?la=da](https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Den-Tv%C3%A6rsektorielle-Grundtafte/Forebyggelse/Samlet_-samarbejdsaftale-vedr-udsatte-gravide-juni-2017.ashx?la=da)

Fra 1. januar 2018 er der implementeret en regional screeningssamtalen til alle gravide og dennes partner. Screeningssamtalen gennemføres ved første jordemoderkonsultation. Formålet er at sikre, at alle sårbare gravide opspores og gives de rette tilbud. De ca. 10% af de gravide, der vurderes særligt udsatte eller sårbare tilbydes en tværsektoriel teamsamtale af én times varighed. I teamsamtalen deltager den gravide og dennes partner, jordemoder samt sundhedsplejerske og evt. sagsbehandler fra kommunen. Der er indgået en rammeaftale for et tværsektorielt samarbejde mellem det enkelte jordemodercenter og den enkelte kommune. Her kan der etableres nye tværsektorielle tilbud til udsatte/sårbare gravide eller jordemoderområdet kan bidrage ind i eksisterende eller nye kommunale tilbud. Der er både fra regional og kommunal side afsat ressourcer til indsatser.

I udkast til retningslinjer er der bl.a. lagt op til:

- *”Kendt jordemoderordning”*
- Et tværfagligt team på hver obstetrisk afdeling. Her er nævnt at en sundhedsplejerske kan indgå.
- *”Det anbefales derfor at beskrive en tovholderfunktion...”* og videre *”Det anbefales derfor, at der udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson i enten region eller kommune, der fungerer som tovholder for samarbejdet mellem sundhedsvæsenets aktører...”*
- *”Tværfaglige netværksmøder, hvis medlemmer defineres lokalt.”*
- *”Særligt udviklet familie- og fødselsforberedelsestilbud, som tilbydes så tidligt som muligt...”*

Endvidere fremgår det i afsnit 3.2.3 at der kan indhentes oplysninger om den gravide gennem et standardiseret spørgeskema, som fremsendes elektronisk til den gravide sammen med indkaldelse til første jordemoderkonsultation. I Region Nordjylland anvendes en fælles regional interview-guide, som anvendes ved første jordemoderkonsultation.

Det er af afgørende betydning for Region Nordjylland, at de kommende retningslinjer kan rumme den nordjyske model og at regionen ikke skal foretage ændringer i et etableret og velfungerende samar-

bejde. Det er regionens holdning, at regionen i høj grad lever op til intentionerne i udkast til retningslinjer og at dette sker uden, at der nødvendigvis etableres f.eks. kendt jordemoderordning eller en tovholderfunktion for udsatte gravide.

#### Fødsels- og forældreforberedelse

Sundhedsstyrelsen anbefaler i udkast til retningslinjer, at fødeafdelinger og kommuner i samarbejde etablerer fødsels- og forældreforberedelse til gravide. Dette finder Region Nordjylland meget positivt, men det er væsentlig, at rammerne for dette samarbejde er brede, så der er mulighed for lokale løsninger. I Region Nordjylland er der i regi af sundhedsaftalesamarbejdet indgået supplerende samarbejdsaftaler med 10 af regionens 11 kommuner om forældreuddannelse (se eksempel nedenfor):

[https://rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/sundhedsaftalen-2015-2018/de-supplerende-aftaler/hjoerring-kommune-supplerende-aftale/-/media/Rn\\_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/De-supplerende-aftaler/Hj%C3%B8rring-Kommune/Bilag-1-Vedr\\_-d\\_-aftale-om-for%C3%A6ldrekursus.ashx](https://rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/sundhedsaftalen-2015-2018/de-supplerende-aftaler/hjoerring-kommune-supplerende-aftale/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/De-supplerende-aftaler/Hj%C3%B8rring-Kommune/Bilag-1-Vedr_-d_-aftale-om-for%C3%A6ldrekursus.ashx)

I regi af sundhedsaftalesamarbejdet er det aftalt, at alle kommuner etablerer en forældreuddannelse i samarbejde med regionens fødesteder. Status pt. er, at 10 ud af 11 kommuner har indgået supplerende samarbejdsaftale om dette – Læsø Kommune undtagen pga. det lave fødselstal.

De nuværende forældreuddannelser bliver udbudt af kommunerne og regionens jordemødre bidrager ind i forældreuddannelserne ved deltagelse i 4 kursusgange af 2 timer. Der eksisterer pt. forskellige koncepter for forældreuddannelse i Region Nordjylland, men fælles for dem er at:

- de udvikles i et tværsektorielt samarbejde mellem de kommunale sundhedstjenester og regionens fødesteder
- der er fokus på at fastholde de gravide i sektorovergangen mellem kommunernes og fødestedernes tilbud
- der skabes et sammenhængende forløb for gravide i Region Nordjylland

Af udkast til retningslinjer fremgår: *"Tilbuddet bør tilrettelægges som et tværfagligt tilbud med jordemoderen som gennemgående underviser for at sikre kontinuitet..."* og videre at: *"Alle inviteres til at deltage i fødsels- og forældreforberedende tilbud."* I Region Nordjylland er forældreuddannelse et tilbud til alle førstegangsfødende og ikke til alle. Endvidere fungerer jordemoderen ikke som en gennemgående underviser i hele forløbet. Nogle af kursusgange afvikles i fællesskab mellem sundhedsplejerske og jordemoder; andre afvikles af enten sundhedsplejerske eller jordemoder.

Såfremt tilbud om forældreuddannelse skal omfatte alle gravide, vil dette kræve at fødselsområdet tilføres ressourcer. Endvidere vil der skulle ske en omlægning af samarbejdet, hvis en jordemoder skal være gennemgående underviser. Dette vil også kræve tilførsel af ressourcer.

## **Tekstnære kommentarer**

Generelt er det problematisk, at retningslinjerne for håndtering af patologi i graviditeten bliver meget specifikke. Der fremkommer der hele tiden ny evidens, således at de kliniske retningslinjer løbende

må opdateres. Således vil de specifikke anbefalinger, som nu er i et stort omfang er i tråd med anbefalinger fra DSOG og DFMS formentlig snart være forældet.

#### **Vedr. 1.5.1 Udviklingen i fødselstallet**

S. 12. Her bør der bruges nyere tal og ikke tal fra 2015.

#### **Vedr. 2.2.1 Sundhedsplaner og specialeplanlægning:**

I afsnit 2 på side 20 anvendes termen "øvelse gør mester". Dette virker i sammenhængen forkert og malplaceret. Det bør stå på et evidens grundlag og ud fra bedst praksis.

#### **Vedr. 2.5.4. Sundhedsplejersken**

Her er beskrevet forskellige kommuners praksis. Sundhedsstyrelsens anbefalinger bør ikke være en beskrivelse af praksis, men være faglige anbefalinger. Der henvises til kapitel 4 for en beskrivelse af formålet med besøg af sundhedsplejerske til gravide. I kapitel 4 er der beskrevet formål med sundhedsplejerske besøg i hjemmet for niveau 3 og 4, men der ikke beskrevet, hvad formålet er med tilbud om hjemmebesøg af sundhedsplejerske til niveau 1 og 2. Dette bør fremgå, når der er tale om faglige anbefalinger, eller der bør skrives, at det er et servicetilbud nogle kommuner tilbyder.

#### **Vedr. Figur 3.2**

Kunne med fordel udvides med tilbud om barselsophold

#### **Vedr. 3.5 Indhold i konsultationerne**

SST anbefalinger af 1. og 2. trimester scanninger bør indsættes i skemaet på s. 35, så der vises et samlet overblik over den gravides grundforløb. Herved gives et mere retvisende billede af kontakter i graviditeten. Det bør ligeledes fremgå, at jordemoderkontakten i uge 15 er målrettet alle gravide med sårbarhed samt udfordringer i graviditeten.

I figur 3.3 er der en jordemoder kontakt i uge 31. I den senere tekst s. 42 skriver der uge 32. Det bør klart fremgå, hvilken uge der er tale om. Forhåbentlig uge 32.

Jordemoderkontakten i uge 29 er sat som en behovs konsultation. Denne konsultation er meget vigtig for alle gravide i forhold til afdækning af tegn på præmatur fødsel samt opsporing af præeklamps og væksthæmning hos fosteret. Det er præcis i uge 29, at ovenstående problematikker er mulige at afdække og derved få iværksat forebyggelse. Derfor kan uge 29 jordemoderkonsultationen ikke være en behovskonsultation.

Uge 35 konsultationen er for flergangsfødende sat som en flexkonsultation. Dette virker uhensigtsmæssigt, da også de flergangsfødende har behov for beslutningstagning i forhold til fødsel og i særdeleshed til barselsforløbet.

Figur 3.3. s. 35 og 36.

I uge 37 står at konsultationen ikke en del af grundforløbet. Dette er forkert, da kontakten er en del af grundforløbet.

Uge 41 er også en del af grundforløbet for de kvinder der ikke har født endnu.

I forhold til god opsporing af gravide med særlig sårbarhedsproblematikker og iværksættelse af intervention gøres der opmærksom på, at der i Region Nordjylland er iværksat en særlig indsats i regi af sundhedsaftale-samarbejdet. Alle gravide og deres partner tilbydes systematisk sårbarheds-screening ved første jordemoderbesøg. Ved fund af sårbarhed hos den gravide og/eller partner bliver parret tilbudt en teamsamtale ca. 4 uger senere med egen konsultations jordemoder og den kommende sundhedsplejerske. Ved teamsamtalen afdækkes og aftales en indsat målrettet parrets udfordringer. Denne indsats kunne gerne videreformidles her til inspiration for andre.



### 3.5.11 Jdm kons. – uge 41

Denne kontrol bør være en del af grund forløbet for de kvinder som endnu ikke har født.

Der står at den gravide henvises til pp-med senest ved 42+0. Dette er ikke i tråd med gældende klinisk praksis, hvor man anbefaler at den gravide sættes i gang senest 41+6/5 mhp at føde inden 42+0.

### Vedr. 6.3 Blodtryk:

Nogle anbefalinger er for detaljerede og man kommer f.eks. til at skrive, at alle gravide med blodtryk > 140/90 skal henvises til obstetrisk speciallæge. De faglige procedurer bliver udarbejdet i DSO regi og i regionale instruksudvalg. De faglige procedurer bør ikke også skrives ind i anbefalingerne, da disse ikke bliver opdateret som retningslinjer og instrukser. Dette er et generelt problem som også gælder i andre kapitler.

### Vedr. 6.5.1. Vaginaleksploration

Det giver ikke mening i anbefalinger at opremse, hvad der ikke er god praksis (f.eks. på s. 84). For tidlig fødsel kan ikke forudsiges ved rutinemæssig vaginaleksploration i løbet af graviditeten. I anbefalinger skrives det der anbefales.

### 8.20 Parvo-B19

Fakta box: Den gravide bør informeres om risikoen for føtal anæmi – som dog er en væsentlig og ikke sjælden komplikation til Parvo-B19 infektioner hos gravide.

### 8.22 Cytomegalovirus

Gravide med akut CMV infektion bør henvises til obstetriker mhp vurdering af fosterskader. Risikoen for føtale CNS skader er betydelig, som det også er anført i teksten. Serologisk undersøgelser er ikke rutinemæssigt indiceret - men anvendes i dag i kliniske praksis på indikationen maternelle symptomer og/eller føtale CNS misdannelser.

### 9.1.3. Blødning i graviditeten

Fakta box: Vaginal expl. bør undlades i 3. trimester. Dette gælder vel kun hvis der er mistanke om placenta prævia – eller hvis placentas placering er ukendt.

### Vedr. 9.2. Graviditetskvalme, opkastninger og hyperemesis gravidarum

Der bør rettes opmærksomhed på psyko-somatiske problemstillinger, som erfaringsmæssigt kan forværrer graviditetskvalmen.

I 4. afsnit på s. 123 står: "hvis der ikke er effekt af behandlingen eller PUQE score er < 13, anbefales det, at den gravide kvinde behandles i ambulant hospitalsregi." Dette er divergerende. Der bør stå ved PUQE score > 13 eller lig med og/eller hvis kvinden er dehydreret/ernæringstruet samt der er potentiel risiko for barnet - og ikke kan behandles med i.v.væske eller ernæring i hjemmet via egen læge (+ ex. akutteam).

### 9.6.2 Præeklamps

Der oplystes med bullets pt.er med øget risiko for præeklamps, og lige under denne liste står anført at disse pt.er hurtigst muligt skal henvises til obstetrisk afdeling mhp indikation for magnyl behandling. Listen indeholder adskillige risiko grupper, som ikke har væsentlig øget risiko for præeklamps – f.eks. første gangsfødende. Disse gravide skal ikke have profylaktisk magnyl og de skal ikke henvises til hurtig obstetrisk vurdering. Listen bør reduceres til de mest relevante risikogrupper. Og det skal anføres, at magnyl skal påbegyndes inden 16. uge.

### 9.8. Leverbetinget graviditetskløe

Det står anført at alle gravide med leverbetinget graviditetskløe skal kontrolleret levertal 2 uger post-partum. Dette er ikke i overensstemmelse med klinisk praksis, aktuelt foretages udelukkende post-partum kontrol af levertal hos gravide med meget høje galdesalte eller på anden måde et usædvanligt forløb.

### 9.10 Graviditas Prolongata

Det er væsentlig at fremhæve, at pp-med reducerer risikoen for intrauterin forsterdød og præeklampsi uden samtidig at øge anvendelsen af obstetriske interventioner som f.eks. sektio eller cup forløsning. Denne information er yderst vigtig – og bør præsenteres i samme afsnit. Aktuelt er informationen omkring fraværet af obstetriske interventioner flyttet helt ned i bunden af afsnittet. Det skal højere op, således at det bliver en aktiv del af argumentationen – og dermed også en del af informationen til den gravide med overbåren graviditet.

#### Vedr. 9.10. Overbårenhed (graviditas prolongata):

I afsnit 4 på s. 133: "Ved konsultation hos jordemoder i uge 39 indgår en samtale om de tilbud, parret vil blive præsenteret for ved graviditet ud over 40 uger, som uddybes ved en konsultation i starten af uge 41." Det er her uklart, at igangsættelse anbefales fra fulde 41 uger. Det kan misforstås, når man skriver i uge 41.

#### Vedr. 11.1 Generelt

I første dot under overskriften "Formål med sundhedsvæsenets indsats under fødsel er" står: "at sikre trygge forløb, uanset hvor og hvordan parret vælger at føde". Her bør ordet "vælger" undlades, da det signalerer frit valg i et omfang, der ikke matcher virkeligheden.

#### Vedr. 11.5 Hjemmefødsler:

På s. 155 anden linje står: "Kvinden bør så vidt muligt assisteres ved fødsel af en jordemoder hun kender." Dette vil kræve en meget ændret organisering af hjemmefødslerne i Danmark.

Mange afsnit har kilde henvisninger i kap. 11, men ikke ved hjemmefødsler på s. 155.

Det er bemærkelsesværdigt, at der ikke er valgt at indsætte evidensbaseret kilder omkring hjemmefødslers indflydelse på indgrebsfrekvens, sikkerhed mm.

Der kunne med fordel refereres til studiet <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537019301191?via%3Dihub> eller til og/eller denne metaanalyse <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub2/abstract>

#### Vedr. 13.5.2 Barselsperioden:

Lidt divergerende tekst s. 176 i forhold til skema med oversigt over tilbud i barselsperioden s. 181:

"...førstegangsfødende,.... eller har født hjemme..., tilbydes besøg i hjemmet af jordemoder dagen efter fødslen." "Fleregangsfødende..... eller har født hjemme..., kontakter jordemoderen familien dagen efter fødslen med henblik på at tilbyde råd og vejledning..."

Tilbud om hjemmebesøg, men i teksten 13.5.2 kan det læses, at ved fleregangsfødende kontaktes familien dagen efter, hvorimod der ved førstegangsfødende tilbydes besøg i hjemmet dagen efter.

I udkast til retningslinier anvendes niveau inddeling i graviditet, fødsel, men så benyttes niveau inddeling ikke så meget i barselsperioden – her er der mere fokus på psykiatriske diagnoser.

Der bør være mere konsekvens i anvendelse af niveau inddeling, som den anvendes i graviditeten. Sundhedsplejen og Familieafdelingen i kommunen anvender også dette begreb i forhold til planlægning af barseltilbuddet og indsatsen efterfølgende.



**From:** Ellen Aagaard Nøhr  
**Sent:** 3. februar 2020 23:50 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Høringssvar retningslinjer for svangreomsorgen

Kære Sundhedsstyrelse,  
Hermed fremsendes mit høringssvar til de nye retningslinjer for svangreomsorg.  
Hilsen  
Ellen Nøhr

=====  
Ellen Aagaard Nøhr, Professor & consultant midwife  
Institute of Clinical Research, University of Southern Denmark  
Department of Obstetrics & Gynecology, Odense University Hospital  
Sdr Boulevard 29, 5000 Odense C  
email: [eanohr@health.sdu.dk](mailto:eanohr@health.sdu.dk)  
=====



UNIVERSITY OF SOUTHERN DENMARK.DK

Sundhedsstyrelsen  
Att. Christine Brot  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Januar 2020

## **Høring over udkast til *Retningslinjer for svangreomsorgen***

*Høringssvar fra jordemoder og professor Ellen Aagaard Nøhr, Odense Universitetshospital / Syddansk Universitet.*

Sundhedsstyrelsen har udsendt *Retningslinjer for svangreomsorgen* til offentlig høring. Jeg vil gerne gratulere jer for et flot og meget grundigt arbejde, som afviger fra tidligere udgaver ved at være betydeligt mere underbygget med specifikke referencer og på et klart højere niveau, hvilket tiden også kræver. Jeg kan jo ikke trylle med ressourcerne i sundhedsvæsenet, som jo også bestemmer, hvordan disse retningslinjer er landet, men jeg har nogle få overordnede kommentarer, som følger nedenfor:

### Kapitel 1, Baggrund og principper for svangreomsorgen, 1.5.4 – Fødselsvægt:

Når I definerer høj fødselsvægt som en vægt over 4000 g, ja så bliver gruppen stor, ca. hvert femte drengbarn. Når I så efterfølgende taler om risici ved at have en høj fødselsvægt, kan det nemt forstås som om, at det handler om fødselsvægt allerede ved 4000 g. Det er altså at sygeliggøre noget ganske normalt her i Danmark, hvor vi altid har født mange børn med en fødselsvægt på mellem 4000 og 4200 g, og hvor denne fødselsvægt er nødvendig for, at disse børn kan nå deres genetiske potentiale. Jeg finder det derfor mere korrekt, i oplysningsøjemed, at fokusere på de rigtigt store børn med en fødselsvægt over 4500 g. Og faktisk er en høj fødselsvægt også godt for noget, det burde man også nævne.

### Kapitel 1, Baggrund og principper for svangreomsorgen, 1.5.6 – For tidlig fødsel:

Det er generende, at der ikke skelnes mellem spontane og iatrogrene (altså inducerede) præterme fødsler, hverken i den numeriske beskrivelse eller i gennemgang af risikofaktorer.

### Kapitel 1, Baggrund og principper for svangreomsorgen, 1.6.2 – Neonatal dødelighed:

I nævner, at den neonatale mortalitet er højere i Danmark end i de andre nordiske lande, men også, at den væsentlige årsag til neonatal mortalitet er død blandt ekstremt for tidlige børn. Faktisk, for at forstå disse tal bedre, er der blevet udført en specifik nordisk analyse fra det Finske 'Institutet for Helse og Velfærd', som er inkluderet i rapporten 'Nordisk Perinatal Statistik 2016'. Her viser de, på tal fra 2016, at Danmark, hvis man ser på neonatalt døde med et fødselsvægt på 1000 g eller mere, har lavere neonatal mortalitet end både Norge og Sverige (Antal/1000: Danmark 0,8; Finland 0,8; Island 0,5; Norge 0,9; Sverige 0,9). De tilsvarende tal (sv.t. dem I nu viser) for døde født uge 22 eller senere er: Danmark 1,8; Finland 1,3; Island 0,5; Norge 1,4; Sverige 1,5.

Dette indikerer, at vi måske har flere ekstremt for tidlige fødsler, hvor børnene overlever, og derefter dør, og det kan måske forklares af vores måde at håndtere præterm fødsler på. Jeg finder bare, at det kunne være godt at få meldt ud, at vi sandsynligvis gør det lige så godt som de andre. Alle er dødtrette af at læse det modsatte. Jeg har vedhæftet den finske rapport samt de statistiske tabeller, så I selv kan se disse tal, bemærk at den engelske version kommer efter den finske.

## Kapitel 2, Tilrettelæggelse af svangreomsorgen, 2,1 – 1. afsnit:

Her gøres rede for ansvarsroller ved graviditet og fødsel, bl.a. fremgår det, at 'Jordemoderen er sammen med den praktiserende læge den hovedansvarlige person, når det gælder den ukomplicerede graviditet' og at '..speciallægen i gynækologi og obstetrik har det overordnede faglige ansvar for komplicerede graviditeter og fødsler'. Når det er så vigtigt at understrege det sidstnævnte ansvarsforhold, må det være lige så vigtigt at understrege, at jordemoderen har ansvaret for den ukomplicerede fødsel. Derfor skal der ikke bare stå, at 'Jordemoderen varetager den ukomplicerede fødsel', men at 'Jordemoderen har ansvaret for og varetager den ukomplicerede fødsel'.

## Kapitel 5, Levevis og risikofaktorer af betydning for graviditeten.

### 5.5. Skadelige miljøstoffer.

Dette afsnit er alt for mangelfuldt og læner sig meget op ad Miljøstyrelsens anbefalinger, herunder deres pjece 'Gravid? Kend Kemien'. Det store problem er, at når Miljøstyrelsen (og efterfølgende her SST) overordnet lister skadelige stoffer, skelnes der ikke mellem, om de er potentielt skadelige for fostret eller 'bare' er almindelige skadelig for den gravide, uanset om hun er gravid eller ej. Dette gælder fx, når man fraråder den gravide at bruge parfume og farve sit hår. Der er ikke evidens overhovedet for, at disse stoffer skulle kunne skade fostret, men det øger kvindens risiko for selv at udvikle allergi, uanset om hun er gravid eller ej. Den gravide er villig til at gå meget langt for at undgå noget, der evt. kan skade hendes foster/barn, og det kan skabe meget angstelse hos hende, hvis hun har gjort noget, der evt. har skadet hendes barn. Derfor skal det helt klart fremgå, hvornår dette handler om hende selv, og hvornår det handler om hendes foster. Man finder også ud af dette, hvis man dykker langt nok ned i Miljøministeriets pjece, hvor de argumenterer for, at når lige præcis den gravide skal undgå at farve sit hår, når hun er gravid, er det fordi, at hvis hun skulle få en allergisk reaktion, ville det kunne være farligt for fostret. De angiver dog, at der ikke er nogen grund til at tro, at hendes risiko for at få en allergisk reaktion er større, når hun er gravid. Jeg finder det grænsende til det uetiske, hvis SST lader det stå i sin nuværende version. Desuden er dette noget, der kan irritere den uddannede gravide, som lynhurtigt gennemskuer denne form for paternalistisk rådgivning. Det værste udfald, og det er desværre set i forbindelse med anden lignende information, er, at de gravide mister tilliden til Sundhedsstyrelsens og de sundhedsprofessionelles råd og informationer. Jeg vil råde jer til at få dette afsnit omskrevet, så det fremgår, hvornår det handler om den gravide, og hvornår det handler om fostret. Ellers kan det få uheldige konsekvenser ud over dette specifikke afsnit.

### 5.7. Rygning

Det er virkeligt en stor skuffelse, at rygning og indsatsen mod rygning blandt gravide ikke har fået en større prioritet. Dette burde være en Gruppe 5! Rygning er klart den største, skadelige eksponering for fostret, som også er modificerbar i graviditeten. Der er stort set ikke det sundhedsaspekt hos barnet, som ikke er påvirket, evidensen er overvældende, og det burde være inkluderet som en højt prioriteret indsats at eliminere rygning, i første omgang nedsætte tallet til hvad man har opnået i andre lande. At man ikke engang har et ordentligt rygestoptilbud specifikt til de gravide er en skændsel for vores sundhedssystem. Der har måske ikke været

andet at gøre i den nuværende situation, men jeg vil virkeligt stærkt opfordre Sundhedsstyrelsen, regionerne og kommunerne til at opprioritere denne indsats.

Afslutningsvist vil jeg igen takke jer for det store stykke arbejde, der er blevet lagt i disse retningslinjer. Især er jeg imponeret over den kæmpe indsats som jordemødre, læger og embedsfolk ud over det ganske land har bidraget med, oftest oveni en travl klinisk hverdag. Selvom det må have været udfordrende at koordinere en sådan proces, sikrer det, at retningslinjerne har den fornødne kliniske relevans og er implementerbare.

Med venlig hilsen

Ellen Aagaard Nøhr,  
Professor og jordemoder  
Odense Universitetshospital / Syddansk Universitet

**From:** Jacob Holch  
**Sent:** 3. februar 2020 18:41 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen

Kære Sundhedsstyrelsen

Vedhæftet er Mødrehjælpens bemærkninger til høringsmaterialet om svangreomsorgen.

De bedste hilsner,

**Jacob Holch**  
Politisk konsulent

**Mødrehjælpen**  
Abel Cathrines Gade 13  
1654 København V  
Mobil: 61 30 59 62  
Mail: [jho@moedrehjaelpen.dk](mailto:jho@moedrehjaelpen.dk)  
[moedrehjaelpen.dk](http://moedrehjaelpen.dk)



## Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen

Mødrehjælpen vil gerne takke for muligheden for at afgive bemærkninger til "Retningslinjer for svangreomsorgen". Retningslinjerne udgør tilsammen et omfattende materiale, der beskriver rammerne for svangreomsorgen fra tidlig graviditet til fødsel og barsel. Mødrehjælpen har derfor valgt at afgive bemærkninger på udvalgte dele af retningslinjerne, der har særlig relevans for Mødrehjælpens målgrupper, samt en række generelle bemærkninger.

### Generelle bemærkninger

Da der er tale om *retningslinjer* og ikke bindende standarder, er der generelt høj grad af elasticitet i materialet og mange hensigter. Dette betyder, at regioner, kommuner og fødesteder vil implementere og efterleve retningslinjerne i varierende grad med både større og mindre lokale forskelle.

Mødrehjælpen mener, at ressourceknaphed og økonomisk nødprioritering i sundhedsvæsenet de senere år har betydet, at vilkårene for gravide og fødende har været udfordret på en række områder - og decideret for ringe i flere henseender. Med dette in mente frygter Mødrehjælpen, at retningslinjerne for svangreomsorgen trods deres mange gode hensigter og anbefalinger ikke er et stærkt nok styringsredskab til at sikre de bedst mulige forhold for gravide og fødende. Mødrehjælpen er derfor spændt på regeringens udmelding om at ville sikre førstegangsfødende minimum to døgn på hospitalet efter fødslen, hvilket vil influere på vilkårene for fødende og sætte et eksempel med nationale minimumsstandarder.

Mødrehjælpen er meget enig i – som det står i kapitel 1 – at svangreomsorgen har stor betydning for folkesundheden, og at særligt barnets første 1000 dage lægger fundamentet for barnets trivsel, udvikling og livschancer. Når fødselstallet ventes at stige de kommende år, er det særdeles vigtigt, at svangreomsorgen i alle aspekter tilføres de nødvendige ressourcer til at sikre gode, trygge forløb for alle familier. Flere og flere gravide og fødende benytter sig af private tilbud – f.eks. ekstra scanninger, fødselsforberedelse eller ophold på barselshotel, fordi de ikke finder de offentlige tilbud tilstrækkelige. Mødrehjælpen er bekymret over denne udvikling, da den skaber polarisering og særligt ringestillede familier vil ikke have mulighed for at tilkøbe sig disse ekstra ydelser. Målet må derfor være at skabe en svangreomsorg, der tilbyder det brede flertal af familier forløb af høj kvalitet. Mødrehjælpen mener, at dette formål kan være udfordret af mangel på ressourcer, hvilket kommer til udtryk i fødselsforberedelsen, forløbet hos jordemoder inden fødslen, de hænder der er til rådighed under fødslen og en god og tryk start for den nye familie, herunder tid på hospitalet og hjælp til amning. For at realisere målsætningerne om en universel svangreomsorg af højeste kvalitet bør forløbene, lokalt som nationalt, løbende monitoreres og understøttes med ressourcer, der hvor der er udfordringer.

## Specifikke bemærkninger

*Civilsamfundets rolle i svangreomsorgen:* I høringsmaterialet nævnes der flere steder mulighed for samarbejde med frivillige foreninger eller personer, blandt andet i kapitlet om Sårbare og socialt udsatte gravide. Dette er glædeligt, men Mødrehjælpen efterspørger en mere systematisk og grundigere beskrivelse af, hvordan og på hvilke områder civilsamfundet kan styrke svangreomsorgen. Der mangler i materialet en erkendelse af, at visse kompetencer er stærkere i civilsamfundet – herunder det relationelle, og at der derfor bør arbejdes med at inkorporere disse kompetencer i sammenhængende forløb for familierne. Der findes efterhånden flere stærke civile aktører, der henvender sig til forskellige målgrupper af gravide og småbørnsforældre, og disse aktørers kompetencer bør ideelt set komme flest muligt familier til gode og fungere i fuldt integreret sammenhæng med den offentlige svangreomsorg. Dette fokus mangler i retningslinjerne. Et eksempel på et godt og velintegreret samarbejde er Mødrehjælpens og Region Midtjyllands partnerskab i Aarhus, hvor alle gravide, der er inddelt på niveau 3, tilbydes et integreret forløb. Det integrerede forløb betyder, at den gravide og hendes partner kan få hjælp til alle dele af familielivet, der giver udfordringer, men kun møder én indgang til hjælpen. Andre eksempler kunne være Homestart eller Dansk Flygtningehjælps tilbud. Mødrehjælpen mener, at retningslinjerne i højere grad burde anspore regioner og kommuner til at integrere civilsamfundets tilbud med svangreomsorgen, der hvor det er relevant, hvilket i udkastet desværre er meget begrænset.

*Mulighed for åben, anonym rådgivning:* Flere steder i materialet beskrives det, at tillid er en meget væsentlig faktor mellem den gravide / småbørnsforældren og sundhedspersonalet. Der nævnes flere eksempler, hvor tilliden kan være udfordret, f.eks. hvis den gravide har dårligere erfaringer med det offentlige system eller har psykiske vanskeligheder. Mødrehjælpen mener, det vil være relevant, hvis sundhedspersonalet i disse tilfælde er opmærksomme på og henviser til muligheden for åben, anonym rådgivning, der blandt andre tilbydes af Mødrehjælpen. For sårbare familier, der af den ene eller anden årsag har svært ved at åbne op over for sundhedspersoner i det offentlige sundhedsvæsen, vil en anonym rådgivning kunne være med til at hjælpe den gravide / familien med de udfordringer, de står med og samtidig afmontere fordomme og barrierer for en tillidsfuld relation til det offentlige system. Information om åben, anonym rådgivning gives i dag – desværre kun sporadisk - fra praktiserende eller behandlende læge ved tvivl om eller andre spørgsmål relateret til abort, men informationen bør også gives ved andre typer af udfordringer i familielivet både før og efter fødslen.

*Skjult graviditet:* I kapitel 4 berøres problematikken omkring sent erkendt graviditet, men retningslinjerne berører ikke i øvrigt, hvordan svangreomsorgen skal tage hånd om gravide, der af forskellige årsager, bevidst eller ubevidst, skjuler deres graviditet. VIVE har i 2019 kortlagt omfanget af skjult graviditet i Danmark og finder noget overraskende, at op mod 100 kvinder årligt skjuler deres graviditet for sundhedsvæsenet<sup>1</sup>. Mødrehjælpen finder, at retningslinjerne bør indeholde beskrivelser af procedurer og rammer for de kvinder, der i Danmark skjuler deres graviditet, men som kommer i berøring med svangreomsorgen på et tidspunkt, f.eks. ved fødsel. Mødrehjælpen er bekymret for, hvorvidt de berørte kvinder og deres børn får den rette hjælp, der skal have til formål at sikre både kvindens og barnets sundhed og trivsel.

*Vold i familien:* Mødrehjælpen er meget positiv over for, at retningslinjerne behandler vold i familien som særskilt emne. Vold i nære relationer er et massivt problem i Danmark og alt for mange – særligt kvinder – er udsat for fysisk og psykisk vold fra deres partner med massive følger, men får ikke tilstrækkelig hjælp til at bryde ud af volden. Vold mod gravide er en overset problematik, og det er indlysende at der både for moren og barnets skyld bør sættes forebyggende ind. For at kunne efterleve intentionerne i retningslinjerne kræver det, at sundhedspersonalet, der møder den voldsudsatte, er klædt fagligt på til at identificere og opspore volden, da den voldsudsatte sjældent vil åbne op for voldshistorien uden en stærk grad af tillid. Uddannelse af sundhedspersonen om volden i familien er

<sup>1</sup> <https://www.vive.dk/da/udgivelser/skjult-graviditet-14424/>

derfor afgørende for en højere grad af opsporing og iværksættelse af hjælp til voldsudsatte. Samtidig kræver bedre hjælp til voldsudsatte gravide, at der er de rette tilbud til stede. Retningslinjerne beskriver en række handlemuligheder, men det er i praksis vanskeligt for sundhedspersonen at henvise til den rette hjælp, da der mange steder i landet ikke er tilbud, der imødeser alle målgrupper.

*Inddragelse af fædre i svangreomsorgen:* Mødrehjælpen savner et mere systematisk fokus i materialet på, hvordan inddragelse og deltagelse af fædre i svangreomsorgen øges. Fædre nævnes sporadisk gennem materialet, men det bør ekspliciteres, hvordan sundhedspersonalet motiverer fædre til deltagelse i diverse tilbud under graviditeten, hvordan fædre bedre kan føle sig hørt og set i mødet med svangreomsorgen, hvordan sundhedspersonalet motiverer til brug af fædrebarsel og hvordan tilknytningen mellem barnet og faderen bedst muligt understøttes. Mødrehjælpen mener, at disse emner er særligt relevante for sårbare og mindre ressourcestærke familier, hvor det er vores erfaring, at traditionelle kønsmønstre i endnu højere grad kommer til udtryk under graviditeten og i barnets tidlige leveår.

*Fødselsdepressioner:* Mødrehjælpen savner en mere tydelig anbefaling i form af, at alle gravide og deres partnere skal screenes for symptomer på fødselsdepression og tilbydes relevant behandling. Dette sikres ved, at sundhedspersonalet under graviditeten er i kontakt med både mor og far, samt at der anvendes relevant screeningsværktøj. Desværre overses mange fødselsdepressioner og mange gravide og småbørnsforældre modtager ikke et relevant tilbud.

Spørgsmål til bemærkningerne til høringsmaterialet om svangreomsorgen kan stiles til politisk konsulent Jacob Holch via e-mail [jho@moedrehjaelpen.dk](mailto:jho@moedrehjaelpen.dk) eller telefon 61305962.

**From:** Anne-Mette Schroll  
**Sent:** 3. februar 2020 17:40 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot; Lis Munk  
**Subject:** 'Besvarelse af høringsmateriale om Svangreomsorgen', fra Jordemoderforeningen

Til Sundhedsstyrelsen

Jordemoderforeningen takker for det fremsendte høringsmateriale over 'Høringsudkast Retningslinjer for Svangreomsorgen'.

Vedhæftet finder I vores kommentarer til høringsudkastet.

Vi står naturligvis til rådighed for uddybning af vores kommentarer.

Med venlig hilsen,  
på vegne af Lis Munk, formand for Jordemoderforeningen,

Anne-Mette Schroll  
Forsknings- og udviklingskonsulent  
Sankt Annæ Plads 30  
1250 København K  
Telefonnummer +45 46 95 34 00  
Direkte telefon +45 46 95 34 03





Att.  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

København, den 3. februar 2020

## Vedrørende 'Besvarelse af høringsmateriale om Svangreomsorgen'

### Høringssvar fra Jordemoderforeningen

Vi har fra Sundhedsstyrelsen modtaget høringsmaterialet over udkast til Retningslinjer for Svangreomsorgen. Vi vil gerne først og fremmest takke for det store arbejde, der er gået forud, og for et omfattende dokument, der overordnet fremstår langt mere uddybende, og som på mange af de behandlede områder hviler på et bredere funderet evidensniveau, end de foregående anbefalinger. Dette styrker kvaliteten af dokumentet.

Vi har forinden udarbejdelsen af vores høringssvar indhentet kommentarer fra Jordemoderforeningens medlemmer, og de svar, vi har modtaget, er i høj grad indarbejdet i nærværende høringssvar.

Vores høringssvar fremstår i to dele; en indledningsvis del, der lægger vægt på nogle overordnede betragtninger og en detaillert del, der rummer en tekstnær gennemgang.

### Overordnede betragtninger

#### *Begrebet svangreomsorg, og svangreomsorgens kontekstuelle placering*

Betegnelsen **"svangreomsorg"** anvendes som et samlet begreb for **sundhedsvæsenets indsats** i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Det synes at være formålstjenligt at beskrive ansvarsområder i forhold til de forskellige sektorer og samarbejdspartneres ansvar i forbindelse med graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse. De tiltag, der måtte sættes i gang i forbindelse med den prækonceptionelle samtale, graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse bør følges op i relevante regi udenfor svangreomsorgens område. Dette for at sikre gode kvindelig og familieliv.

Opmærksomheden bør være på behandlings- og forløbsansvar, dvs. at der er tale om en borger (i kommunalt regi) som bliver gravid, og derfor bliver henvist til regionale tilbud (via de sundhedsfaglige tilbud i svangreomsorgen) i en kort periode. Men den gravide er hele tiden borger. Det kan også være kvinder i behandling i psykiatrien/ smertecentrene eller andre stede, som bliver gravide. Det er vigtigt at pointere, at behandlingsansvaret for grundlæggende sygdomme/ udfordringer beholdes – og at svangreomsorgen ikke nødvendigvis bliver omdrejningspunktet for al behandling. Er det muligt at udarbejde en præcisering af dette indledningsvist i retningslinjerne ind?

Det undrer, at der i dokumentet nævnes specifikke aktører udenfor sundhedsvæsenet med navn, eksempelvis Mødrehjælpen og Landsforeningen for Udviklingshæmmede samt specifikke afdelinger i kommunerne, som svangreomsorgen normalt ikke samarbejder med fx Arbejdsmarkedsafdelingen. Det skønnes hensigtsmæssigt, at der laves en begrebsafklaring på væsentlige begreber så som "sårbarhed", "udsatte gravide", "sårbare gravide", "tilknytningsproces", "barnets tarv" etc. I forhold til svangreomsorgen, hvornår er man så "udsat"? Hvornår er man "sårbar"?

### *Fra anbefaling til retningslinje*

I tidligere udgivelser har dokumentet fremstået som anbefalinger. I denne version har Sundhedsstyrelsen valgt at ændre status fra en anbefaling til en retningslinje. Taksonomisk finder vi, at en retningslinje har mere tyngde end en anbefaling; man er i højere grad forpligtet til at efterkomme en retningslinje end en anbefaling. Dette finder vi er overordnet positivt.

Vi ser dog, at der også kan være en skjult problemstilling i dette, da et enkelt eller relativt få dokumenter naturligvis har svært ved at rumme samtlige områder indenfor svangreomsorgen, og spørgsmålet derfor bliver, hvorledes man forholder sig til områder, der ikke er dækket af retningslinjerne (eller hvor nyere evidens understøtter ændrede behandlingstiltag). Det nævnes eksempelvis i en fodnote på side 22, at 'anbefalingerne retter sig primært mod regionalt ansatte jordemødre', men gælder denne fodnote kun det her refererede, eller gælder den for hele dokumentet. Dele af dokumentet er fx ikke replicerbart for privatpraktiserende jordemødre.

Vi opfordrer til, at man indledningsvist beskriver sine bevæggrunde for at have ændret taksonomi, og hvilke følger, dette afstedkommer. Desuden er der flere steder i teksten, hvor man fortsat bruger betegnelse 'anbefaling' (fx i ovennævnte fodnote), hvilket vi opfordrer til, vil blive konsekvensrettet.

### *Den prækonceptionelle indsats*

Som det tydeligt afspejles adskillige steder i dokumentet, bør den sundhedsfremmende indsats i svangreomsorgen initieres allerede inden kvinder bliver gravid. Derfor støtter vi i høj grad, at man i retningslinjerne så tydeligt indskriver behovet for den prækonceptionelle rådgivning. Jordemødre har stærke kundskaber indenfor den sundhedsfremmende samtale, hvorfor vi tænker, at man med fordel vil kunne anvende jordemødrenes kompetencer på dette område, i samarbejde med de praktiserende læger.

Vi erkender, at dette er et område under kraftig udvikling, og at der endnu ikke eksisterer evalueringer af sådanne initiativer. Vi vil derfor gerne opfordre til, at det indskrives, at denne ordning bør evalueres indenfor en given tidsperiode.

Endeligt synes den prækonceptionelle rådgivning til tider at have et stærkt ensidigt kønsligt fokus, idet ordningen i høj grad synes at være målrettet de unge kvinder. Vi håber, at dette adresseres i den endelige version, så den unge mands rolle i forhold til de sundhedsmæssige forudsætninger for fertilitet og familiens sundhed medinddrages.

### *Risikovurdering og fosterdiagnostik*

I udkastet til Sundhedsstyrelsens retningslinjer omtales risikovurdering og fosterdiagnostik meget sparsomt. Det er derfor ikke tydeligt, hvilken sammenhæng der er mellem Sundhedsstyrelsens retningslinjer for fosterdiagnostik og hhv. alment praktiserende læges og jordemødres opgave i forbindelse med information om risikovurdering og fosterdiagnostik til gravide.

Vi har i Jordemoderforeningen modtaget et meget fyldestgørende svar vedrørende denne del. Det er vedhæftet som bilag 1.

### *Den tidlige indsats i graviditeten*

Vi noterer os med glæde, at dokumentet i langt højere grad end tidligere understøtter en tidlig indsats i svangreomsorgen. Det giver en langt større mulighed for at styrke den sundhedsfremmende indsats og forebygge en række komplikationer for både den gravide kvinde og foster/barn – og den samlede familie. Og det styrker muligheden for at mindske uligheden i sundheden og konsekvenserne heraf.

### *Betegnelsen 'fødested'*

Der er i dokumentet ikke overensstemmelse i forhold til betegnelsen af det sted, som kvinden vælger at føde. Overordnet betragtet er 'fødested' det sted, kvinden føder, hvilket kan være på hospital, på fødeklínik, i kvindens hjem, i et sommerhus mv.

Der savnes entydighed i betegnelsen af fødested, hvilket bør præciseres og tilrettes herefter.

Eksempelvis har man i figur 3.2 valgt at bruge betegnelsen 'obstetrisk afdeling', hvilket ikke er en korrekt betegnelse, hvis kvinden fx er tilknyttet en kendt jordemoderordning, som varetager hjemmefødsler, og hvor kvindens svangreomsorg varetages i kvindens hjem.

Der er et opgør med tidligere tiders anbefalinger om at holde raske og ukomplicerede gravide i primærsektoren – tidligere har egen læge visiteret til jordemoderpraksis/jordemoderleder – der har viderevisiteret de komplicerede gravide til specialafdeling – dette for at sikre at de ukomplicerede gravide ikke overbehandles i sygehus regi. Der bør derfor i diagrammet på side 32 stå jordemoderpraksis i stedet for obstetrisk afdeling i den lyseblå boks. En kasse med obstetrisk afdeling bør i stedet indsættes over de 3 mørkeblå bokse med niveau 2-3-4 gravide (og under kassen med jordemoderpraksis). Det bør ligeledes rettes i figur 3.2 på side 34.

### *Det juridiske område*

Det hilses velkomment, at der lægges op til styrket tværsektorielt samarbejde. Det vil kræve vilje og ressourcer både på det sundhedsfaglige, det socialfaglige, det psykiatriske og de praktiserende lægers områder at kunne agere efter hensigten i disse retningslinjer. Det vil forde muligheder for mere og hyppigere kommunikation og ofte enighed på tværs af, hvilke ansvarsområder, de enkelte involverede bestrider.

Der er flere steder i dokumentet, hvor den juridiske arena ikke synes at være afstemt i forhold til et så omfattende tværsektorielt samarbejde (se uddybning i de tekstenære kommentarer). Det ønskes, at det juridiske område undersøges og beskrives i forhold til det nævnte, så medarbejdere i front ikke skal forsøge at afklare en kompleks juridisk arena.

### *Risikodomineret sprogbrug*

Særligt dokumentets første kapitler rummer et stærkt fokus på risiko (for uddybende eksempler, se bilag 2). Langt de fleste graviditeter og fødsler forløber uden alvorlige komplikationer.

Omdrejningspunktet for disse forløb vil være at styrke kvinden/parrets egne ressourcer og hvis muligt at fremme sundheden for den gravide/partneren og deres foster/barn/børn. Det bør derfor også vægtes som et generelt aspekt i særligt kapitel 2 at indtænke det sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende aspekt i den skriftlige fremstilling.

### *Om betegnelsen 'gravid', og far/partner*

Den gravide kvinde bliver i dokumentet generelt omtalt som 'den gravide'. Vi finder, at der her er tale om en objektivisering af kvinden, som ikke er ønskelig. Er det et bevidst valg fra Sundhedsstyrelsen for at imødekomme, at personer ikke nødvendigvis identificerer sig som kvinder, mener vi, at dette bør italesættes, ligesom et afsnit om LGBTQ+ personer, og håndteringen af eventuelle problemstillinger relateret til dette, mangler i dokumentet.

Høringsudkastet udmærker sig ved i langt højere grad end tidligere at have taget højde for de mange forskellige familiekonstellationer i dagens Danmark, og det er glædeligt, at det i højere grad tænkes ind, at der kan være tale om enten en far eller en partner som medforælder. Det er dog ikke alle steder, at der er konsekvens i betegnelsen, ligesom det kan diskuteres, om man skal nøjes med at skrive

partner/medforælder. Vi finder, at det under alle omstændigheder vil være gavnligt, hvis retningslinjen indeholdt et afsnit, som tilkendegiver, på hvilken baggrund, man har valgt sin formulering, og hvorfor man nogle gange vælger at afvige fra den.

### *'Patienten i centrum'*

Det fremgår flere steder, at man skal sikre at inddrage kvinden/forældrene – og deres perspektiv (eksempelvis side 35). Al den stund at kvinden/parret/forældrene er de centrale aktører i svangreomsorgen, er det en til tider lidt misvisende formulering. Vi foreslår, at man anvender et sprogbrug, der understøtter Sundhedsministeriets vision om at sætte 'patienten i centrum'.

### *En sundhedsmæssig vægtning med stærkt fokus på alene kvindens sundhed*

Dokumentet italesætter et stærkt fokus på kvindens sundhed/sygdom og på, at personalet skal agere sundhedsfremmende/-forebyggende i forhold til kvinden. Enkelte steder adresseres manden/partnerens betydning også i denne sammenhæng, men omdrejningspunktet er kvinden (hvilket også i mange tilfælde er naturligt, da det jo er hende, der er gravid). Sundhed er dog i høj grad afhængig af familiære processer, og man skal holde sig for øje, at man med et stærkt fokus på kvinden risikerer at gøre hende eneansvarlig for hele familiens sundhed, hvilket kan være en stor byrde at pålægge kvinden. I det omfang det er muligt, bør det pointeres, at der er tale om et fælles anliggende.

For eksempler på passager, hvor der med fordel kunne lægges vægt på både kvinden og manden/partnerens sundhed, se bilag 3

### *Jordemoderens rolle ved den komplekse/komplicerede graviditet/fødsel*

Jordemoderen har det faglige ansvar for kvinden med den ukomplicerede graviditet og den ukomplicerede fødsel. Ved mistanke om potentielle komplikationer henviser hun til obstetriker, men jordemoderen varetager fortsat en stor del af svangre/fødsels- og barselsomsorgen for kvinden/parret/familien i tæt samarbejde med obstetrikere.

I en del fødsler varetages omsorgen for kvinden tillige alene af jordemoderen i tæt faglig sparring med en klinisk jordemoderspecialist ud fra det pågældende fødesteds retningslinjer og udstedte bemyndigelse, under speciallægens ansvar, men uden at obstetrikere nødvendigvis er til stede.

Jordemoderen yder tillige for mange gravide kvinder en vigtig rolle i forhold til fastholdelsen af normaliteten i en ellers kompliceret graviditet.

Vi mangler, at disse aspekter kommer til udtryk i retningslinjerne - særligt i kapitel 2.

### *Om brugen af referencer*

Dokumentet er væsentligt styrket i forhold til tidligere versioner, idet der i langt højere grad er knyttet referencer til de udsagn, der anføres, end tidligere set.

Der er dog alligevel meget forskellige brug af referencer i dokumentet, hvilket bør konsekvensrettes. Flere steder benyttes referencer i form af guidelines. Vi anbefaler, at man generelt henviser til primære forskningsartikler.

Der er fortsat flere afsnit, hvor der er så få referencer, at dokumentet ikke fremstår som et fagligt dokument fra en national styrelse.

Af de tekstnære kommentarer fremkommer eksempler, hvor i dokumentet, der mangler referencer.

### *Specifikt vedrørende afsnittet 9.10. Overbårenhed*

Vi er blevet oplyst om, at dette afsnit har undergået en del ændringer i forhold til det arbejde, der blev leveret fra den pågældende tværfaglige arbejdsgruppes side. Det drejer sig om ændringer, der ikke blot er



relateret til rent retoriske aspekter, men ændringer, der berører centrale dele af varetagelsen af omsorgen for gravide kvinder, der passerer terminsdato. Vi står undrende over for, at dette ikke er blevet konfereret med den samlede arbejdsgruppe, der har leveret et indhold, som gruppen er nået frem til i fællesskab.

Der anvendes gamle tal omkring dødeligheden i uge 42. Det er afgørende at tallene er nyere, eftersom dødelighed er faldende i alle gestationsuger (incl. uge 42). Tal fra det danske medicinske fødselsregister har over de sidste mange år vist en dødelighed på <1:1000 i uge 40, 41 og 42. Den er altså ikke stigende, som indskrevet i dokumentet. Den lave dødelighed kan skyldes mange forskellige forbedrede muligheder for identifikation af risiko gravide og fostre, teknologiske muligheder mm. (Zeitlin 2018, Grytten 2018). Der mangler kilder på gravide med høj alder og svær overvægt, og det foreslås, at der også indsættes referencer vedrørende socialt udsatte kvinder og kvinder med anden etnicitet (Flenady 2016, Christensen & Villadsen 2016)

Nyeste tal for igangsættelser er fra eSundhed.dk (2018), svarende til 24%

Det giver ikke mening at præsentere fald i dødelighed fra GA 37+0 eftersom afsnittet handler om overbårenhed (dva graviditet efter GA 42+0). Nyt dansk studie kan vise, at perinatal død fra uge 41+3 og fremefter er faldet fra 3,3 i år 2000 til 0,9 i år 2009. Siden har den været rimelig konstant (Rydahl & Declercq 2019). På eSundhed kan lignende tal fra 41+ hentes. Faldet i antal børn født med cerebral parese synes ikke relevant at inddrage her, da Hedegaard et al studiet ikke omhandler overbårne børn, men nyfødte fra uge 37. Hvis det forholder sig sådan at vi har et fald i cerebral parese efter terminen, må dette anskueliggøres og relevant kilde benyttes.

Der gøres opmærksom på både fordele og ulemper vedrørende igangsætte - og der oplyses relevante risici ved overbårenhed. Men der er intet afsnit om risici ved igangsættelse på overbårenhed. Her henvises kort til DSOG som kilde til "ingen øget frekvens af instrumentelle forløsninger og ofte lidt længere fødselsforløb". DSOG er ikke en primær kilde, hvorfor det anbefales at henvise til primær litteratur i denne sammenhæng. Af bivirkninger til igangsættelse skal nævnes mekonium i fostervandet ( $\geq 10\%$ ), vestorm ( $\geq 1-10\%$ ), blødning efter fødslen ( $\geq 10\%$ ), lav apgar score ( $\geq 1-10\%$ ), kejsersnit, lynfødsel, chorioamnionitis samt i sjældne tilfælde også bristet livmoder og placentalskævelse (Cheng 2012, Heimstad 2007, Rydahl & Eriksen 2019, Rydahl & Declercq 2019). Endvidere bør det nævnes, at man ud fra produktresumet fra Augusta anbefales at være hospitaliseret og overvåget under igangsættelse (Produktresumet Augusta og Syntocinon). Et nyt dansk studie viser desuden, at indførelse af rutinemæssige igangsættelser 41+3 ikke har ændret ved den i forvejen lave dødelighed (Rydahl & Declercq 2019).

Vi foreslår, at man – hvis indholdet ikke ændres til det, der er opnået fælles aftale om i arbejdsgruppen – fjerner dette afsnit fra anbefalingerne, indtil en tværfaglig arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen har haft mulighed for at udarbejde en national klinisk retningslinje på området.

### **Valg af fødested**

*Valg af fødested* er taget ud af dokumentet – det er uhensigtsmæssige særligt set i lyset af, at det i de tidligere anbefalinger om valg af fødested var kort og præcist beskrevet. Der er en stor forhåbning om at det genskriveres med en kort tekst, der bygger på de overordnede principper i svangreomsorgen om lighed i sundhed, en helhedsorienteret tilgang, familiecenteret, evidensbaseret, medinddragelse og en naturlig livsproces.

## Tekstnær gennemgang

Side, linje	Tekst	Kommentar
<b>Kapitel 1</b>		
7	Øge sundhedskompetencerne hos kommende forældre	Kompetencerne skal ikke alene øges, der ligger også et potentiale i at <i>styrkes</i> dem hos dem, der i forvejen har kompetencerne.
7	Graviditet, fødsel, og barsel er en livsperiode med stort potentiale for personlig vækst for begge de kommende forældre.	Slet 'begge'.
7	Formålet med svangreomsorgen er således at bidrage til at øge folkesundheden i Danmark ved at: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnet fødes raskt med størst mulig sundhedspotentiale</li> <li>• Kvindens helbred varetages i hele forløbet</li> <li>• Understøtte en sund og stærk familiedannelse</li> <li>• Øge sundhedskompetencerne hos kommende forældre</li> </ul>	Kunne den præ-konceptionelle omsorg nævnes her? Eksempelvis under afsnittet "kvindens helbred varetages i hele forløbet før, under og efter graviditet og fødsel.
8	<b>Helhedsorienteret tilgang</b> Svangreomsorgen skal bygge på en helhedsorienteret tilgang ud fra flere perspektiver. Indsatsen rummer tids-perspektivet fra før, til under, til efter fødslen og omfatter både det fysiske, psykiske og sociale perspektiv. Der skal tilbydes et sammenhængende forløb på tværs af fagligheder og sektorer og med hele den kommende familie i fokus.	Der bør tilføjes... "Indsatsen rummer tidsperspektivet fra før, under, efter <b>graviditet</b> og fødsel..."
8	Individuelle valg skal respekteres under hensyntagen til mors og barns helbred	Det er vanskeligt at forstå, hvad der egentligt menes med denne sætning. Den rummer i nærværende formulering en risiko for, at man kan intervenere mod kvindens ønske, for fosterets helbreds skyld. Dette er der ikke præcedens for i

		Danmark, og det er ikke en retning, Jordemoderforeningen kan støtte op om. Kvindens autonomi og ret til at bestemme over egen krop må altid komme i første række.
8 & 9	<p><b>Familiecentreret omsorg</b></p> <p>En familiecentreret omsorg som et bærende princip i svangreomsorgens tilbud betyder bl.a., at alle typer familier skal føle sig velkomne; at den kommende far/ den gravides partner inddrages i svangreundersøgelserne og andre tilbud; at der er eller udvikles særlige tilbud målrettet begge forældre...</p>	<p>Det hilses meget velkomment med Familiecentreret omsorg, hvilket der, som tidligere nævnt, også bør indarbejdes gennem dokumentet, fremfor den nuværende fokus på kvindens sundhed og livsstil alene. Der bør dog arbejdes lovgivningsmæssigt på, at det bliver muligt at føre journaloptegnelser på far/partner under svangreforløbet. I nogle tilfælde (især svære sager), hvor der har været tæt kontakt og vigtige samtaler med parret om forældreskabet i graviditeten (eksempelvis med jordemoder og læge/socialrådgiver), og hvor parret så under graviditeten går fra hinanden, kan der opstå udfordringer i forhold til journalisering, når far/partner til barnet fortsat ønsker samtaler med jordemoder/socialrådgiver om hans/hendes rolle i forløbet til det kommende barn. Vi kan ikke journalføre samtaler med far/partner i graviditeten, når parret ikke længere er sammen. Og det er svært moralsk at afvise samtaler med en far/partner, som der allerede har været dybe samtaler med (blot sammen med moderen til barnet) fordi han/hun nu er alene. Vi kan henvise til andre regi i kommunen, men det kan virke svært i praksis. Det kan være svært at nævne en "far/partner" uden navn i journalen, da partnere sommetider skiftes ud i løbet af graviditeten. Endvidere findes mange forskellige familiekonstellationer i dag.</p>
9	Desuden kan opsporing af evt. misbrug, voldsaffekt, mm...	<p>Det anbefales at ordet "<b>misbrug</b>" ændres til ordet "<b>skadeligt forbrug</b> af alkohol eller rusmidler". En person som har et forbrug af rusmidler vil ikke altid mene, at der er tale om et "misbrug". Derudover er et forbrug af alkohol og/eller andre rusmidler fosterskadeligt selv i et mindre omfang.</p>
13, afsnit 1.5.6	Tal vedrørende præterm fødsel	Der er faktisk overraskende lille forskel

	fordelt på social gradient	mellem kvartilerne. Er der eksempelvis korrigeret for BMI og rygerstatus?
14, afsnit 1.6	Tal vedrørende perinatal dødelighed	Der er grund til at tro, at der sker en systematisk fejlregistrering i forhold til den perinatale mortalitet, idet der især synes at være en særlig – og uventet – stor forekomst ved de ekstremt for tidlig fødte. Det fører til, at vi i Danmark kan fremstå som havende en højere perinatal mortalitet end de lande, vi normalt sammenligner os med, uden at dette er tilfældet. Der pågår pt. et arbejde i Sundhedsdatastyrelsen med at undersøge registreringen nærmere. Vi henstiller til, at man kontakter Sundhedsdatastyrelsen omkring dette.
11, linje 13-14		Der bør stå ”et godt samlet graviditets-, fødsels- og BARSELSforløb”
11, sidste afsnit		Her bør det fremgå, at familien ifølge lovgivningen også skal præsenteres for og informeres om alternativerne til standard-praksis.
12, første linje	’Beslutninger om afvigelser’ ... ’bør noteres i journalen’	Alle ’særlige’ beslutninger noteres vel i journalen, hvorfor fremhæves dette specifikt? Fjern evt. hele sætningen eller ordet ’bør’. Alternativt kan indsættes en reference til journalføringsbekendtgørelsen.
13, første afsnit	Vedrørende udviklingen indenfor fødselsvægt	Taler vi om, at fødselsvægt > 4000 gr er problematisk? Hvad er ’store børn’ og ’høj fødselsvægt’? Ved hvilken størrelse børn gælder de nævnte risici? (samme s. 67) Der savnes referencer, og specificering af referenceramme for normal fødselsvægt og konkrete risici.
15, afsnit 1.7.1	Migranter fra ikke-vestlige lande	Det er i klinisk praksis en usikkerhed i hvordan udokumenterede borgere skal behandles i forhold til sundhedsydelse. Retningslinjerne mangler en beskrivelse af, hvorledes man understøtter svangreomsorgen for udokumenterede immigranter, eller for gravide kvinder, der har en pågående familiesammenføringssags, men endnu ikke har et CPR-nummer Vi er blevet oplyst fra arbejdsgruppens

		side, at der blev udarbejdet en god beskrivelse af netop dette emne i det udkast der blev lavet af arbejdsgrupperne.
15, sidste sætning		Lang og knudret sætning. Hvorfor fremhæves indsatsen efter fødslen specifikt. Bør man ikke også her fremhæve og anbefale en særlig og forebyggende indsats i løbet af graviditeten? 'Søge at fremme deres deltagelse' omformuler til 'støtte til deltagelse'.
<b>Kapitel 2</b>		
19	<p>Gravide er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om <b>frit sygehusvalg</b> (§ 86). Særlige forhold vedr. graviditet, fødsel eller barn kan betyde, at den fødende skal visiteres til fødsel på sygehus med specialfunktion. Regionen har pligt til at yde forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder og jordemoderhjælp, hvis kvinden ønsker at føde i hjemmet jfr. sundhedslovens § 83.</p> <p>Og</p> <p>Udgangspunktet for Sundhedsstyrelsens rådgivning og nærværende anbefalinger er jf. sundhedslovens § 2 blandt andet det generelle planlægningsprincip, om at 'øvelse gør mester', samt de generelle principper om let og lige i adgang til sundhedsvæsenet, behandling af høj kvalitet, sammenhæng mellem ydelserne, <b>valgfrihed</b>, let adgang til information, et gennemsigtigt sundhedsvæsen og kort ventetid på behandling.</p>	<p>"Valgfrihed"</p> <p>Der kan være behov for en tolkning af, om jordemoderkonsultationer, som er beliggende i et sundhedshus, er indbefattet af lov om frit sygehusvalg. Dvs. om en gravid selv kan bestemme, hvor hun ønsker at gå til jordemoderkonsultationer.</p> <p>Kan en gravid bosiddende i en kommune vælge at gå til jordemoderkonsultation i en anden kommune?</p> <p>Der anbefales at være nogle supplerende vejledninger over, hvordan frontpersonale forholder sig, når gravide frabeder sig behandling i graviditeten, under fødslen eller ved fravalg af anbefalede undersøgelser/behandling af den nyfødte barn.</p>
19, første afsnit		Her bør jordemoderens ansvar også fremgå ligesom speciallægens faglige ansvar er præciseret: "Jordemoderen har ansvaret for og varetager..."
19, næstsidste		"Regionen har pligt til..., HVOR DEN

afsnit		GRAVIDE ØNSKER AT FØDE, HERUNDER I HJEMMET..."
20, l. 18	Som udgangspunkt er niveau 1 og 2 problemer...	<p>Et niveau kan ikke være et problem. Niveauet kan rumme problemstillinger, der...</p> <p>Dertil synes det ikke korrekt at tale om problemer. Retorisk ligger der ydermere en forståelse af, at problemer er selvforskyldte, hvilket ikke altid er tilfældet, og hvilket vil kunne lede til skyld og skam for den enkelte gravide kvinde.</p> <p>Målet vil desuden ikke altid være at løse 'problemet', men derimod at mindske eventuelle komplikationer og følger.</p> <p>Desuden kan der om niveauinddelingen på disse niveauer tilføjes, at det undrer at <b>rygning</b> er indplaceret i niveau 2 i forhold til de risici, der er forbundet med rygning for både mor og barn. Da den forebyggende indsats i forhold til rygestop er flyttet ud i kommunerne, er der her tale om behov for en tværsektoriel indsats. Rygning anbefales derfor flyttet til niveau 3 eller 4. Det bør endvidere præciseret at tobak er direkte teratogent og ikke blot skadeligt.</p> <p>Det samme gør sig gældende for gravide med svær <b>overvægt</b>, hvor der henvises til diætist eller lignende tilbud i kommunalt regi.</p>
21	Kvinder med psykiske lidelser: angst, depression, spiseforstyrrelse, traumer, ADHD, OCD o.a., som ikke er velbehandlede og derfor kræver inddragelse af psykiater under graviditeten	Det anbefales at der tilføjes: "... og derfor kræver inddragelse af psykiater <b>eller andre relevante fagpersoner</b> under graviditeten..." Dette da der ofte vil være samarbejde med personale i spiseforstyrrelsesteam, distrikpsykiatri eller lignende (som ikke er psykiatere).
21	Kvinder med somatiske lidelser: diabetes, epilepsi, svær overvægt, gastric bypass, medfødte eller erhvervede hjertesygdomme/lidelser, funktionelle lidelser, o.a., der fordrer samarbejde med speciallæger udenfor svangreomsorgen	Tilføj (markeret med fed skrift): "... der fordrer samarbejde med speciallæger <b>eller andre fagpersoner</b> udenfor svangreomsorgen"

21	Den gravide indplaceres på dette ni-veau, når der er tale om særligt komplicerede problemstillinger som fx rusmiddelproblemer, svære psykiske 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.	Erstat "rusmiddelproblemer" med: <b>Skadende forbrug af alkohol, rusmidler eller afhængighedsskabende medicin.</b>
21	Ansvar og koordinering. Henvisningen fra den praktiserende læge ved første undersøgelse i almen praksis og kvindens egne rapporterede data danner grundlag for visitationen på fødeafdelingen til svangreomsorgens tilbud og de ydelser, det vurderes, der er behov for fx i kommunalt regi.	Der bør være mulighed for at supplere med oplysninger fra andre relevante aktører samt kvindens journal i forhold til et samlet overblik over anamnese, eventuelle risici, tidligere indlæggelser i psykiatrien etc.  Der bør være en beskrivelse af, hvordan man håndterer gravide/par som frabeder sig tilbud om svangreomsorg.
21, sidste afsnit		"Jordemoder er ansvarlig for at koordinere <b>OG VARETAGE...</b> "
22, afsnit 2.5.2		Det bør tilføjes – i lighed med afsnit 2.5.3 – at jordemoderen har det faglige ansvar for behandling/omsorg under graviditet/fødsel/barsel for kvinder, som ikke har sygdomme/komplikationer.
22	Jordemoderen og/eller speciallægen i gynækologi og obstetrik (fødselslægen) er ansvarlig for at involvere andre faggrupper og/eller kommunale tilbud og koordinerer opgaven indbyrdes.	Slet sætningen" og koordinerer opgaven indbyrdes". Det bør ikke være jordemoderen eller speciallægen som er koordinator på hele forløbet, herunder samarbejdet med kommunen. Det bør aftales, hvem der er bedst egnet til at koordinere opgaven. Det kunne være andre fagpersoner.
23, sidste linje		"med <b>TILBUD OM</b> hurtig opfølgning"
23, l. 19	Beskrivelse af forskellige fødesteder	Siden dokumentets oprindelige tilblivelse er der også etableret fødeklinikker i hospitalsregi, hvilket også bør fremgå.
24, afsnit 2.7.1	Barselsophold, som ikke <i>kan</i> foregå i hjemme...	Sætningen skriver barselsopholdet for kvinder med ukomplicerede forløb ud af fødestedets regi. Dette er der, så vidt vi er orienteret, ikke politisk enighed om.
24, l. 9-10		Ved komplicerede <b>FORHOLD</b> kan..."
24, l. 18-19		Fjern 'så vidt det er muligt' – det ligger i at 'tilstræbe'

24, l. 24		"Til førstegangsfødende og flergangsfødende med behov..." . Skal flergangsfødende ikke tilbydes hjemmebesøg ved ambulant fødsel?
24, afsnit 2.7.2, vedr. hjemmebesøg v sundhedsplejerske	'... kan dette besøg udelades'	Er der ikke nærmere tale om, at besøget kan udskydes?
25, afsnit 2.7.3		"Den obstetriske afdeling, SOM FAMILIEN ER TILKNYTTET tilbyder..." og "Jordemoderen tilbyder hjemmebesøg INDENFOR 1-2 døgn..."
25, afsnit 2.8.1	'På nuværende tidspunkt gælder det...'	Bør ændres til 'På tidspunktet for publiceringen af nærværende anbefalinger gælder, at...'
25, afsnit 2.8.2	'Der arbejdes på at udvikle...'	Bør ændres til ' på tidspunktet for publiceringen af nærværende anbefalinger arbejdes der på at...'
<b>Kapitel 3</b>		
27	Prækonceptionel samtale	Det anbefales, at der tilføjes praktiserende læges mulighed for, at henvise til vurdering og samtale med obstetrisk speciallæge og andre speciallæger/psykiatere ved behov. Endvidere kunne det være hensigtsmæssigt, at fertile kvinder/par kan få samtaler hos Familieretshusene/kommunerne før planlægning af graviditet i tilfælde af mistanke om nedsat forældrekompetence.
27, l. 10 (sidste dot)		5 ugers undersøgelsen hos egen læge bør vel også anføres, medmindre man ønsker at differentiere mellem tilbud til mor og tilbud til barn. I så tilfælde bør det vel præciseres
29, boks, 2. dot	'... samt ved 8. ugers undersøgelse efter fødslen med henblik på næste graviditet'	Jordemoderforeningen støtter i høj grad tiltaget omkring prækonceptionel rådgivning. Samtidigt forventer vi, at det er et kontroversielt område, som af nogen kan opfattes intimiderende. Derfor tilråder vi, at man er nænsom i formuleringen omkring anbefalingerne. Det er eksempelvis ikke nødvendigvis alle, der ønsker flere børn, hvorfor vi i pågældende afsnit vil foreslå, at man tilføjer 'eventuelt næste graviditet'.



29, sidste sætning	Raske gravide uden risiko og med ukompliceret graviditet følger grundforløbet	Det bør fremgå, at der er tale om et tilbud
30, l 8-9		Findes der fødesteder, der tilbyder svømning i offentligt regi?
30 linje 8-9 og s. 35 figur		Om flexkonsultationer uge 15 og 29 (og 22). Hvis disse udelades, kommer kvinden ikke til jordemoder mellem uge 10 og 31 - det er ikke tilstrækkeligt! Vi finder, at der skal være tilbud om kons. i uge 15 til alle og i uge 22 hos jordemoder til alle. Særligt i forhold til 22. uge: jordemoderen varetager en anden funktion end obstetrikeren, hvorfor det må være op til den enkelte kvinde at vurdere, om hun ønsker dette besøg.
30	Mødrehjælpen	Erstat ordet "Mødrehjælpen" med andre tilbud relevant for gravide/partnere fx i forhold til uddannelse/job, tilknytning etc. Mødrehjælpen har skåret ned i deres indsatser i nogle byer og bør derfor ikke nævnes generelt.
30	Første jordemoderkonsultation. "...hvor fødeafdelingens og de lokale kommunale tilbud kan vælges af den gravide ud fra de behov og ønsker..."	<p>Jordemoderen kan ikke forestå ansvar for, at den gravide "<b>vælger</b>" lokale kommunale tilbud. Jordemoderen kan <b>informere</b> om, og <b>henvise</b> til lokale kommunale, men derfra er det kommunen, som må på banen. Endvidere kan det anbefales at inddrage <i>fælles beslutningstagen</i> i dette afsnit igen og ikke lade valg være op til den enkelte gravide kvinde alene. Kan det anbefales at partneren deltager ved denne konsultation? – Det vil give god mening i forhold til resten af forløbet.</p> <p>Det anbefales, at der beskrives mulighed for en "tidlig afklarende samtale". Denne samtale kan være nødvendig for en hurtig opstart på et tværsektorielt samarbejde, men kan også være afgørende for en samtale om, hvorvidt graviditeten ønskes fortsat eller om den ønskes afbrudt. I situationer, hvor der kan være tvivl om parrets forældrekompetence eller andre komplicerende psykosociale eller sundhedsfaglige udfordringer, bør</p>

		afklarende samtaler tilbydes af praktiserende læge/obstetriker/andet relevant sundhedsfagligt eller tilknyttet socialfagligt personale/ psykolog. Der bør også være mulighed for, at kommunale aktører kan bidrage. I nogle kommuner er der mulighed for prækonceptionelle samtaler med henblik på afklaring og forberedelse på en eventuelt kommende forældre rolle. Dette kan overvejes i det tværsektorielle samarbejde.
31, l. 7	'ydelsesniveau'	Bør rettes til 'omsorgsniveau'
31, 23-24		Fødsel bør indskrives: "graviditet, FØDSEL og familiedannelse"
31, sidste afsnit		Vi finder, at det er beskrevet uklart og selvmodsigende her og i kap 2. Det er vel ikke monofagligt, hvis praktiserende læge er tilknyttet niveau 1 og fødselslæge ved niveau 2. Kan det blive tydeligere begge steder? Vi foreslår, at de sidste 4 linjer af dette afsnit udgår.
32, figur	Svangreomsorg til raske gravide	Er 'raske' et godt ord? (modsætningen er ikke at være rask, hvilket de jo egentlig er, så længe de 'blot' er i forøget risiko) Skriv evt. gravide med forventet ukompliceret graviditet og fødsel følger grundforløbet.
33, l. 21	... men hos en jordemoder, de ikke kender.	Det er ikke en forudsætning, at de ikke skal kende jordemoderen. Vi foreslår derfor: "hos en jordemoder de ikke nødvendigvis følger i det vanlige..."
35	Indhold i konsultationerne	Bør der i første afsnit ikke nævnes <i>tilknytning til barnet</i> .
35	For socialt udsatte og sårbare gravide, opsporet via det web-baserede spørgeskema, er det væsentligt, at de forebyggende interventioner fx i forhold til tilknytning, sociale problemer og andet jf. kapitel 4 iværksættes så hurtigt som muligt, bedst inden uge 20-22.	Slet "opsporet via det web-baserede spørgeskema". Det skal gøres uanset, hvor oplysninger kommer fra og ske både hos praktiserende læge og hospital.
35	I 1. trimester bør der især være fokus på kroppens forandring,	Bør fysisk, mentalt helbred og socialtrivsel ikke også nævnes i dette

	kvinders og mænds psykologiske processer ved graviditet, forløb af tidligere graviditeter, fødsler og amning, evt. fødselsangst, levevilkår og livsstil med tilbud om intervention i forhold til fx rygestop samt behovet for henvisning til andre instanser, herunder arbejdsmedicinsk klinik eller den kommunale forvaltning	afsnit?
35, vedr. 3. trimester	Jordemoderen kan i dette trimester opfordre til at kontakte...	Vi undrer os over vægtningen i dette afsnit, hvor der er rigtig mange aspekter, der kan fremhæves. Man vælger at bruge knap halvdelen af pladsen på at fremhæve, at jordemoderen kan opfordre til, at kvinden/parret kontakter den kommunale sundhedstjeneste (noget, der i flere kommuner med en sådanne ordning for øvrigt tilbydes allerede i 2. trimester). Jordemoderen kan meddele og henvise ved ønske herom – men kan ikke "ordinere" besøg).
36, vedr. undersøgelse uge 29 Samt side 42, første afsnit	Det fremgår, at konsultationen er en flex-konsultation for både nullipara og multipara	Af side 30, line 11 fremgår det, at konsultationen i uge 29 er en flex-konsultation for multipara, men et tilbud for alle nullipara. Denne konsultation bør være et tilbud til alle nullipara, da der ellers vil gå for lang tid mellem konsultationerne.
35, figur		Ved uge 37 fremgår i figuren, at den ikke er en del af grundforløbet, men af teksten fremstilles den imidlertid ikke som en flex-kons, men som en fast del af grundforløbet. Ved uge 41 fremgår i figuren, at den ikke er en del af grundforløbet, det står dog andetsteds end ved uge 37.
37, indhold i konsultationen	Det skal noteres, om graviditeten har været planlagt	Senere i dokumentet argumenteres for, hvorfor dette kan være en væsentlig oplysning. Men som det står her, kan det opfattes som unødigt 'snagen'. Essensen må vel være, om graviditeten er ønsket. Der bør enten anføres en reference eller sætningen bør uddybes.
37-38	Praktiserende læge	Her kan med fordel tilføjes praktiserende læges underretningspligt, hvor dette skønnes nødvendigt.
38, afsnit 3.5.2		I afsnit 3.5.2 om første

		<p>jordemoderkonsultation bør det tydeligt fremgå at den gravide kvinde her møder den jordemoder, hun følges af i resten af graviditetens kontroller. Det bør i det hele taget meget tydeligere fremgå at der skal sikres sammenhæng og kendthed i graviditetskonsultationer – dette i overensstemmelse med evidensen for organisering og planlægning af svangreomsorgen.</p> <p>Man kan med fordel anvende den samlede litteratur fra The Lancet series om netop organisering af svangreomsorgen og jordemoderomsorg</p>
38, afsnit 3.5.2	Første jordemoderkonsultation	<p>Første jordemoderkonsultation rummer en omfattende anamneseoptagelse/vurdering ud fra de patientrapporterede oplysninger, tillige med det øvrige indhold i konsultationen. Vi mener derfor, at det bør fremgå, at opgaverne i den første jordemoderkonsultation kræver afsættelse af ekstra tid til at gennemføre konsultationen sufficient.</p>
39, l. 10	Hvis relevant drøftes kvindens arbejdsmiljø	<p>Arbejdsmiljø skal altid drøftes, og derudover skal der altid være fokus på, om der er særlige risikofaktorer i den gravide kvindes arbejde, der fx medfører behov for en ændring i arbejdsopgaverne.</p>
39, flex-konsultation	Formål er ikke beskrevet med overskrift	<p>Der henstilles til, at man bruger samme opsætning gennem hele denne del af indholdet.</p>
39, l. 3.5.3		<p>Der kan også være behov for at drøfte emner, der ikke blev drøftet i uge 10</p>
39	Mental sundhed og de kommende forældres forhold og trivsel bør være et gennemgående tema ved alle konsultationer.	<p>Det anbefales, at her også tilføjes <b>tilknytning til barnet</b> bør være et gennemgående tema ved alle konsultationer. Det står nu kun nævnt som et emne ved jordemoderkonsultationen i uge 22. Endvidere anbefales, at parret sociale situation drøftes ved første jordemoderkonsultation. Bør det nævnes ved en af de første jordemoderkonsultationer, at der anbefales graviditetsmeddelelser til sundhedsplejen ved behov? Dette vil</p>

		sikre en tidlig tværsektoriel information (som kommer til at ske automatisk efter indførslen af det fælles oplysningsskema).
40, linje 10-11	Det kræver forberedelse og pædagogisk tilrettelæggelse...	Enhver konsultation kræver dette, vi foreslår derfor sætningen slettet.
41	Vedr. lægens screening for depression	En opmærksomhed: I nogle kommuner har sundhedsplejen indført rutinemæssigt screening for depression vha. EPDS ved graviditetsbesøg til alle og dette sker uden forudgående samarbejdsaftaler med hospitalerne. Det findes problematisk, hvis der ikke sker informationsudveksling mellem sundhedsplejen/praktiserende læge/jordemoder og obstetriker i forhold til screeningsfund og eventuelle tiltag derefter. Hvordan sikres koordination? Og hvem er ansvarlig for hvad? Det kan ydermere diskuteres, hvorvidt en sådan screening er placeret hos den rette fagperson. Konsultationer i graviditeten, rutinemæssige efterfødselssamtaler, såvel som opfølgning på problematiske eller traumatiske forløb varetages hovedsagligt af jordemoder/fødselslæge. Det vil være naturligt at en sådan screening finder sted hos fagpersoner, der også foretager graviditetskonsultationer og afrunding af forløbet.
41 mv	Sidste afsnit: det fremgår, at første børneundersøgelse finder sted 5 uger efter fødslen. Denne undersøgelse synes dog at være skrevet ud af den videre kontekst, eksempelvis både i skemaet, side 36, og også på side 47, hvor forløbet efter fødslen beskrives.	Der bør konsekvensrettes for dette. Eventuelt kan børneundersøgelsen 5 uger pp fremgå i parentes, da den selvfølgelig retteligt hører til barnet og ikke moderen.
45	Jordemoderkonsultation uge 37-39	Der bør tilføjes samtale om familieplanlægning/prævention efter fødslen, ligesom Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende syntocinonindgift efter fødslen bør tilføjes
45, afsnit 3.5.10	Formål og undersøgelse er meget identiske gennem denne del af dokumentet.	Kan der korrigeres på dette? Og bør det specifikt pointeres, at der skal være fokus på fosterets trivsel ved hver

		konsultation. Alternativt kan dette specificeres i en overordnet indledning.
<b>Kapitel 4</b>		
Generelt til dette kapitel		<p>Hele afsnittet mangler information om, hvordan det håndteres, hvis partneren har forbrug af alkohol, rusmidler eller har svære psykosociale udfordringer (eksempelvis kriminalitet, fængsling, svær psykiatrisk lidelse).</p> <p>Gravide/par med socio-økonomiske problemer kan have vanskeligt ved at møde til svangre-helbredsundersøgelser. Der bør arbejdes på at disse familier kan tilkendes Flextrafik, ganske som psykiatriske patienter kan få tilkendt Flextrafik til psykiatrisk behandling. Der er familier, som ikke kan betale for nødvendig medicin, og det bør være muligt at fritage de familier, der har behov for tolk, for betaling af tolkegebyr af hensyn til familiens sundhed og det kommende barns helbred og trivsel.</p>
50, afsnit 4.1	... understøtte fødslen af et sundt barn...	Formålet er også at sikre en sund graviditet, og at mor/far/partner/familie opnår så sundt og godt forløb som muligt.
50	I tilrettelæggelsen af indsatserne skal den kommende far eller partners ressourcer og udfordringer også identificeres	Dette er meget relevant og vigtigt, men hvordan kan sundhedspersonalet dokumentere dette? Også i tilfælde hvor parret ikke er kærester længere? Aktuelt kan vi kun journalføre i moderens journal, og her må ikke nødvendigvis stå oplysninger om faderen.
50	Den sundhedsfaglige indsats for socialt udsatte og sårbare forældre indebærer bl.a. at understøtte tilknytningsprocessen mellem barnet og dets forældre allerede i graviditeten	Det bør defineres, hvad der menes med "tilknytningsprocessen".
51	Det anbefales, at jordemoder og sundhedsplejerske tilbyder et tidligt fælles hjemmebesøg allerede i 2. trimester med henblik på at skabe tillidsfulde relationer mellem de involverede, ligesom etablering	Det er en god idé med fælles hjemmebesøg, men det synes meget omkostningstungt og kræver ressourcer at koordinere. Et alternativ kunne være en fælles konsultation, hvor sundhedsplejersken efter aftale med parret deltager i en

	af indsatser fx i samarbejde med socialforvaltningen da kan startes tidligt i graviditeten.	jordemoderkonsultation.
51	<b>Tidlig kontakt til kommunen/ den kommunale sundhedstjeneste.</b> Så tidligt som muligt etablerer den praktiserende læge eller jordemoderen kontakt til kvindens hjemkommune	Bør der ikke stå "den praktiserende læge og jordemoderen"? Hvis der er behov for en underretning, så er praktiserende læge den første som ser familien og har skærpet underretningspligt. Skal det være tydeligt, hvem der er tovholder på forløbet?
52	erindring om konsultationer ved telefonopringning og andet via sociale medier	Må en offentlig institution lovligt kontakte gravide via sociale medier?
53	Besøget i hjemmet giver sundhedsplejerske og jordemoder et indtryk af familiens ressourcer, hvilket øger deres mulighed for at målrette og individualisere indsatsen i kommunen, når barnet er født	Det er vel socialforvaltningen som er ansvarlig for at målrette og individualisere indsatsen i kommunen, når barnet er født – og ikke sundhedsplejersken og jordemoderen.
54	Erfaringer viser, at kommunikation med kvinderne om ikke-personfølsomme data med fordel kan foregå via mere utraditionelle kommunikations- og kontaktformer midler via sociale medier som fx Facebook eller WhatsApp, hvor kvinderne måske føler sig mere hjemmevante, end de gør på fx e-Boks.	Hvis kontakten sker på sociale medier, kan det være svært at styre. Sundhedspersoner har journalpligt, og det kan være svært for nogle i målgruppen at vurdere, hvad de kan skrive og hvad de ikke kan skrive i de forskellige fora. Hvis man først har kontakt på et socialt medie, så kan der let komme personfølsomme spørgsmål. Grænsen er hårfin. Der anbefales i stedet en offentlig app til disse informationer fx "mit sygehus app" som benyttes flere steder. Kvaliteten på sociale medier er uigennemskuelige for målgruppen og andre.
54	Tværfaglige netværksmøder og aktiviteter	Evt. Tilføj: vidensdeling og fælles beslutningstagen
54	Børnelæger inddrages i samarbejdet allerede under graviditeten for at sikre kontinuitet fra svangreomsorgen til håndtering af barnets evt. helbredsproblemer efter fødslen. Det er nødvendigt med fortsat opfølgning ved børnelæger, også op gennem småbarnsårene, idet	Tiltaget hilses velkomment, men i praksis har det været vanskeligt at inddrage børnelæger og praktiserende læger i samarbejdet. Speciallægerne er travle, og med udsigt til de nye supersygehuse kan afstanden fra patient til speciallæge være meget lang.

	følger efter misbruget kan vise sig senere i barndommen og ikke alene ved fødslen. Almen praksis inddrages i behandlingsplanen inden fødslen og orienteres om udskrivelse fra neonatalafdeling/ barselsafdeling forud herfor.	
55, l. 7		Det bør fremgå af afsnittet, at der er <i>tilbud</i> om tilbageholdelse. Som det står for nærværende, kan det læses som at det er en mulighed udenom kvindens ønske.
55	Ordet 'misbrug'	Rettes til 'forbrug'
55	Sikring af prævention.	<b>Sikring</b> af prævention bør Rettes til <b>etablering</b> af prævention.
55	Særlige opmærksomhedspunkter:	Bør der tilføjes 'støtte tilknytning mellem mor og barn'. Tilknytning til barnet er enormt vigtigt uanset, om barnet skal anbringes efter fødslen eller ej.
55, næstsidste afsnit	'Sundhedspersonale må desuden være opmærksom på at opspore angst og depression under graviditeten, da voldsramte kvinder er i øget risiko for depression, og barnet vil være i risiko for at blive ramt af volden'	Det er vel ikke i relation til depressionen, at børnene er i risiko for at blive ramt af volden, men det forhold, at volden i sig selv er et handlemønster og en affektreaktion. Så det er voldsopsporingen og ikke depressionsopsporingen, der må have betydning for barnets risiko for selv at blive udsat for vold (eller opleve sine forældre voldelige)
55-56	Vedrørende afsnit om vold	Mht. afsnittet omkring vold, har Lev Uden Vold nyligt udarbejdet relevant materiale til personale omkring identifikation og opspring, som der måske med fordel kunne henvises til. Lev uden Vold tilbyder også samtaler til voldsudøvere, hvilket vil være vigtigt for sundhedspersonalet at kunne henvise videre til.
56	Understøtte den gravide i at anmelde volden, hvis hun er klar til dette. Hvis ikke, da tilbyde parret eller manden terapi, psykoedukation eller lignende	Sundhedspersonalet kan ikke " <b>tilbyde</b> " parret terapi. Men sundhedspersonalet kan " <b>henvise</b> " til det.
56	Kommende forældre, som har været udsat for seksuelle overgreb, voldtægt eller tortur	I dette afsnit bør der flere steder tilføjes "partner" hvor der nu kun står "faderen".



56	sundhedspersonale ved særlige behov søge rådgivning hos de regionale centre for voldtægts ofre.	Det er ikke kendt viden, at Center for voldtægts ofre har specielle kompetencer i forhold til graviditet, fødsel og barsel. Dette bør afklares.
56 afsnit om opmærksomhedspunkter	Om muligt og ønskeligt for den gravide inddrage frivillige med erfaring med voldsramte kvinder	Dette er en meget diffus formulering. Hvilke frivillige skal inddrages, og hvorledes skal kvaliteten sikres/monitoreres? Denne gruppe af kvinder er meget sårbare, hvorfor det er væsentligt at sikre, at omsorg og støtte sker på et kvalificeret grundlag.
58, øverst	Link vedrørende tolkning	Siden er OUHs basis side – det vil være en fordel at indsætte den specifikke internetside
58	Der kan være behov for at etablere kontakt til socialforvaltningen med henblik på at støtte op om en uddannelsesplan eller anden plan for fremtiden.	Dette bør være en opgave i kommunen, at støtte op om en uddannelsesplan. Dette kan ikke forventes i det sundhedsfaglige regi.
59	<b>Gravide, som er uønsket enlige</b> ...Hertil kan komme økonomiske problemer, problemer med pasning af barnet efter endt orlov o.a., hvorfor socialforvaltningen tidligt må inddrages i samarbejdet efter aftale med den gravide – medmindre	'Uønsket' er vanskeligt at vurdere i denne sammenhæng. Mange kvinder, som er planlagt enlige, kan samtidig også godt være uønsket enlige. Kunne denne sætning yderligere justeres, så der står "ved behov kan der tages kontakt til socialforvaltningen". Det er kvinder i alle samfundslag, der kan blive forladt under graviditeten. For nogle vil der være behov for psykologisk bistand for andre økonomisk bistand og støtte af socialkarakter eller en underretning til de sociale myndigheder.
59, l. 8	'Sundhedsvæsenet kan i en vis udstrækning kompensere herfor'	Dette er store forventninger at stille til et sundhedsvæsen, der konstant er under pres. Kan man i stedet formulere det sådan, at 'sundhedsvæsenet kan støtte kvinden ved at...'
<b>Kapitel 5</b>		
Overordnet		Kapitel 5 mangler information og håndtering af polyfarmaci. Samt kodning af forbrug af psykoaktive stoffer.
s. 69, l. 2	Sygefraværet blandt gravide nævnes	Referenceværdien for ikke-gravide kvinder i tilsvarende alderskategori bør nævnes, sådan at man reelt har noget at sammenligne med.
S 83, blodtryks-	Beskrivelse af Korotkoff's faser.	Bilag 4 beskriver generelle forhold

måling	Der henvises til bilag 4	vedrørende blodtryksmåling, men ikke aspekter vedrørende Korotkoff's faser.
S 95; boks vedr. trombofili	Det fremgår, at gravide (kvinder) med diagnosticeret trombofilitilstand <b>og</b> som tidligere har haft én af ovenstående...	Skal det ikke være et ' <b>eller</b> '?
<b>Kapitel 6</b>		
81	Vedrørende terminsfastsættelse	Det kunne være en fordel at indsætte usikkerheden målt på dage ved en ultralydstermin, da selv få dage har betydning for større beslutninger senere i graviditetsforløbet (preterm fødsel, igangsættelse sidste i graviditeten)
<b>Kapitel 8</b>		
115, afsnit 8.24	Bakterien vokser ved køleskabstemperaturer	Det er vel ikke fordi bakterien vokser, men fordi den formerer sig?
<b>Kapitel 9</b>		
130		Forskningen indenfor bækkensmerter har været opadgående, og der er kommet mange nye publikationer til, siden udkastet blev skrevet. Det foreslås, at dette afsnit revideres moderat.
133, afsnit 9.10		Der anvendes gamle tal omkring dødeligheden i uge 42. Det er afgørende at tallene er nyere, eftersom dødelighed er faldende i alle gestationsuger (incl. uge 42). Tal for det danske medicinske fødselsregister har over de sidste mange år vist en dødelighed på <1:1000 i uge 40, 41 og 42. Den er altså ikke stigende, som indskrevet i dokumentet. Den lave dødelighed skyldes formentlig mange forskellige forbedrede muligheder for identifikation af risiko gravide og fostre, teknologiske muligheder mm. (Zeitlin 2018, Grytten 2018). Der mangler kilder på gravide med høj alder og svær overvægt. Forslag at også socialt udsatte kvinder og kvinder med anden etnicitet indsættes (Flenady 2016, Christensen & Villadsen 2016)
133, afsnit 9.10		Antallet af dødfødte børn i perioden 2000-2012 er indsat i afsnittet om overbårenhed – det bør stå i det samlede afsnit tidligere i dokumentet hvor beskrivelsen af fødsler og

		fødselsoutcome i øvrigt står – overbårenhed er kun en af mange årsager til dødfødsler.
		Sætningen om cerebral parese bør helt slettes fra dette afsnit da cerebral parese ikke har sammenhæng med overbårenhed – men snarere med præterm fødsel.
		Ved afsnittet om at igangsættelse nedsætter komplikationer ved overbårenhed herunder ikke øger antallet af instrumentielle forløsninger skal der sættes reference på til primærkilder.
	”såfremt den gravide ønsker at afvente spontan fødsel eller udskyde igangsættelse nogle dager/uger tilbydes kontrol i uge 41+3”	Man får her en forståelse af at kvinden skal tilbydes igangsættelse før uge 41+3 og såfremt hun afventer, tilbydes kontrol i 41+3. Dette er ikke hvad arbejdsgruppen har indstillet til Sundhedsstyrelsen. Alle, der er gravide ved GA 41+3 tilbydes konsultation. Denne ændring bør skrives, så det tydeliggøres, at man ikke rutinemæssigt tilbyder igangsættelse allerede fra uge 41+0
	... tilbydes igangsættelse i uge 41...	Vi formoder, at der er sket en fejl i processen fra indsendelse af arbejdsgruppens samlede arbejde til dette dokument. Det er meget vigtigt at anvende korrekt uge-betegnelse. Således er 'i uge 41' den uge, der forløber fra fulde 40 (40+0) uger til 40 uger + 6 dage. Det kan ikke have været den pågældende arbejdsgruppes intention at tilbyde igangsættelse i denne uge (41. uge). Vi må formode, at der menes 'i uge 42', men dette kan meget vel også være for upræcist.
<b>Kapitel 10 (side 141)</b>		
Overordnet		Det hilses velkomment, at retningslinjerne lægger op til at alle kommende forældre bør tilbydes fødsels- og forældreforberedelse i mindre og faste hold.

	Relevante emner, der kan adresseres i de forskellige undervisningsmoduler, kan være:	<p>Der mangler information om barnets udvikling og kompetencer under graviditeten. Viden om dette kan understøtte den prænatale tilknytning til barnet.</p> <p>Der mangler information om prævention og familieplanlægning i emnerne om barsel.</p> <p>Der mangler information om parforhold og seksualliv.</p>
<b>Kapitel 11</b>		
Overordnet		Der savnes generelt referencer i dette kapitel, ligesom viden fra Lancet-studierne om 'midwifery' med fordel kunne have været medtaget.
145, afsnit 11.1	Vedrørende punkterne omkring formålet med indsatsen under fødslen	<p>Der er internationalt et stigende fokus på både overbehandling og underbehandling indenfor sundhedsvæsenet ('too much too soon – too little too late'). Det er fokusområder, der også er relevante indenfor svangreomsorgen. Det pointeres godt nok i afsnit 11.2.2, at jordemoderens skal gøre en indsats for, at flest kvinder føder ukompliceret, uden unødvendige indgreb. Men dette fokusområde er relevant for alle sundhedsfaglige, der drager omsorg under graviditet, fødsel og barsel.</p> <p>Vi vil derfor anbefale, at der udover de beskrevne punkter tilføjes, at man skal undgå overbehandling</p>
146, afsnit 11.2.1	Om latensfasen	<p>Der er netop vedtaget en tværfaglig guideline vedrørende latensfasen på dette års obstetriske guidelinemøde. I guidelinen pointeres det, at man ikke kan lave en kausal slutning; - at sen indlæggelse vil mindske antallet af indgreb. Der er således ikke belæg for at anbefale (2. bullet i boksen), at kvinderne så vidt muligt bør være i aktiv fødsel, når de indlægges. Tværtimod pointeres det, at der skal foretages en individuel vurdering for hver enkelte kvinde.</p>
Afsnit 11.2.2 linje 1	"... skal der kontinuerligt være en sundhedsperson til stede hos den fødende."	Vi mener, at der bør stå jordemoder i stedet for sundhedsperson. Dette på baggrund af, jordemoderens faglige indsigt i fødslen og for familiens oplevelse

		af kontinuitet. Herudover skal anbefalingerne ses i lyset af det land praksis foregår i. I Danmark er det jordemødre der varetager fødslerne.
Afsnit 11.2.4	... studier indikerer at både doorstep og kontinuerlig CTG øger risikoen for indgreb	Der er tung evidens herfor, hvorfor der bør stå at der er en (stærk) sammenhæng mellem brug af door step og kontinuerlig CTG
		Da der jævnlig er tvivl om basislinjen for fosters hjertelyd bør der indskrives at den normale basislinje er på 110-160 (FIGO og NICE guideline)
Afsnit 11.2.6	Boks vedrørende anbefalinger omkring bristninger og suturering	Der er efter udarbejdelsen af dette udkast etableret flere klinikker rundt omkring i landet, hvor kvinderne kort tid efter fødslen tilbydes tjek af bristning og sutur. Det anbefales, at der følges op på effekten af disse klinikker, da det er erfaringen, at nogle kvinder lever med unødige smerter og gener efter bristninger og suturering.
Afsnit 11.2.6	Om sphincterruptur	Det beskrives, at håndgreb kan reducere sphincterruptur – det bør tydeliggøres, at det er forløsningshastigheden, der har betydning for reducere antallet af sphincterrupturer, samt at man kan tilbyde at bruge hands-on teknik til at reducere forløsningshastigheden, men at tæt kommunikation med kvinden om forløsningshastigheden kan være mere skånsomt.
Afsnit 11.3		Det bør fremgå, at det understøtter den ukomplicerede fødsel for flergangsfødende, hvis den første fødsel har været vaginal.
Afsnit 11.3	I sidste sætning i afsnit 11.3.1 står der, at årsagen er uafklaret	Bør det ikke fremgå, at årsagen er ukendt
Afsnit 11.5		Man bør i dette afsnit uddybe sundhedsloven, hvoraf det fremgår, at kvinder har ret til frit valg af fødested, og har ret til vederlagsfri jordemoderhjælp i hjemmet. Når kvinden er i aktiv fødsel, skal der være <i>tilbud om</i> en jordemoders tilstedeværelse.

		Vi opfordrer til, at der i dette afsnit henvises til Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger til organisering af fødeområdet'.
S 155	Der er evidens for færdighedstræning...	Der er ikke en eneste reference på dette afsnit.
<b>Kapitel 12</b>		
162, afsnit 12.5.2	Hørescreening	Man screener de nyfødte for normal hørelse, og derfor vil det være et negativt svar, der fører til henvisning til audiologisk klinik, ikke et positivt svar. I praksis er det en test som barnet kan "bestå" (pass) eller "ikke bestå" (refer). Vi vil anbefale at man bruger de termer, der anvendes i klinikken. Dernæst er det en proces med 3 trin: 1. Screening 2-3 dage efter fødslen. Hvis ej bestået, da ny tid ca. en uge senere til gentagelse (refer) ved fødeafdelingen. 2. Gentagelse af høretest (refer) 1-2 uger efter fødslen ved fødeafdelingen. Hvis ej bestået, da henvises til audiologisk klinik. 3. Udredning på audiologisk klinik.
Generelt om screening af nyfødte		Det bør overvejes at indsætte en anbefaling om, at alle nyfødte tilbydes screening for medfødt stær ved samme kontrol som de hørescreens - der henvises til gode resultater fra pilotprojekt på Aarhus Universitetshospital
Afsnit 12.3	Det beskrives at peroral profylakse ikke er så sikker som intramuskulær injektion, efterfulgt af en beskrivelse af, at det er lige så sikkert, så længe der gives hyppige doseringer	Som formuleringen er for nuværende, vil tanken være, at peroral profylakse er lige så sikker som intramuskulær injektion, såfremt der gives hyppige perorale doseringer. Hvis dette ikke er Sundhedsstyrelsens opfattelse, bør det tilføjes, at det kræver stærk compliance.
Afsnit 12.8	Vedrørende børn med særlige risici for at udvikle allergisk sygdom	Den nuværende formulering sår tvivl om, hvorvidt SST fortsat primært anbefaler modermælk/højt hydrolyseret modermælkserstatning til børn, indtil de er 6 måneder. Dette bør præciseres.
<b>Kapitel 13</b>		
	Tilbud om	Både i dette afsnit og i afsnit 1.5.2 ambulante fødsler, beskrives barselsperioden. Vi savner en anbefaling

		<p>ift. tilbud til førstegangsfødsler om indlæggelse post partum. Der beskrives en del om tryghed og derfor finder vi det relevant i den sammenhæng, at der skal være et differentieret tilbud, så fødslerne har flere valg, herunder mulighed for indlæggelse.</p> <p>Der er rundt omkring i landet divergerende tilbud om indlæggelse post partum, og divergerende adgang til kvalificeret sundhedspersonale på de respektive fødselssteder. Vi finder, at organiseringen af tilbuddet på flere steder sker på baggrund af en fortolkning af anbefalingerne for svangreomsorgen, hvor alle førstegangsfødsler som har født ukompliceret kan sendes ambulant hjem, på trods af ønske om indlæggelse - eller eksempelvis indlægges på et fødselshotel uden reel adgang til kvalificeret hjælp om natten.</p> <p>Der skal sikres et tilbud, hvor kvinde/parret – uanset hvor de føder – sikres den fornødne omsorg og vejledning.</p>
<b>Kapitel 14</b>		
		<p>Det anbefales, at der er samme netværk og tværsektorielt samarbejde om gravide/par med svære psykiatriske lidelser som beskrevet i kapitel 4 om socialt sårbare gravide. Gravide/par med svære psykiatriske lidelser eller ubehandlede lidelser kan have brug for samme opfølgning som socialt udsatte (hjemmebesøg/fælles konsultationer etc.) – da en ubehandlet psykisk lidelse kan have store konsekvenser for mor/barn tilknytning og barnets opvækst, fødslerens trivsel etc.</p> <p>Endvidere bør disse gravide/par også tilbydes fødselstilbud med indlæggelse for understøttelse af familiedannelsesprocessen.</p> <p>Der henledes opmærksomhed på, at det er kvinder med svær psykiatrisk sygdom, som bliver gravide. Og ikke gravide, der</p>

		<p>har psykiatrisk sygdom. Denne formulering er betydningsfuld, da det skønnes vigtigt at psykiatrien beholder deres behandlingsansvar for den psykiatriske sygdom også i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel.</p> <p>Kapitel 4 og 14 anbefales, at stå i forlængelse af hinanden eller sammenskrives.</p> <p>Det kan undre os, at der ikke er mere fokus på regional ansættelse af psykologer/terapeuter med henblik på varetægelse af gravide med psykiske udfordringer.</p> <p>Der bør rettes opmærksomhed på, at når praktiserende læge eller sundhedsplejersker screener for depression og henviser gravide til behandling i psykiatrien afsluttes de ofte fra psykiatrien uden behandling, idet psykiatrien ofte ikke har behandlingstilbud til gravide med let til moderat depression. Hvis der henvises til psykolog i privatregi kan der være lang ventetid, og det er omkostningstungt for den gravide.</p>
184	<b>Belastningsreaktioner</b>	<p>Definitionen for "belastningsreaktion" kan forstås på andre måder end beskrevet. Eksempelvis kan en "belastningsreaktion" også forekomme på baggrund af ikke-relateret til graviditet, fødsel og barsel eksempelvis tab af nærtstående person etc.</p> <p>Der henledes opmærksomhed på, at Såfremt der kodes med SKS-koden "belastningsreaktion", da binder den op på graviditet kompliceret med psykisk sygdom.</p> <p>S.185 linje 8: hvorfor skal det vurderes i forhold til kulturel baggrund?</p> <p>Er der tale om særlig opmærksomhed til disse grupper, bør det uddybes – ellers er der tale om stigmatisering.</p>



186	Fædre og fødselsdepression	<p>Vi antager, at medmødre - tilsvarende fædre - også kan rammes af fødselsdepression.</p> <p>I relation til mange forskellige familieformer kunne det være ønskeligt, at det også blev behandlet her.</p> <p>Når det ikke er vægtet i dokumentet, kan det skyldes, at der ikke eksisterer litteratur på området. Vi vil i den situation henstille til, at det nævnes, at man formoder, at medmødre i tilsvarende omfang rammes af fødselsdepressioner, men at der savnes mere viden på området.</p>
<b>Bilag 1. Relevant lovgivning vedr. sårbare gravide/familier</b>		
Generelt		<p>Der henledes opmærksomhed på, at der i øjeblikket pågår et arbejde specielt med henblik på offentlig ansatte med sundhedsfaglig autorisation og deres pligt til at underrette. Det har vist sig, at der er en uoverensstemmelse mellem Sundhedsloven/autorisationsloven versus Serviceloven, som har betydet, at sundhedsfagligt personale har fået påtaler, når de har underrettet og dermed overholdt servicelovens bestemmelser. Arbejdet ledes af Annette Baun Knudsen, som er chefkonsulent i Sundheds- og Ældreministeriet.</p>

## Bilag 1

### Risikovurdering og fosterdiagnostik

I udkastet til Sundhedsstyrelsens retningslinjer dec. 2019 omtales risikovurdering og fosterdiagnostik meget sparsomt. Det er derfor ikke tydeligt, hvilken sammenhæng der er mellem Sundhedsstyrelsens retningslinjer for fosterdiagnostik og hhv. alment praktiserende læges og jordemoders opgave i forbindelse med information om risikovurdering og fosterdiagnostik til gravide.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside refereres til følgende centrale punkter i retningslinjerne for fosterdiagnostik fra 2017:

- *Der skal være tilbud om information, som gør det muligt for den gravide selv at tage stilling til undersøgelse. Informationen til de kommende forældre skal være fyldestgørende, tidsvarende og neutral, og give dem viden om de eksisterende fosterdiagnostiske tilbud, så tilvalg eller fravalg af undersøgelser sker på et informeret grundlag.*
- *To nye undersøgelsesmetoder er indført i retningslinjerne fra 2017: Non-Invasiv Prænatal test (NIPT) og kromosom mikroarray. Disse undersøgelser kan komme på tale, hvis scanningerne eller andre forhold giver mistanke om, at fostret har en kromosomafvigelse"*

<https://www.sst.dk/da/viden/graviditet-og-foedse/svangreomsorgen/fosterdiagnostik>

Som tilbuddet om risikovurdering til gravide er i dag, er det vanskeligt at sige nej til, for det har udviklet sig til at blive en del af 'gravidetskulturen' som de fleste siger ja til. Samtidig har informationen i mange sammenhænge i den offentlige debat været kritiseret for at være mangelfuld <https://www.dr.dk/om-dr/nyheder/doed-over-downs-paa-dr2>

De fleste sætter ikke spørgsmålstegn ved, om denne undersøgelse er relevant for dem, og hvad det evt. kunne betyde i deres liv og føler sig ikke informeret om det (Niklasson 2015).

Tidligere undersøgelser peger også på, at kvinders forventninger til ultralydsundersøgelse i graviditeten ikke stemmer overens med det, som undersøgelsen går ud på (Lou 2007). Desuden er beslutninger om eventuelt at afslutte graviditeten på baggrund af risikovurdering og fosterdiagnostik en tung beslutning (Lou 2018). Derfor kan nogle gravide blive fanget i et undersøgelsesforløb, som de egentlig ikke var informerede om og forberedte på.

Nogle gravide kunne måske i højere grad ønske at undgå risikovurdering, og nogle kvinder har udtalt sig om muligheden for retten til at få et anderledes barn (Solberg. Tidsskrift for jordemødre 2014, nr.6. 'Død over Downs'. DR oktober 2015) <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/retten-til-et-anderledes-barn-2/>

Iflg. klinikchef på RH Anne Marie Gerdes betyder nye teknologiske muligheder inden for fosterdiagnostik, at svarene bliver mere uklare, mange undersøgelser giver ikke entydige svar og bliver dermed sværere at tage stilling til. Derfor kræver det mere og mere information og medfører nogle etiske dilemmaer i form af øget bekymring og vanskeligere stillingtagen.

Kvindes ret til ikke at vide skal også respekteres (Gerdes, Information 9.01.2018)

<https://www.information.dk/debat/2018/01/fosterdiagnostik-leverer-masser-viden-faa-entydige-svar>)

Landsforeningen Downs syndrom anbefaler, at vordende forældre tilbydes individuel, kvalificeret og nuanceret rådgivning om, hvad det indebærer at få et barn med Downs <https://down.dk/vores-holding/> Inden man som gravid giver samtykke til risikovurdering, bør der derfor nøje informeres om, hvilke tilbud der findes, hvilke svar man kan forvente, og hvilke implikationer risikovurdering og fosterdiagnostik kan have for den enkelte og for familien. Dvs. en stor informationsmængde skal gives, hvis der skal være mulighed for at give et kvalificeret samtykke til undersøgelsen.

I det aktuelle udkast for retningslinjer for svangreomsorgen i forbindelse med første konsultation i almen praksis i uge 6-10 oplystes under formålet en række undersøgelser. Herunder doubletest, hvis kvinden ønsker prænatal diagnostik.

Under 'indhold i konsultationen' er prænatal diagnostik kortfattet omtalt således: *"Der orienteres om tilbud om prænatal diagnostik og henvises til Sundhedsstyrelsen informationsmateriale på sst.dk herom"* (s. 37)

Det anbefales desuden, at den første konsultation hos jordemoder ligger senest i uge 10. Dette vil åbne for muligheden for, at jordemoderen kan følge op på den information om risikovurdering, der er givet hos praktiserende læge inden ultralydsscanningen i 1. trimester i uge 11-13 finder sted.

Desuden kan jordemoderen også deltage i informationen om den ultralydsscanning, der ligger i 2. trimester.

I afsnittet om samarbejde med de kommende forældre er der et afsnit om 'sundhedskompetence' og 'fælles beslutningstagen':

*"Forældrene skal kunne forstå, hvilke muligheder, risici, fordele og ulemper, de forskellige valg indebærer samt sandsynligheden for disse. Sundhedspersonalet skal være opmærksomt på at formidle i let forståelige termer under hensyntagen til parrets sundhedskompetence"* (s.11)

For at få mere fokus på alvoren af og muligheden for at gravide kan give et kvalificeret samtykke til risikovurdering og fosterdiagnostik, skal der skabes en tydeligere sammenhæng mellem

Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorg og retningslinjerne for fosterdiagnostik og det skal være tydeligt, på hvilken måde informationen om risikovurdering og fosterdiagnostik varetages i praksis.

Jeg vil på denne baggrund opfordre til, at man i de nye retningslinjer for svangreomsorg i højere grad tager hensyn til betydningen af denne information, og at der på baggrund af principper for fælles beslutningstagen i detaljeret grad understreges at:

- alment praktiserende læge skal informere neutralt og fyldestgørende om risikovurdering og fosterdiagnostik og derved give mulighed for et informeret samtykke
- det medtages i detaljeret grad, at jordemoderen i den første konsultation i 10. uge. skal følge op på den information om risikovurdering og fosterdiagnostik, som er givet hos praktiserende læge
- jordemoderen i konsultationen i 10. uge skal informere om tilbuddet om 2. trimesterscanning (18-20. uge)
- der, for de kvinder der i uge 15 tilbydes flex-konsultation, informeres fyldestgørende om tilbuddet om ultralydsscanning i uge 18-20
- der i uge 22. følges op på resultaterne af risikovurdering/fosterdiagnostik

## Bilag 2

### Tekstnære eksempler på passager, hvor der forekommer et risikodomineret sprogbrug

- s. 20 linje 18: "...den gravide og barnet KAN VÆRE særligt udsat for
- s. 29 sidste sætning: Fjern 'uden risici', det ligger implicit i 'raske gravide'. Er 'raske' et godt ord?  
(modsætningen er ikke at være rask, hvilket de jo egentlig er, så længe de 'blot' er i forøget risiko) Skriv evt. gravide med forventet ukompliceret graviditet og fødsel følger grundforløbet.
- s. 33 linje 22: 'Nødkontakt' skriv "som et ekstra tilbud og er ikke en del..."
- s. 35 linje 3: "SUNDHEDSFREMME og risikoopsoring.."
- s. 35 linje 6: Udskift 'faresignaler' med 'opmærksomhedspunkter'
- s. 40 linje 28: Udskift 'faresignaler' med 'opmærksomhedspunkter' eller lignende. Udflåd er altså ikke et faresignal.
- s. 43 linje 4: Udskift 'faresignaler' med 'opmærksomhedspunkter'
- s. 48 linje 7: Fjern ordet 'direkte'.
- s. 51 linje 26: Fjern ordvalget 'af et sådant omfang'

## Bilag 3

### Eksempler på passager, hvor der med fordel kunne lægges vægt på både kvinden og partnerens sundhed

- s. 15 linje 4-7 Der tales specifikt om kvindens psyko-soziale forudsætninger for at navigere i sundhedsvæsenet og sundhedskompetence. Det samme gælder vel partneren. Skriv 'forældrene', 'familien' eller 'den gravide kvinde og hendes partner'
- s. 20 afsnit 2.3 Der tales specifikt om kvinden, men der er vel også tale om en vurdering af familien som helhed. Ved niveau 3: skriv fx "FAMILIERNE kan være sårbare og/eller socialt udsatte" og "Sårbare og udsatte FAMILIER kan vurderes.." osv. Skriv blot 'sociale problemer' fremfor kvinder med...
- s. 28 og 29 afsnit 3.1.2: hvad med den præ-konceptionelle rådgivning til partneren? Rygestop og alkohol? genetik? Trivsel og mental sundhed? Sociale udfordringer? Partnerens bidrag til familiens sundhed? Boks s. 29 Skal partneren også tilbydes denne rådgivning v screening for livmoderhalskræft? Kvinden gøres til hovedansvarlig for familiens sundhed, da det skal adresseres ved en undersøgelse henvendt til hende. Det bør være mere klart, hvordan partnerens rolle adresseres her.
- s. 33 første afsnit: 'familien' eller 'den gravide kvinde og hendes partner' støttes gennem samtale og undersøgelser i at tage vare på eget helbred, familiens sundhed og graviditeten.
- s. 37 sidste afsnit: Medtag familiens/partnerens livsstil, tobak-, alkohol- og stofforbrug
- s. 39 øverst: Der skrives kun om 'mors livsstil'. Husk fars/partners livsstil. Lad være med at give moderen eneansvar for barnets sundhed. Partneren bidrager også til familiens sundhed, kost- motionsvaner, rygning- og alkoholforbrug mm.
- s. 52 fra linje 29 og frem: Husk partnere/familier. Det er udsatte familier - ikke blot kvinder (samme i afsnit 4.4.4 og 4.5.1)
- s. 63 boks og derefter: hele familien dvs også partneren, bør anbefales at følge kostrådene. (samme i afsnit 5.1.2)
- s. 73: Også partneren bør henvises til rygestop mm.  
Samme i boks s 74 (obs ordvalget: 'udspørges systematisk', som synes uhensigtsmæssig autoritært)  
Samme i afsnit 5.9.2.
- s. 173: Sæt opmærksomhed også på partneren.

**From:** Mette Theil  
**Sent:** 3. februar 2020 17:09 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen

Kære SST,

Hermed fremsendes høringssvar fra FaKD.  
I er velkommen til at kontakte mig for uddybelse af høringssvaret.

Med venlig hilsen | Kind Regards

**Mette Theil**

**Formand**

*The Danish Dietetic Association*

Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD) i Kost & Ernæringsforbundet  
Holmbladsgade 70  
2300 København S

mobil: +45 26855978  
(træffes bedst mandage & onsdage)  
[www.kost.dk/fakd](http://www.kost.dk/fakd)

København d. 3.2.2020

Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD) indsender hermed kommentarer til høringen for "Retningslinjer for svangreomsorgen".

FaKD vil gerne sige Sundhedsstyrelsen tak for muligheden for at indgive et høringssvar, og tak til arbejdsgruppen for arbejdet med denne retningslinje.

Som der indledningsvis er fokus på i denne retningslinje, er der i dag mere viden om, hvordan det at blive mor kan påvirke kvindens helbred på sigt, og hvordan hendes **kost**, livsstil og psykiske tilstand kan præge barnets sundhed og risiko for sygdomme resten af livet. Der er derfor et særligt stort forebyggelsespotentiale lige præcis under graviditeten, og den sundhedsfremmende indsats i svangreomsorgen er særdeles vigtig i et langtidsperspektiv, både for den enkelte og for folkesundheden.

Derfor er tiden inde til, at der skabes skærpet fokus på et *styrket tilbud til de gravide med overvægt*. FaKD opfordrer til at der i højere grad, end der fremgår, skabes mere sammenhæng - tværfaglige faggrupper imellem.

I Sundhedsstyrelsens tidligere høring i oktober 2019 "Livsstilsintervention ved svær overvægt", fremgik der i **afsnit 4.3 opsporing og henvisning af gravide**, at det er vigtigt, at anbefale kvinder med overvægt at tabe sig. En anbefaling om vægttab og fysisk aktivitet, skal følges op med et reelt konkret og tværfagligt tilbud.

I høringen vedr. Livsstilsintervention, udpeges §83 i Sundhedsloven, hvori der angives at indholdet i graviditetskonsultationerne beskrives i anbefalingerne for Svangreomsorgen.

FaKD antog, at der heri ville fremgå en mere præciseret "behandling" / livsstilsintervention, som den overvægtige gravide tilbydes af jordemoderen og lægen.

Efter gennemlæsning af denne retningslinje, mangler dette stadig, da der heri kun fremgår anbefalinger om at følge de officielle kostråd. Dette fremgår under pkt. 5. *Levevis og risikofaktorer af betydning for graviditeten, Kost og kosttilskud, Anbefalinger:*

- Ved prækonceptionel samtale og første graviditetskonsultation rådgives om tilskud af folsyre
- **Gravide anbefales at følge De officielle Kostråd fra Fødevarestyrelsen**

- *Gravide anbefales at tage tilskud af folsyre, D-vitamin og jern og evt. calcium*
- *Gravide frarådes ingefærshots på daglig basis og kosttilskud med ingefær*
- *Gravide vejledes om hensigtsmæssig vægtøgning, se kapitel 6*

Det skal understreges, at følge de officielle kostråd, ikke er en behandling for overvægt eller svær overvægt.

Da det grundlæggende mål med retningslinjerne har været at bibeholde det gode tilbud, der er til gravide i dag, men samtidig opdatere de nuværende anbefalinger, så disse også tager højde for den nye viden og de nye vilkår og rammer, der er for gravide, er det vigtigt at nedenstående indføres:

- ***Den kliniske diætist er en samarbejdspartner, hvem jordemoderen og lægen samarbejder tværfagligt med.***

En mulighed kan være at indsætte sætningen under afsnittet vedr. kosttilskud til veganere s. 66 at:

- *"Det kræver detaljeret viden om kost og ernæringsbehov. **Forældrene må derfor opfordres til at søge rådgivning ved autoriseret klinisk diætist** for at sikre, at barnets kost er sufficient. som der er angivet i [https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/ernaering/~/\\_media/2986643F11A44FA18595511799032F85.ashx](https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/ernaering/~/_media/2986643F11A44FA18595511799032F85.ashx)*

Ydermere:

- *S. 124 under: Ved forværring af GKO trods ovenstående behandlingstiltag eller HG henvises til videre kontrol og behandling via gynækologisk-obstetrisk afdeling **hvor vejledning ved en klinisk diætist er en mulighed.***
- *S. 127 I afsnittet vedr. gestationel diabetes skal den kliniske diætist involveres i det tværfaglige team. Derfor ønsker FaKD, at det tydeliggøres i afsnittet. Desuden er der en eksisterende Rammeplan for gestationel diabetes ved Fagligt selskab af Kliniske Diætister, der kunne indgå her som reference.*

Vi opfordrer eksplicit SST til at inddrage kliniske diætister i denne retningslinje under afsnittene vedr. kost, kosttilskud og overvægt. Andre tværfaglige grupper er i forvejen nævnt;



sygeplejersker, læger, psykiatere, sundhedsplejersker m.fl. når der er behov for inddragelse af deres kompetencer i svangreomsorgen.

Der bør suppleres med en yderligere mulighed i praksis ift. henvisningsadgange til faggruppen autoriserede kliniske diætister.

FaKD i Kost og Ernæringsforbundet vil gerne bidrage med viden omkring kost, overvægt, diæter og kosttilskud på området – nu og i fremtiden og ser frem til at blive involveret i næste arbejdsgruppe omkring gravide med overvægt/svær overvægt.

Sikrer vi den gravides sundhed, sikrer vi også bedre barnets sundhed i fremtiden.

Med venlig hilsen



Mette Theil

[mp@diaetist.dk](mailto:mp@diaetist.dk)

tlf. 26 85 59 78

Formand Fagligt selskab af Kliniske Diætister

I Kost og Ernæringsforbundet

**From:** Ulla Dupont Sundhedsplejen Børn og Unge Vejle Kommune  
**Sent:** 3. februar 2020 12:19 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen

Til rette vedkommende

På vegne af FALS, Foreningen for ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark fremsendes hermed

vores høringssvar til "Retningslinjer for svangreomsorgen".

Venlig hilsen

Ulla Dupont  
*Formand for FALS*



---

#### Ledende Sundhedsplejerske

Vejle Kommune

Nyboesgade 35 B

7100 Vejle

Tlf: 7681 5578 / mobil: 2913 1533

Mail: [ulldu@vejle.dk](mailto:ulldu@vejle.dk)



## Høringssvar: Retningslinjer for svangreomsorgen

Foreningen for ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark (FALS) takker for lejligheden til at kunne indgive høringssvar på det udsendte udkast fra SST, den 26. november 2019.

### Generelle bemærkninger

Overordnet finder vi det bemærkelsesværdigt, at SST vælger at benævne det nye "Retningslinjer" frem for det tidligere "Anbefalinger", - er intentionen at gøre indholdet mere forpligtende for aktørerne, - eller hvad er baggrunden herfor. Det nævnes ingen steder – ej heller i forordet.

Vi ønsker endnu en gang at undre os over og beklage os over, at man fra SST's side har fravalgt at revidere det tidligere. kp. 15, - dog bemærker vi, at det til trods er der alligevel blevet rettet i flere afsnit og formuleringer i kapitlet. Vi kunne have tænkt, at dette kapitel kunne have været med kvalificerede nytænkte opgavefordelinger, som FALS tidligere har peget på.

Vi bemærker i dette nye udkast, at SST til gengæld har valgt en meget høj grad af detaljebeskrivelser i en lang række af de andre reviderede kapitler, - med tydelige angivelser af hvilke fagpersoner, der forventes at tage ansvar for og udføre de forskellige indsatser på tværs af sektorgrænser. Detaljeringsgraden er særligt fremtrædende i hele kapitel 4, som omhandler den sårbare og socialt udsatte gravide.

Endvidere bemærker vi, at der generelt er manglende stringens omkring benævnelserne, - der jongleres rimeligt tilfældigt med om man bruger "mor/kvinden og barn", "mor og partner", "forældre", "far" (nævnes meget sjældent). Far/ partner bør konsekvent have en ligeværdig benævnelse ift. kvinden/mor igennem hele det nye skriv.

### Bemærkninger til de enkelte kapitler

#### Kapitel 2.

##### Afsnit 2.3. Differentiering

I hele afsnittet er fokus og den samlede retorik kun omhandlende den gravide kvinde. Far/ partner nævnes overhovedet ikke, skønt forskning og evidens viser, at fars/partners velbefindende i lige så høj grad som mors er af afgørende betydning for fosterets/barnets udvikling.

#### **Afsnit 2.5.4. Sundhedsplejersken**

Dette afsnit er blevet særdeles forkortet i sammenligning med de tidligere Anbefalinger, hvilket vi finder som en stor forringelse. For eksempel nævnes slet ikke at sundhedsplejersken aflægger hjemmebesøg til *alle* efter fødslen. Og der nævnes ej heller noget om indholdet i disse sundhedsfremmende besøg. FALS mener, afsnittet bør udvides og lægge sig tæt op ad de tidligere Anbefalingers beskrivelse under det tilsvarende afsnit (3.4.6).

#### **Afsnit 2.7.2 Efter udskrivning**

*SST skriver (...) Kommunen tilrettelægger og tilbyder barselsbesøg ved sundhedsplejerske i hjemmet til alle nyfødte børn og deres forældre på 4.- 5.- dagen efter fødslen efter aftale med forældrene.(....).*

Det bør præciseres, hvornår man tæller dage/døgn fra, da der opleves store regionale forskelle herpå. Jordemødrene/sygehusene tæller timer efter fødslen og sundhedsplejer-sker tæller i dage, hvor 1. dagen er dagen efter fødslen, i nogle regioner, - og i andre er det fødselsdagen, som tælles som 1. dag.

Bør konsekvensrettes i hele dokumentet.

#### **Afsnit 2.8.2 Kommende digitalt redskab for svangre forløb**

FALS hilser en ny fælles digital svangre/vandrejournal - graviditetsjournal meget velkommen, og ser frem til implementering af denne i indeværende år, som foreskrevet.

### **Kapitel 4.**

Som nævnt indledningsvis i FALS' høringssvar finder vi en høj grad af detaljebeskrivelser i dette kapitel, hvilket gør, at kapitlet i særlig grad skiller sig ud fra de samlede nye Retningslinjer. Retorikken i kapitlet er også generelt skarp, - grænsende sig til at SST har ønsket et særligt forpligtende fokus, samarbejde og fællesskab til netop denne gruppe. Vi er ikke uenige i, at denne gruppe af sårbare og socialt udsatte gravide og deres partnere har brug for et smidigt tværsektorielt samarbejde til gavn for parret og det kommende barns udvikling og trivsel. Det forekommer dog indimellem, at rollefordelingerne – og hvem der "sætter" dagsordenen" for det tværsektorielle samarbejde, - er for upræcist beskrevet. Under alle omstændigheder er det FALS' klare holdning, at ingen kan bestemme over de andres handlekompetencer og muligheder ihht. ressourcer, der er til rådighed. (region-kommune)., som fx er gengivet i afsnit 4.2.1.

#### **Afsnit 4.3.1 Tidlig kontakt til kommunen/ den kommunale sundhedstjeneste**

FALS bemærker, at SST anbefaler fælles hjemmebesøg med jordemoder og sundhedsplejerske i 2. trimester, hvilket vi finder som et velkomment nytænkt og godt initiativ, der dog vil kræve finansiering, idet ikke alle kommuner i dag har ressourcer, hverken i form af økonomi eller sundhedsplejerskekapacitet til at kunne løfte opgaven generelt på landsplan. Anbefalingen går igen under afsnit 4.4.3, hvor SST anbefaler tværfagligt hjemmebesøg med jordemoder og sundhedsplejerske og evt. socialrådgiver, - hvilket FALS er enig i kan være en rigtig god ide ift. tidlig opsporing og identifikation af familiens ressourcer og udfordringer, som der så tidligt kan handles på i et sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv straks efter fødslen. Men igen, det vil kræve finansiering, hvis alle kommuner skal løfte denne opgave.

#### **Afsnit 4.4.1 Indsatsens indhold**

SST fremhæver vigtigheden af en tovholder omkring den sårbare gravide, hvilket FALS finder som en god ide. Koordination og samarbejde er essentielt for at indsatser for og omkring den sårbare gravide og partner kan lykkes. Dog finder vi i dette afsnit, at SST sætter et særligt fokus på detaljebeskrivelser i indsatser, hvilket kan få anbefalingerne og forslagene til at forekomme forpligtende for aktørerne.

SST anbefaler for eksempel under afsnittet om forslag til særlige tilbud:

*" Støtte- og følgeordninger til lokale jordemodercentre med henblik på at komme til svangre undersøgelser, herunder erindring om konsultationer ved telefonopringning og andet via sociale medier*

- ☐ *Etablering af sundhedsfaglige tilbud i en fri ramme med uformel mødestruktur*
- ☐ *Etablering af lukkede grupper baseret på behov (fx sorg, angst, alder). Det kan være gravid-/mødre- /forældregrupper eller terapigrupper*
- ☐ *Tilbud om forlænget ophold på barselsafsnit"*

En række af disse forslag ligger under Servicelovens bestemmelser og visiteres efter denne lov, - og det er altid ud fra en individuel vurdering af borgerens behov. Det undrer os, at SST på den baggrund anbefaler indsatser efter anden lovgivning end sundhedslovens bestemmelser.

SST kunne i stedet for denne opstilling af så konkrete forslag, som det er tilfældet, - have henvist til et bilag, hvor i SST havde skrevet forslag med de konkrete indsatser, som de tydeligvis har fået kendskab til eksisterer ude i nogle kommuner – et slags inspirationskatalog.

FALS er overordnet enige i, at et tættere samarbejde omkring de sårbare gravide og deres partner er til gavn for det kommende barns udvikling og trivsel, og der er et stort forebyggelsespotentiale i dette, og også i de indsatser der her er beskrevet.

Men som vi tidligere har nævnt i vores høringssvar, vil en række af forslagene kræve en medfølgende finansiering, hvilket vi er sikre på også er en rigtig god investering

## **Kapitel 10, Fødsels- og forældreforberedelse**

SST skriver i dette afsnit bl.a.:

*(....) ”Fødeafdelingen og kommunen anbefales i samarbejde at udvikle tilbud, der appellerer til alle kommende forældre ligesom det kan være relevant og nødvendigt at udvikle tilbud, der har sårbare og socialt udsatte som særlig målgruppe. Se kapitel 4.”*

Opgaven med fødselsforberedelse ligger generelt som en opgave for sygehuset/regionen, dog finder FALS som udgangspunkt forslaget godt, - men igen må vi påpege, at da opgaven er regionens, - og man fremover ønsker, at kommunen skal deltage er der tale om opgaveglidning, som vil kræve at pengene følger med ud til kommunen.

## **Kapitel 14**

Afsnit 14.2.1, Graviditet og fødsel

Flot beskrevet kapitel 14, som helhed.

- men her i dette kapitel kunne SST med fordel godt have anbefalet/foreslået evidensbaserede screeningsmetoder, til opsporing af fødselsdepression hos både kommende mor som far. (EPDS og Gotland).

Der er enkelte kommuner, der har særdeles gode erfaringer med screening af begge forældre med både EPDS og Gotland, idet der er et stort forebyggelsespotentiale i at vide, hvad de kommende forældre kan have brug for af hjælp og støtte, og man kan dermed tidligt etablere et nødvendigt tværfagligt samarbejde omkring familien efter fødslen.

Venlig hilsen

Ulla Dupont

Formand i FALS

**From:** Dorthe Rodian Arleth  
**Sent:** 3. februar 2020 11:54 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen.

Til Sundhedsstyrelsen

Ad høring over Sundhedsstyrelsens udkast til retningslinjer for svangreomsorgen kan det oplyses, at PLO ikke har nogen bemærkninger, men at PLO finder DSAM's bemærkninger relevante og fornuftige, og derfor støtter DSAM's høringssvar.

Venlig hilsen

**Dorthe Rodian Arleth**

Chefkonsulent



Mobil: +45 23 29 34 48  
Tlf: +45 35 44 84 62 (Direkte)  
Tlf: +45 35 44 84 77  
E-mail: [dar.plo@DADL.DK](mailto:dar.plo@DADL.DK)

Kristianiagade 12  
2100 København Ø  
[www.plo.dk](http://www.plo.dk)  
Twitter: @Plolaeger

---

*Vi passer godt på dine oplysninger. Du kan læse mere om vores behandling af dine personoplysninger i vores privatlivspolitik [her](#).*

**From:** DSAM  
**Sent:** 3. februar 2020 10:42 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot;Lotte Hvas  
**Subject:** Høringssvar fra DSAM vedrørende retningslinjer for svangreomsorgen

Til Sundhedsstyrelsen

Se venligst vedhæftede høringssvar fra Dansk Selskab for Almen Medicin vedrørende retningslinjer for svangreomsorgen.

Venlig hilsen  
Dorthe Pedersen



**Dorthe Pedersen, sekretær**  
Dansk Selskab for Almen Medicin  
Stockholmsgade 55, 2100 Kbh Ø  
T: 7070 7431 - M: 5150 1676  
[dp@dsam.dk](mailto:dp@dsam.dk) - [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)

[Følg os på Facebook](#) og [abonner på vores nyhedsbreve](#)

*DSAM er de praktiserende lægers fagvidenskabelige selskab.  
Vi arbejder for at fremme faget og udvikle det almenmedicinske speciale  
med særlig vægt på uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling.*



Til Sundhedsstyrelsen

30. januar 2020

### **Dansk Selskab for Almen Medicins høringssvar vedrørende udkast til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen**

DSAM takker for muligheden for at kommentere på ovenstående høringsudkast.

Generelt finder vi, at retningslinjerne er bygget overskueligt op med bokse med det mest relevante fremhævet. Det giver overblik og gør det muligt at bruge vejledningen som et opslagsværk.

Det drejer sig om en lang og grundig gennemarbejdning af retningslinjerne. Vi skønner dog ikke, at der, udover de omfattende forandringer omkring organiseringen af de forskellige tilbud til kvinderne, er lavet større ændringer af betydning.

Vi vil derfor i vores svar først koncentrere os om forslaget om prækonceptionel rådgivning og dernæst om bortfaldet af den af 3. graviditetsundersøgelse hos egen læge.

Ændringer i svangreomsorgen bør ses i en større sammenhæng og især mhp. en styrkelse af omsorgen for det ufødte barn. De foreslåede tiltag i form af prækonceptionel rådgivning og en overgang af sidste del af svangreomsorg fra almen praksis til jordemoderkontrol ses ikke entydigt som en styrkelse af omsorgen for de udsatte gravide mødre og deres børn. Generelle sundhedstilbud har det med at tilfalde dem, der har mindst behov.

Udfasningen fra almen praksis er en yderligere svækkelse af kontinuiteten i svangreomsorgen for sårbare gravide, og det skal sammenholdes med den svækkelse af omsorgen for sårbare gravide, der i øvrigt er sket de senere år.

Danmark ligger som nr. 30 dårligt i statistikken over børnedødelighed. Hvis dette tal skal forbedres, er det kontraproduktivt at fjerne ressourcer fra den nuværende svangreomsorg og flytte dem til en prækonceptionel rådgivning, der ikke har nogen sikker evidens.

Stockholmsgade 55, st.  
2100 København Ø

T: 7070 7431  
dsam@dsam.dk  
www.dsam.dk

## Prækonceptionel rådgivning

### Giv mest til dem med størst behov – ikke alle

For DSAM er det afgørende, at de praktiserende lægers ressourcer bruges der, hvor de er bedst givet ud, og hvor de kan medvirke til at skabe en gevinst i form af signifikant bedret sundhedstilstand. Vi kan godt forestille os, at der er en gruppe kvinder, som vil have god gavn af en forebyggende samtale.

Til gengæld er tanken om, at tilbuddet skal gælde *alle* kvinder bekymrende, fordi alle erfaringer fra lignende uselekterede tilbud er, at det er de raske og ressourcestærke personer, der først og fremmest vil gøre brug af det. Man skal også være klar over, at praktiserende læger ikke indkalder patienter til forebyggende undersøgelser. Vi forventer, at folk selv henvender sig. Det vil give en skævhed i, hvem der får tilbuddet. Samtidig kan uselekterede tilbud til i forvejen raske føre til sygeliggørelse og på den måde have psykosociale konsekvenser for de kvinder, der tager imod tilbuddet. Noget som ellers er normalt (som fx en graviditet), kan blive unødigt medikaliseret og gjort til sygdom, og egne ressourcer kan sættes ud af kraft.

**DSAM foreslår**, at hvis ønsket er prækonceptuel rådgivning til *alle*, bør man lægge indsatsen i et andet regi end almen praksis, fx i kommunalt regi understøttet af en national generel forebyggende indsats på gruppeniveau. Ikke mindst anser DSAM, at rådgivning om livsstil bør foregå ved kommunale tilbud.

Herudover kunne man have et udvidet og behovsbestemt tilbud hos egen læge til en målrettet gruppe patienter, som har brug for lægens rådgivning. Personer i målgruppen for dette tilbud kunne være gravide, som gennem det kommunale tilbud er fundet at have behov for lægelig rådgivning, eller gravide, hvor lægen selv finder dette ekstra behov (som i dag, men med tiden sat af til det).

### Aftalestof og forslag om behovsbestemte konsultationer

DSAM skal gøre opmærksom på, at det handler om aftalestof, når der indføres nye opgaver i almen praksis. Vi forventer, at dette i givet fald forhandles på plads med PLO.

**DSAM anbefaler**, at der aftales en mulighed for behovsbestemte konsultationer, hvor lægen og kvinden i fællesskab finder det relevant at drøfte en fremtidig graviditet. Det skal også være muligt for jordemødre og kommunale medarbejdere at henvise til konsultationerne, hvis man finder behov for en lægefaglig vurdering inden graviditet.

### Evidensbaseret tilbud?

*"Der er stigende evidens for, at en sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende indsats både inden den første graviditet og mellem graviditeter har en positiv effekt på mor og barns sundhed på kort og lang sigt og kan have det for de efterfølgende generationer (Beckmann et al, 2014, Temel et al, 2014, Hemsing et al, 2017, Stephenson et al, 2018). WHO anbefaler, at der tilbydes en systematisk prækonceptuel indsats (WHO 2013)."*

For DSAM er det afgørende, at indførelse af nye tilbud i sundhedsvæsenet sker efter grundige overvejelser og på baggrund af evidens for, hvorvidt tilbuddet har en effekt. I anbefalingerne henvises til, at der er *"stigende evidens"*, men der er dog ikke en nærmere gennemgang af denne evidens ift. kvalitet, styrke, overførbarhed til og

kompatibilitet med danske forhold. Ikke mindst er det problematisk, at anbefalingerne omkring prækonceptionel rådgivning ikke beskriver den nøjagtige tilrettelæggelse af sted, målgruppe, tidspunkt og indhold af rådgivningen, og derfor er svær at sammenligne med eksisterende forskning.

DSAM har derfor svært ved at se, hvordan man kan sige, at der er evidens for et prækonceptuelt tilbud, tilmed som noget, der kan foregå i forlængelse af andre konsultationer.

### Hvem skal sætte dagsordenen i konsultationen?

DSAM savner en diskussion af, hvad det vil betyde, hvis lægen sætter en anden dagsorden ved konsultationen end den, som kvinden selv kommer med. Udgangspunktet for det meste af arbejdet i almen praksis er patientens dagsorden. Vi finder, at det kan være problematisk, at lægen skal tage initiativ til at bringe emnet om overvejelse af graviditet på banen, måske uden at vide hvor den unge kvinde er henne ift. parforhold, ønske om graviditet mv. Det kan meget nemt komme til at påvirke kvinden følelsesmæssigt negativt.

### Alder

Alder for prækonceptionel rådgivning er anført til 18-30 år. Vi undrer os over, at tilbuddet slutter ved 30 år – især i en tid hvor mange kvinder får børn ved en betydelig højere alder. Det skønnes usandsynligt, at en rådgivning, der finder sted fx ved smearundersøgelse eller præventionsrådgivning tidligt i 20'erne, vil have afgørende indflydelse for en kvinde, der bliver gravid 15 år senere.

### Prækonceptionel rådgivning må ikke være "add-on"

DSAM's holdning er, at tilbuddet om prækonceptionel rådgivning ikke må gives som add-on i forbindelse med andre tilbud, fx præventionsrådgivning eller smearundersøgelser. Dette vil udvande begge tilbud. Samtidig er såvel præventionsrådgivning som smearundersøgelser i mange tilfælde uddelegeret til personale i klinikkerne og ikke en egnet situation for en samtale om en senere graviditet.

### Behov for pilotundersøgelser og egentlig forskning

Selve beskrivelsen af den prækonceptionelle rådgivning i hverdagen er så usikker og mangelfuldt gennemarbejdet, at vi vil anbefale, at man afprøver forskellige modeller i pilotundersøgelser, før man ruller en enkelt model ud over hele landet. Samtidig er der, som nævnt i indledningen, stort behov for forskning, der belyser effekten af rådgivningen i en dansk hverdag.

### Bortfald af tredje graviditetsundersøgelse hos egen læge

DSAM finder det meget uheldigt, at man ønsker at fjerne den tredje og sidste graviditetsundersøgelse hos egen læge. Set i erfaringsperspektiv er dette den vigtigste af svangreundersøgelserne. Det er især her, tættest på fødslen, hvor lægen opdager sygelige forhold i graviditeten, og det er her, at lægen, der kender den gravide og familien, har mulighed for at opdage, når der tilstøder psykosociale belastninger i den kommende familie (depression, stress, angst og dårligt fungerende parforhold).

Forebyggelsen af såvel de sjældne patologiske fund i graviditetens forløb som muligheden for at intervenere i sårbare og belastede familier er meget relevant at bibeholde i praksis. Dels fordi forebyggelsespotentialer er så stort, også set i et livsperspektiv (et reddet liv er mange leveår), dels fordi det netop er i almen praksis, at man har kendskab til familierne, fx i forhold til mentale problemstillinger og belastninger.

Som det er lagt op til i høringsudkastet, har egen læge ikke (rutinemæssigt) kontakt med den gravide fra 25. graviditetsuge og frem til barnet er 5 uger gammel. Det er i den tidsperiode, at de første tegn på fødselsdepression kan opstå. Det kræver god kontakt og tillid at opfange de første tegn på depression. Lægen har kendskabet til familien og erfaring med at spotte psykosociale belastningssymptomer.

Samtidig er det vigtigt, at praktiserende læger bevarer rutine i at vurdere gravide (jf. bemærkningen i afsnit 2.2.1 om 'øvelse gør mester'), denne rutine er i risiko for at forsvinde, hvis praktiserende læger fremover kun skal se gravide til planlagte undersøgelser i graviditetsuge 6-10 og 25.

**DSAM forslår**, at svangrekontrollen i uge 32 bevares i almen praksis for alle gravide.

Såfremt forslaget om at lade 3. graviditetsundersøgelse udgå er stillet af ressource-mæssige hensyn, vil **DSAM i stedet anbefale** at man lader 2. graviditetsundersøgelse udgå, for at beholde den undersøgelse, der er så tæt på fødslen som mulig.

Med venlig hilsen



Anders Beich  
Formand, DSAM

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

København, den 31. januar 2020

### **Høring af retningslinjer for svangreomsorgen**

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende høring af retningslinjer for svangreomsorgen. Dansk Psykolog Forening ser positivt på, at det betegnes retningslinjer frem for de tidligere anbefalinger, da det kan have positive implikationer for, hvorvidt retningslinjerne bliver anvendt i praksis. Det er desuden et fremskridt, at det understreges, at retningslinjerne anvender en familieorienteret tilgang i svangreomsorgen, der omfatter både psykologiske og sociale aspekter i familiedannelsen.

Høringssvaret pointerer nedenfor, at det er vigtigt, at retningslinjerne kontinuerligt inkluderer begge kommende forældre i indsatsen samt uddyber behovet for en tidlig indsats i forhold til den prænatale forældredannelse. Det understreges hertil, at der bør indgå psykologer i den tværfaglige indsats i svangreomsorgen i flere henseende end dem, der fremgår i retningslinjerne. Det er desuden afgørende, at retningslinjerne i højere grad understreger nødvendigheden af kvalificeret rådgivning om forældrenes og deraf barnets psykologiske trivsel, så viden om det psykologiske forældreskab bliver mere udbredt på de obstetriske afdelinger.

### **Familieorienteret indsats**

Som nævnt byder Dansk Psykolog Forening den familieorienterede tilgang i retningslinjerne velkommen. Det er positivt, at retningslinjerne respekterer forskellige familiestrukturer, herunder både mødre og fædre, enlige mødre eller fædre, regnbuefamilier m.fl. Den familieorienterede tilgang kommer dog ikke konsekvent til udtryk i retningslinjerne, hvor der i højere grad er fokus på moderen og kvindens relationsdannelse til fosteret eller den nyfødte, også når det er relevant for begge kommende forældre. Som det understreges med en familieorienterede tilgang, er det vigtigt, at der både foretages en indsats for begge partnere i familien, hvorfor retningslinjernes



formuleringer omkring den gravide og mor bør gennemgås systematisk og hvor det er passende ændres til 'mor og partner' eller 'forældrene/kommende forældre'. Således understøttes det, at der blandt andet bør tilbydes fødselshjælp, risikoscreeninger og eventuelle behandlingstilbud til begge kommende forældre.

### **Prænatal forældredannelse**

Det er positivt, at den prænatale forældredannelse nævnes flere steder i retningslinjerne, men det uddybes ikke, hvordan man vil vurdere den gravide og hendes partners prænatale forældredannelse samt, hvordan man vil støtte de kommende forældre, der oplever vanskeligheder hermed. Dette er problematisk, da forældrenes relation til fosteret har stor betydning for barnets og forældrenes trivsel de første leveår. Der er blandt andet studier, der viser, at der er en sammenhæng mellem modrens relation til fosteret under graviditeten, og den måde, som hun drager omsorg for barnet på efter fødslen. Dette omsorgsmønster kan have afgørende konsekvenser for barnets senere psykiske udvikling. Dansk Psykolog Forening anbefaler derfor, at der tilføjes et afsnit om indsatsen over for forældre med mangelfuld eller problematisk relation til fosteret i forhold til den prænatale forældredannelse. Her bør der nævnes tiltag til systematisk at vurdere den gravide og hendes partners prænatale forældredannelse samt tiltag, der kan støtte de kommende forældre, der oplever psykiske udfordringer i udviklingen af forældreskabet.

I afsnit 4.4.6 om særligt udviklede familie- og fødselsforberedelsestilbud, er det desuden vigtigt, at der også indgår et fokus på støtte og hjælp til udvikling af det psykiske forældreskab, da sårbare gravide og deres partnere ofte har sværere ved den psykiske omstilling til forældreskab<sup>1</sup>. En tidlig indsats i forhold til at støtte forældre, der oplever udfordringer med deres relation til fosteret eller den tidlige forældredannelse, bør være en del af svangreomsorgen. Denne indsats varetages bedst af psykologer med særlig viden om det perinatale område.

### **Fødselsdepression**

I afsnit 14.3.1 omkring fødselsdepression anslås det, at omkring 6-10 procent af danske mødre og halvt så mange fædre årligt får en fødselsdepression. Dette er dog tal, som stammer for

---

<sup>1</sup> McNamara J., Townsend M. L. & Herbert J. S. (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PloS one*. 2019;14 (7).



undersøgelser, der er mere end 10 år gamle. Ny forskning viser, at forekomsten af fødselsdepression blandt kvinder er mindst 10 procent og typisk højere<sup>23</sup>. Blandt mænd viser resultater fra nyere metaanalyser og enkeltstudier desuden, at forekomsten er omkring 10 procent, som er markant højere end de 3-5 procent, som fremgår af retningslinjerne<sup>45</sup>. Dette indikerer, at retningslinjerne for svangreomsorgen undervurderer forekomsten af psykiske problemer hos mødre og fædre i forbindelse med forældreskabet. Dette kan medvirke til, at der ikke vil være opsporings- og behandlingsressourcer nok til at dække det reelle behov, der eksisterer i forbindelse med fødselsdepression.

Fødselsdepression kan have stor betydning for relationsdannelsen til barnet og barnets trivsel og psykologiske udvikling, hvorfor det er vigtigt, at der indgår en psykolog i den tværfaglige indsats over for fødselsdepression. I afsnittet er det dog kun læger, jordemødre og sygeplejersker, der nævnes som sundhedspersonale, der bør være særligt opmærksomme på fødselsdepressioner hos både kommende og nybagte forældre. Hertil nævnes psykologer ikke som fagpersoner i forbindelse med behandling af fødselsdepression i retningslinjerne. Psykologer, gerne med erfaring inden for det perinatale område, bør være en del af indsatsen både i forhold til vurdering og behandling af forældre med fødselsdepression på svangre- og fødeafdelinger samt tilknyttet til sundhedsplejen i kommunerne.

### **Begrebsafklaring og sproglige kommentarer**

For at understrege vigtigheden af forældrenes mentale velbefindende for barnets videre udvikling, og for sproglig tydelighed, kan der med fordel tilføjes ordet ”negativt” i afsnit 1.3.1, til sidst i sætningen afsnit 1.3.1: ” Jo bedre begge forældre kommer tilfredse og mentalt velbefindende igennem fødslen, des mindre vil fødslen påvirke den første tid med den nyfødte [negativt]”

---

<sup>2</sup> Smith-Nielsen et al. (2018) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry*.

<sup>3</sup> Figueiredo, B., Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 247-255.

<sup>4</sup> Carlberg, M., Edhborg, M., & Lindberg, L. (2018). Paternal Perinatal Depression Assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and Possible Risk Factors. *American journal of men's health*, 12(4), 720–729.

<sup>5</sup> Edward K.-L., Castle D., Mills C., Davis L., Casey J. (2015). An integrative review of paternal depression. *American Journal of Men's Health*, 9(1) 26–34.



Det kan hertil overvejes, om retningslinjernes begrebsafklaring af fødselsdepression bør tilpasses definitionen i ICD-11, som snart træder i kraft, hvor diagnosen defineres som: 'Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium'.

### **Inklusion af psykologer i tværfaglig indsats**

I afsnittet 4.2.1 om tværfagligt team med særlig ekspertise i forhold til sårbare og socialt udsatte bør psykologer nævnes som en specifik faggruppe, der bør indgå i det tværfaglige team på den obstetriske afdeling. Dette vurderes fagligt hensigtsmæssigt, da psykologer tilknyttet de obstetriske afdelinger muliggør tidlig, specifik psykologisk vurdering af forældreskabet, eventuelle vanskeligheder i den prænatale relationsdannelse samt iværksættelse af psykologisk behandling rettidigt i de tilfælde, hvor dette er påkrævet. Det vil naturligvis være fordelagtigt, hvis det er psykologer med særlig viden om det perinatale område, herunder den prænatale relationsdannelse mellem gravid og foster samt den forbedrende familiedannelse i løbet af graviditeten. Hertil vil det ligeledes i afsnit 4.4.3, som omhandler tværfagligt graviditetsbesøg i hjemmet og tæt opfølgning i barselsperioden, være hensigtsmæssigt, at der indgår en psykolog i det tværfaglige samarbejde.

Ved at inkludere psykologer, der har erfaring med det perinatale område, på den obstetriske afdeling kan man imødekomme sårbare forældre. De kan opleve, at deres psykiske udfordringer bliver overset i sundhedssystemet, hvor psykiatrien fokuserer på psykiske lidelser, og det øvrige sundhedssystem, herunder jordemødre, praktiserende læger og sygeplejersker, fokuserer på barnets og dets fysiske sundhed.

Med venlig hilsen

**Eva Secher Mathiasen**

Formand, Dansk Psykolog Forening





**From:** Birgitte Halkjær Storgaard  
**Sent:** 3. februar 2020 01:06 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen

Hermed fremsendes høringssvar fra Forældre og Fødsel

Med venlig hilsen  
Formand for Forældre og Fødsel  
Birgitte Halkjær Storgaard  
42940282

Sundhedsstyrelsen  
Forebyggelse  
Att: Christine Brot,  
Islands Brygge 67  
2300 København S

## Vedrørende høringssvar over retningslinjer for svangreomsorgen

Forældre og Fødsel har modtaget Sundhedsstyrelsens udarbejdede høringsmateriale over retningslinjer for svangreomsorgen og glæder os over muligheden for at bidrage med kommentarer til udkastet. Det er en af Forældre og Fødsels fornemste opgaver at give kommende som nuværende forældre indflydelse på udviklingen af svangreomsorgen og på deres eget forløb og eventuelle behandling.

Vi vil i nærværende høringssvar indlede med nogle generelle betragtninger og dernæst bringe mere tekstnære kommentarer i kronologisk rækkefølge.

### Generelt

Forældre og Fødsel glæder sig over, at svangreomsorgens skal bygge på lighed i sundhed, en naturlig livsproces, helhedsorienteret tilgang, medinddragelse, familiecentreret omsorg samt evidensbaserede indsatser. Det er stærkt og visionært. Særligt glæder vi os over, at den sundhedsmæssige værdi af at kende sin jordemoder fremgår flere steder i udkastet.

Desværre er det Forældre og Fødsels indtryk, at der består et asymmetrisk forhold mellem Sundhedsstyrelsens ambitioner for brugerinvolvering samt faglige anbefalinger. Fx fremstår nogle anbefalinger rigide uden mulighed for individuel tilpasning eller information om fordele, ulemper og alternativer. Endvidere finder Forældre og Fødsel det paradoksalt, at der ved beskrivelser af epigenetiske forandringer alene peges på forhold hos den gravide kvinde (psyke, vold, kost, kemi, tobak og alkohol), mens substanser, som den gravide kvinde kan blive anbefalet i mødet med sundhedsvæsenet ikke berøres (fx antiemetika, antibiotika, oxytocin, medicinsk smertelindring mv.). Desuden finder Forældre og Fødsel det påfaldende, at en anbefaling om fx igangsættelse af fødslen ved overbåren graviditet ikke beskriver kendte risici ved igangsættelse af fødslen som fx blødning efter fødslen, styrtfødsel, at livmoderen kan briste, samt et igangsættelsesforløb, der kan strække sig over flere dage. Det er ikke rimeligt over for de gravide kvinder, at Sundhedsstyrelsen fremhæver nogle risici og undlader at nævne andre – det er i direkte strid med sundhedsloven.

Der fremgår mange risici i udkastet. I information til den gravide kvinde, bør information om risici være mere specifik og præsenteres i absolutte tal.

Forældre og Fødsel finder, at nogle afsnit fremstår utroværdige grundet manglende referencer. Endvidere finder Forældre og Fødsel det uhensigtsmæssigt, at der i nogle afsnit refereres massivt til fagpolitiske dokumenter (DSOG, ACOG, RCOG, DPS), idet

disse dokumenter og anbefalinger må antages at være præget af et fagligt fællesskabs følelser, holdninger og erfaringer i forhold til en given problemstilling, hvormed disse dokumenters objektivitet kan betvivles.

Udkastet bærer præg af, at der har været mange forfattere involveret i processen. Der mangles bl.a. stringens i, hvorledes man beskriver kvinden. I nogle afsnit beskrives der den gravide, andre steder den gravide kvinde, den ammende moder mv. Forældre og Fødsel foreslår, at Sundhedsstyrelsen afstår fra den sproglige uhensigtsmæssige objektivisering "den gravide" og i stedet skriver den gravide eller ammende kvinde.

## Tekstnære bemærkninger

### 1.6.3 Mødredødelighed

"Maternelle dødsfald er dødsfald, som sker under graviditeten, fødsel eller op til 42 dage efter afsluttet graviditet af årsager, som er udløst eller forværret af graviditeten eller dens håndtering." Bør håndtering erstattes med behandling?

### 2.2.1 Sundhedsplaner og specialeplanlægning

Særlige forhold vedr. graviditet, fødsel eller barn kan betyde, at den fødende skal visiteres til fødsel på sygehus med specialfunktion. Ville det være mere hensigtsmæssig at skrive *bør*?

## 2.7 Organisering af det sundhedsfaglige tilbud i barselsperioden

"Opgaverne skal derfor varetages i et samarbejde mellem den obstetriske afdeling og den kommunale sundhedstjeneste med det primære formål at forebygge genindlæggelse af dehydrerede og/eller underernærede spædbørn." Her kunne man fordel tilføje "samt kvindens/familiens fysiske og emotionelle tilstand efter fødslen". Jf. helhedsorienteret tilgang.

### 3.1.1 + 2 Prækonceptionel rådgivning

Det ville være hensigtsmæssigt, hvis den præ-konceptionelle rådgivning ikke kun centrerer sig om kvinden, men også far eller medmor, da manden bidrager med 50 % af arvemassen. Desuden må man antage, at en sund livsførelse er relevant for hele familien. Jf. en helheds- og familiecentreret tilgang.

#### 4.5.1 Gravide med aktuelt eller tidligere brug af afhængighedsskabende medicin, og/eller rusmidler som alkohol og narkotika – Famileambulatoriet

"Børnelæger inddrages i samarbejdet allerede under graviditeten for at sikre kontinuitet fra svangreomsorgen til **håndtering** af barnets evt. helbredsproblemer efter fødslen."  
Behandling?

#### 8.14 Gruppe B-streptokokker (GBS)

"Der **gives** antibiotikabehandling i.v. under fødslen for at forebygge GBS-sygdom hos det nyfødte barn." Gives ændres til **anbefales** eller **tilbydes**.

Den gravide kvinde informeres om den absolutte risiko ved GBS, om særlige risici, fordele samt ulemper ved behandlingen samt alternativer hertil.

#### 9.8 Leverbetinget gravidtetskløe

"Gravide kvinder med hudkløe uden udslet skal henvises til obstetrisk afdeling mhp. blodprøve (fastende galdesalte og transaminaser) og videre **håndtering**". Udredning vil formentlig være mere korrekt.

#### 9.10 Overbårenhed.

I dette afsnit er der sket væsentlige ændringer i forhold til det udkast, som referencegruppen er præsenteret for. Forældre og Fødsel har deltaget i referencegruppen og ved, at den tværfaglige arbejdsgruppe oprindeligt havde skrevet en anden faglig tekst til emnet overbårenhed. Forældre og Fødsel stiller sig derfor undrende overfor, at udkastet til overbårenhed fremstår med væsentlige ændringer – og uden referencegruppen er orienteret herom. Forældre og Fødsel ønsker derfor indsigt i, hvorfor teksten er ændret og i hvilken anledning.

Afsnittet fremgår det, at overbårenhed øger risikoen for fosterdød. Vi vil i Forældre og Fødsel henvise til, at risikoen for fosterdød også kan associeres til social udsathed og etnicitet, således som det også fremgår andre steder i høringsudkastet.

Afsnittet fremstår konstrueret således, at kvinder skal vælge igangsættelse eftersom der redegøres fyldestgørende for risici ved overbårenhed. Afsnittet mangler en redegørelse for risici ved igangsættelse, herunder: for mange veer, lav apgar, grønt fostervand, stor

blødning efter fødslen, kejsersnit, lynfødsel, infektion i fosterhinderne samt i sjældne tilfælde placentaløsning og en bristning i livmoderen. Som det fremgår af produktresumet, bør den gravide kvinde informeres om, at det anbefales at fødsler igangsæt med prostaglandin eller oxytocin foregår på hospitalet med mulighed for overvågning af barn og livmoder.

Der oplyses i øvrigt en general underrapportering af bivirkninger i forbindelse med igangsættelse og vi har af flere omgange oplevet at kvinder har fået at vide af sundhedsprofessionelle at det ikke skal indberettes trods skærpet indberetningspligt for angusta

I Forældre og Fødsel bifalder vi intentionen om at forebygge fosterdød, men stiller os kritiske overfor, om rutinemæssig igangsættelse er svaret på en kompleks problemstilling. Forældre og Fødsel vil vi anbefale, at enhver gravide kvinde modtager en individuel vurdering med udgangspunkt i hendes præferencer og situation. Igangsættelse bør naturligvis anbefales, såfremt der er forhold, der indikerer dette.

En risikofaktor er ikke nødvendigvis sygdomsfremkaldende og dermed heller ikke ubetinget behandlingskrævende.

#### 11.2.4 Overvågning af fostret under fødslen

Overvågning med CTG kræver samtykke.

Nogle gravide kvinder, der anbefales kontinuerlig CTG, ønsker at benytte vand som smertelindring, fx efter igangsættelse eller efter tidligere kejsersnit. I så fald er det hensigtsmæssig at møde kvinden neutralt og diskutere fordele og ulemper ved CTG overvågning samt at træffe en fælles beslutning for fødslen.

#### 11.2.5. Ve-stimulation

I afsnittet fremgår primær vandafgang som grundlag for at starte veer. I Forældre og Fødsel er vi bekendte med, at der i Danmark og Skandinavien foreligger varierende anbefalinger. Således synes det oplagt at undersøge, hvad kvindes præferencer til fødslen er, herunder ønsker til smertelindring. Kvinden bør informeres om, at ve-stimulation giver risiko for hyperstimulation, iltmangel hos barnet, behov for overvågning for at sikre en sikker behandling.

#### 11.2.6 Bristninger og suturering

Kvinden bør ikke kun sikres ordentlig smertelindring, men bør også inddrages i tidspunktet for suturering, idet suturering for nogle kvinder kan opleves som meget forstyrrende i de første timer efter fødslen.

Det fremgår i dette afsnit også, at en hånd på perineum kan reducere risikoen for en bristning i endetarmsmusklen. I Forældre og Fødsel bifalder vi ønsket om at forebygge større bristninger. Det er dog vigtigt, at denne hånd ikke begrænser den fødende kvindes valg af fødestilling.

#### 11.4.1 Blødningsprofylakse

I anbefalingen om at give medicin, der reducerer blødningen efter fødslen, stiller Forældre og Fødsel sig undrende overfor, at alle anbefales forebyggende medicin mod blødning. Anbefalingen kunne med fordel nuanceres og kvinden bør oplyses om, hvor meget medicinen reducerer blødning i ml., hvad hendes risiko er for en stor blødning i absolutte tal etc.. Afsnittet fremstår lidt ensidigt og beskriver ikke fysiologisk, forebyggelse af blødning efter fødslen.

#### 11.4.2 Hud-mod-hud og den første amning

Det kan overvejes, hvorvidt syning af bristning også kan forstyrre den første tid efter fødslen. Kvinden bør gives valget om, hvornår hun efter fødslen ønsker at blive syet.

### 11.5 Hjemmefødsel

Der fremgår ikke noget afsnit om freebirth. I Forældre og Fødsel har vi kendskab til, at nogle få kvinder vælger at føde uassisteret, hvilket kan udfordre sundhedsprofessionelle, bl.a ved trusler om eller egentlige underretninger mv.

#### 12.1 Undersøgelse af den nyfødte efter fødslen

Forældre skal give samtykke til, at navlesnorsblodet analyseres og barnet undersøges. Børneundersøgelse kan med fordel gøres så tæt på forældrene som muligt – og det omfang det er muligt evt. også hud-mod-hud.

#### 12.6 Hypoglykæmi

Det er vigtigt at inddrage forældrene i blodsuktermålingen, fx ved at lade forældrene holde deres baby, mens der måles blodsukker, således babyen kan føle sig så tryk som mulig og bruge færrest mulige ressourcer i en stressende situation.

På vegne af Forældre og Fødsel

Formand for bestyrelsen Birgitte Halkjær Storgaard



**From:** Marianne Jespersen  
**Sent:** 2. februar 2020 18:02 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse;Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen.

Hermed fremsendes vedlagt høringsvar fra Dansk Samfundsmedicinsk Selskab.

Selskabet står naturligvis til rådighed såfremt der måtte være spørgsmål eller uklarhed om Selskabets høringsvar.

Med venlig hilsen

Marianne Jespersen  
speciallæge i samfundsmedicin  
næstformand i DASAMS  
mail: [naestformand@dasams.dk](mailto:naestformand@dasams.dk)

København 2.februar 2020

## *Høringssvar vedrørende Sundhedsstyrelsens udkast til retningslinjer for svangreomsorgen.*

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstyrelsen vedrørende udkast til retningslinjer for svangreomsorgen.

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab har gennemlæst høringsmaterialet og har følgende kommentarer til udkastet, som har særligt fokus på

- **formidlingen**
- **indholdsmæssige uklarheder**
- **organisation**

Der er tale om et meget grundigt og omfattende materiale, der omfatter alle områder i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Materialet kan bl.a. ved specifikke problemstillinger således fungere som opslagsværk og håndbog for professionelle med opdaterede retningslinier og standarder, hvilket Selskabet finder meget nyttigt og hensigtsmæssigt.

### **Formidling**

Materialet er meget omfangsrigt og detaljerigt, hvilket kan indebære udfordringer i relation til om man decentralt vil have det fornødne overblik i relation til planlægning af indsatserne og det nødvendige løbende samarbejde og koordinering mellem de forskellige sektorer.

Selskabet skal således foreslå, at man overvejer mulighederne for at gøre materialet mere oversigtligt og herunder især overvejer muligheden af en form for resume, grafisk fremstilling eller lignende, der kan fremhæve og understøtte den vigtige sammenhængende planlægning og koordinering.

Man kan endvidere overveje, om det vil være lettere for de professionelle at tilegne sig retningslinjerne ved f.eks. at opdele svangreomsorgen i en almen del (det som gælder for alle) og en kompliceret del (komplicerede biomedicinske forhold) og en kompleks del (socialmedicinske og biomedicinske forhold). Alternativt kunne man eventuelt overveje at samle al socialmedicinsk svangreomsorg i et kapitel, så der skabes et tydeligt overblik over den biomedicinske del og den socialmedicinske del (kap. 4 og 5 samt afsnit i flere andre kapitler).

Endvidere vil vi anbefale, at man i en eller anden form fremhæver, hvor der er foretaget væsentlige ændringer fra de nuværende retningslinjer. Dette anbefaler vi for at sikre, at man meget hurtigt kan identificere tiltag, forhold og organisation, der skal ændres eller vises særlig opmærksomhed i forhold til de nye retningslinjer.



## Indholdsmæssige uklarheder

Selskabet finder, at der kan være uklarhed omkring retningslinjernes karakter. Hvornår og i hvilket omfang er der tale om krav og faglig god standard, som bør efterleves og hvornår tales der om muligheder, man eventuelt kan indføre i sine tilbud. Dette fremstår ind i mellem noget uklart, hvilket eventuelt kan medføre, at det kan blive væsentlige forskelle i de tilbud, kvinderne og deres familier vil få landet over. En klarificering heraf, der tager udgangspunkt i den brede faglige viden og de principper der beskrives i materialet, må vurderes at hjælpe med til at sikre en ensartet høj og god standard for indsatsen.

I den senere tid er der forekommet situationer, hvor der har været uklarhed om karakteren af centralt udmeldte retningslinjer og hvorvidt disse skulle eller blot eventuelt kunne følges. Sådan uklarhed er særdeles uhensigtsmæssig for alle involverede parter og bør derfor så vidt muligt undgås. I den forbindelse bør man således også vurdere retningslinjernes sproglige formuleringer. Vi skal her blot pege på et par enkelte sproglige eksempler, der er faldet Selskabet i øjnene.

2.5.3 (p. 23) "...Ved behov **kan** neonatologisk ekspertise inddrages." Man må antage, at hvis der er behov for neonatologisk ekspertise så **skal** en sådan naturligvis inddrages.

2.7.1 (p.24) " Ved komplicerede barselsophold **kan** opholdet foregå på et obstetrisk specialafsnit." Umiddelbart må man vel antage at der snarere burde stå **skal** eller evt. **bør**.

I store dele af retningslinierne beskrives opgaverne i nutid f.eks

2.5.4 (p.23) "Sundhedsplejersken **sikrer** i samarbejde med jordemoderen efter fødslen, at sektorovergangen finder sted". Man kan ønske en præcisering af om sådanne formuleringer er udtryk for krav dvs. skal sikre eller bør sikre og hvor ansvaret i givet fald er placeret.

## Selskabet har herudover enkelte mere konkrete kommentarer og betragtninger

### Kap. 1.3. p. 9 Familieperspektivet

Her bør endvidere også inddrages familiedannelse samt eventuel graviditetsforebyggelse. Det bør kunne italesættes hvordan en familie sikrer sig tilstrækkelige ressourcer til at kunne magte en ny graviditet førend en sådan indtræffer.

#### 1.5.1. p. 12. 2. afsnit

Udover gennemsnitsalderen for fødende bør angives spredningen på alder, da forskellige aldre er predictor for socialmedicinske forhold/ vanskeligheder i forbindelse med fertilitet, uddannelse, job og partnerskab

1.5.3. Der savnes information om alderens betydning

1.5.4 Her savnes tilføjelse om, at rygning hos gravide kan være en vigtig socialmedicinsk indikator.

#### 1.5.6 For tidlig fødsel, især afsnit 5

Der savnes overvejelser om denne sammenhæng for, at man kan forvente, at personalet kan etablere sekundære forebyggende indsatser.

### **1.6.2 Neonatal dødelighed**

Der savnes i afsnittet en tilkendegivelse og ambition om at få nedbragt den neonatale mortalitetsrate i Danmark til et niveau svarende til de øvrige nordiske lande. Ratens betydning som generel kvalitetsindikator bør ikke undervurderes, men påkalde sig anbefalinger af initiativer og særlig opmærksomhed for områder for kvalitetsforbedring.

### **1.7. Social ulighed i reproduktiv sundhed.**

Dette er et godt og vigtigt afsnit, som dog kan udbygges med flere anbefalinger, der bl.a. tager systematisk udgangspunkt i de foregående epidemiologiske afsnit.

Det er vigtigt at understrege den professionelle udfordring, der ligger i den sociale ulighed i reproduktiv sundhed. Denne sociale ulighed viser sig i forekomsten af hårde epidemiologiske data om graviditets- og fødselskomplikationer, dødfødsler, lav fødselsvægt, for tidlig fødsel, misdannelser og børnedødeligheden. Samtidigt anføres i teksten også at socialt dårligt stillede generelt gør mindre brug af sundhedsvæsenets tilbud herunder svangreomsorgen

Selskabet er fuldstændig enig i sætningen om, at det er sundhedsvæsenets ansvar at række udover denne viden- og kompetencekløft, men man kan godt i nogen grad savne anbefalinger af mere operationel og handlingsanvisende karakter.

I lyset af udfordringerne forekommer det noget uambitiøst og utilstrækkeligt, at man i retningslinierne på baggrund af den overordnede viden og indsigt om disse generelle og systematiske sammenhænge, ikke finder grund til at anbefale en mere offensiv og systematisk indsats for at etablere et bedre grundlag for at ændre på denne ulighed i leveforhold i relation til muligheden for at føde sunde børn i robuste fungerende familier.

I afsnittet nøjes man således med at pege på en række kendte enkeltrisikofaktorer, der er overrepræsenteret i disse grupper samt disse gruppers mangelfulde sundhedskompetence og mindre brug af sundhedsvæsenets tilbud. Dermed risikerer man i svangreomsorgen blot at stille yderligere krav til den enkelte kvinde (rygestop, vægtreduktion, fysisk aktivitet, kost mv.) og dermed yderligere belaste grupper, der snarere har behov for reduktion af belastninger, udvidelse af handlemuligheder og flere ressourcer og støttende omsorg for at kunne gennemføre relevante risikoreducerende og sundhedsfremmende aktiviteter.

#### **1.7.1 Migranter fra ikke vestlige lande**

Det er positivt at afsnittet refererer den viden, som foreligger om betydningen af migranter og flygtninges leveforhold og sundhedstilstand for komplikationer under graviditet, fødsel og efter fødslen.

I den forbindelse finder Selskabet faglig anledning til at understrege, at en relevant og fyldestgørende kommunikation med sundhedspersonalet om væsentlige sundhedsmæssige og sociale forhold er en forudsætning for at reducere og håndtere de beskrevne risici.

Selskabet skal i den forbindelse påpege, at den eksisterende tolkebekendtgørelse må anses for at være særdeles uhensigtsmæssig og kontraproduktiv og Selskabet skal derfor kraftigt anbefale en ændring heraf. Helst i form af en fuldstændig afskaffelse af tolkegebyr i sundhedsvæsenet, da dette helt generelt indebærer uhensigtsmæssige og eventuelt sundhedsfarlige barrierer i kommunikationen mellem brugere og sundhedspersonale, men i det mindste bør hele svangreomsorgen være undtaget herfor.

## **Organisation**

### **Kap 2. Tilrettelæggelse af svangreomsorgen**

#### **2.6 Valg af fødested**

Man savner i høj grad Sundhedsstyrelsens udmelding om *krav og faglige anbefalinger til organisering af fødeområdet* i relation til det her foreliggende udkast til retningslinjer for svangreomsorgen, idet der naturligvis bør være sammenhæng imellem disse udmeldinger. Det er således væsentligt at vide hvor smal eller bred Sundhedsstyrelsens udmelding vil være for en bedømmelse af om udmeldingerne tilsammen vil udgøre et fuldgældigt materiale for organisering og kvalitet på området.

#### **2.7 Organisering af det sundsfaglige tilbud i barselperioden.**

Bl.a. i relation til ovenstående finder Selskabet også, at der især bør sættes særlig fokus på organiseringen og tilbuddene i forbindelse med fødslen og den umiddelbare barselsperiode. Det må anses for væsentligt at familien, mor og barn tilbydes en kvalitetspræget og tryk fødsel og barsel. Stigningen i ambulante fødsler og valg af hjemmefødsel bør således ikke være et resultat af fravalg af hospitalsfødsler pga. f.eks. overbelægning, begrænsede standardtilbud, for lidt personalestøtte og f.eks. rutinemæssig hurtig udskrivning. Selskabet er i øvrigt enig i, at det ikke er tilfredsstillende, at genindlæggelserne af dehydrerede/og eller ikteriske nyfødte nu blot er stagnerende.

Det er klart at de korte barselsindlæggelser med deraf følgende behov for effektiv koordinering mellem fødeafdeling, den kommunale sundhedstjeneste og den praktiserende læge indebærer en øget risiko for, at familier falder mellem flere stole. Der bør således både stilles tydelige krav til organiseringen og kvaliteten af fødsel- og barselsindsatsen, ligesom kvaliteten heraf bør monitoreres løbende. De i retningslinjerne tre nævnte punkter: screeninger, genindlæggelser af dehydrerede nyfødte mv. og observation af moderens tilstand bør anses som absolut minimum for vurdering af kvaliteten, og der bør være eksplicite krav og opstilles kvalitetsmål herfor.

##### **2.7.1.**

I relation til de tidligere beskrevne sociale forskelle og uligheder bør det understreges at barselsophold bør kunne tilbydes på steder, hvor der er let tilgængelig fornøden faglig støtte. Der bør således stilles krav om relevante muligheder samt krav til den sundhedsfaglige bistand og tilgængelighed.

### **3.1. Prækonceptionel rådgivning**

Som udgangspunkt finder selskabet overvejelserne om prækonceptionel rådgivning positiv.

I retningslinjerne anbefales prækonceptionel rådgivning tilbudt til alle kvinder mellem 18 og 30 år med henblik på hvilke sundhedsmæssige tiltag de med fordel kan gøre, inden de bliver gravide. Herefter anerkendes, at det er en udfordring at finde det rette tidspunkt herfor.

Selskabet skal i relation hertil foreslå, at man foretager en klarere adskillelse af almen sundhedsfremmende information og rådgivning herunder også vedr. fertilitet og seksualadfærd og en smallere og mere målrettet rådgivning ved ønske og planer om nærmestående graviditet.

Selskabet lægger vægt på tankerne om den generelle sundhedsfremme og finder således, at sundhedsfremmende information ikke bør begrænses til kvinder, idet dette også er yderst

relevant for mænd. Dette kan hensigtsmæssigt være et led i en generel almen information til både mænd og kvinder om sundhedsfremme, herunder vedr. fertilitet mv. Det har stor relevans for begge køn både i relation til at få sunde børn og helbredet i det hele taget. I relation hertil kan man naturligvis også nævne muligheden for at få en individuel konkret rådgivning når/hvis man planlægger at få børn.

Den prækonceptionelle individuelle rådgivning, herunder bl.a. tilskud af folsyre mv. er imidlertid anderledes idet den er specifikt målrettet opnåelse af en graviditet med sundt barn og mor. Også problemer i relation til at opnå graviditet kan indgå i sådan individuelle rådgivningssamtaler med kvinden og partneren.

Når Selskabet finder det væsentlige at skelne mellem disse to typer aktivitet er det bl.a. fordi tilgangen og strategierne for disse to forskellige typer tilbud grundlæggende bør tænkes og planlægges forskelligt.

I relation hertil bør det også erkendes, at kvinder fra 18 -30 år ikke nødvendigvis alle ønsker at få anvisninger på hvordan de skal leve for at føde sunde børn, hvis dette ikke forekommer dem relevant på et givet tidspunkt.

### **3.2.1.grundforløbets overordnede struktur**

Det forekommer lidt underligt, at man refererer, at WHO anbefaler mindst 8 kontakter i graviditeten, hvorefter man anbefaler 7-9. Selskabet finder det væsentligt, at dette ikke giver anledning til reduktion af kontakterne af økonomiske hensyn i planlægningen af svangreomsorgen.

### **Afsluttende**

Afsluttende skal Selskabet fremhæve, at man finder, at der med udkastet foreligger et særdeles godt og grundigt materiale, der kan udgøre et solidt, fagligt og organisatorisk grundlag for en nutidig svangeomsorg med høj kvalitet. Selskabet håber dog med sine kommentarer at kunne inspirere og bidrage til forbedringer på de nævnte punkter.

Med venlig hilsen  
På vegne af DASAMS

Marianne Jespersen  
Speciallæge i samfundsmedicin  
Næstformand i DASAMS bestyrelse

**From:** Anette Lund Frederiksen  
**Sent:** 2. februar 2020 07:19 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen

Hermed høringsvar fra lederkredsen i jordemoderforeningen

Venlig hilsen

Anette Lund Frederiksen  
Chefjordemoder  
Gynækologisk Obstetrisk afd. D  
Mobil: 20 55 40 08  
OUH

Start på videresendt besked:

**Fra:** Karen Stellingner <Karen.Stellingner@rsyd.dk>  
**Dato:** 31. januar 2020 kl. 09.00.49 CET  
**Til:** Anette Lund Frederiksen <Anette.Frederiksen@rsyd.dk>  
**Emne:** 202001 Høringssvar

Kære Anette

Så er det hele samlet i et dokument, se vedhæftede.

**Venlig hilsen**

Karen Stellingner  
Sekretær for afd.ledelsen  
[Karen.Stellingner@rsyd.dk](mailto:Karen.Stellingner@rsyd.dk) - [www.ouh.dk](http://www.ouh.dk)  
Tlf. +45 30576656

Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D  
Odense Universitetshospital  
Kløvervænget 23, Indgang 55, 2. sal, 5000 Odense C

Sundhedsstyrelsen, Forebyggelse,

[fob@sst.dk](mailto:fob@sst.dk)

cc Christine Brot

[chb@sst.dk](mailto:chb@sst.dk)

Professionshøjskolen UCN

Jordemoderuddannelsen

Selma Lagerlöfs Vej 2

Postboks 38

9100 Aalborg

Tlf. 72 69 50 00

[campus-sl@ucn.dk](mailto:campus-sl@ucn.dk)

[www.ucn.dk](http://www.ucn.dk)

[www.ucn.dk/english](http://www.ucn.dk/english)

## **"Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen"**

Jordemoderforeningens lederkredsbestyrelse ønsker hermed at give høringssvar på udkast til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen.

Lederkredsbestyrelsen vil gerne anerkende det omfattende og tidskrævende arbejde med at få bearbejdet materiale og input samt udgivet udkastet. Der har været en bred involvering, som skønnes at gøre materialet bæredygtigt på flere arealer inden for svangreomsorgen.

Der er nogle elementer, som lederkredsbestyrelsen ønsker at kommentere på og har forslag til ændringer til, som vi håber, at Sundhedsstyrelsen vil overveje.

Dato: 30. januar 2020

Ref.: Githa Cajus

Direkte tlf.: 72 69 09 75

E-mail: [gtc@ucn.dk](mailto:gtc@ucn.dk)

### **Navngivning**

Materialet er benævnt "retningslinjer" mod tidligere "anbefalinger". Det fremgår ikke klart af dokumentet, hvad denne skærpelse indebærer, og hvilke konsekvenser det bør have for den videre sagsbehandling, når retningslinjerne skal fortolkes, prioriteres og implementeres. Det er heller ikke sandsynliggjort, hvilke politiske beslutninger, der forventes i forlængelse af retningslinjerne.

Således vil en tydeliggørelse af dokumentets status i forbindelse med ny benævnelse være ønskelig.

### **"Det generelle planlægningsprincip, at øvelse gør mester"**

I dokumentet indgår i indledningen en henvisning til "Det generelle planlægningsprincip" at "øvelse gør mester". Lederkredsbestyrelsen har forgæves eftersøgt et teoretisk eller empirisk grundlag for dette princip som et generelt planlægningsprincip, men uden held. I dokumentet i afsnit 2.2.1 henvises til, at "*...Udgangspunktet for Sundhedsstyrelsens rådgivning og nærværende anbefalinger er jf. sundhedslovens § 2 blandt andet det generelle planlægningsprincip, om at 'øvelse gør mester'. ...*",

"øvelse gør mester" findes som princip inden for rehabilitering og muskeltræning, særligt i fysioterapi, og anvendes under referencen SAID (specific adaptations to imposed demands). Her er det påvist, at en krop tilpasser sig de krav, den bliver udsat for. Hvis dette er parallellen til et planlægningsprincip, vil lederkredsbestyrelsen gerne forholde sig kritisk til anvendelsen i forbindelse med retningslinjer for svangreomsorgen. Dels, da der ikke er (som vi kan finde) belæg for at drage paralleller fra rehabilitering og kropslige præstationer til generelle planlægningsprincipper i det danske sundhedsvæsen, dels, da øvelse eller træning ikke kan stå

alene som et princip, men må involvere andre elementer, herunder bl.a. struktur, kultur, evidens og ressourcer.

Årsagen til den kritiske forholden er, at det til enhver tid vil være essentielt at der i anvendelsen af et princip om at øvelse gør mester, sker en forudgående nøje granskning af, hvilken øvelse, og på hvilken måde, der er ønskelig. Hvis man øver sig på det forkerte, vil der kunne ske det u hensigtsmæssige, at man også bliver mester i noget forkert.

Således anbefaler lederkredsbestyrelsen, at bemærkningen om det generelle planlægningsprincip "øvelse gør mester" ikke indgår i et officielt dokument fra Sundhedsstyrelsen, som udstikker retningslinjer for svangreomsorgen.

### **Reference til ikke-udgivet dokument**

I høringsmaterialet fremgår i samme afsnit reference til "Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet" som grundlag for Sundhedsstyrelsens rådgivning. Dette forekommer upassende, da disse krav og anbefalinger i høringsfasen fik en del kritik og fortsat ikke er udkommet.

Lederkredsbestyrelsen anbefaler således, at "Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet" ikke fremgår som grundlag for Sundhedsstyrelsens rådgivning i retningslinjer for svangreomsorgen.

### **Sammenhæng i dokumentet**

Dokumentet bærer præg af at være sammenskrevet fra flere arbejdsgrupper og personer. Det er forståeligt, når der har været bred involvering, men det fremstår uens, hvilket besværliggør overblik og mindsker læsevenlighed af dette omfattende dokument.

Det kan være svært at afgøre igennem dokumentet, om teksten repræsenterer en beskrivelse af svangreomsorgens aktuelle tilstand og tilrettelæggelse, eller om den repræsenterer retningslinjer for tilrettelæggelse og udøvelse af svangreomsorg.

Lederkredsbestyrelsen vil foreslå en gennemskrivning, som indarbejder ensartet opsætning, referencehåndtering og udtryk samt tydeliggørelse af, hvad der er beskrivelser og hvad der er retningslinjer, ville være ønskelig inden endelig udgivelse.

### **Referencer generelt**

Der er bedre kildehenvisninger i dette høringsmateriale end i 2013-udgaven, men referencerne er mangelfulde. Der er mange steder, hvor der er informationer af påstående/konstaterende karakter, hvor der ikke er nogen reference, eksempelvis i Kap. 1.2.1 og 6.6.1 samt indledningen til kapitel 1.

Man bør anvende referencer på samme måde i alle kapitler. I kap 1 er de alle samlet efter kapitlet og der er i starten ingen henvisninger i teksten. Side 15 er eksempelvis i brug af referencer til kilderne i teksten.

En statslig instans som Sundhedsstyrelsen og dens udgivelser bør tydeliggøre via konkrete referencer, hvorfra den henter baggrund, forståelser, viden og evidens, der ligger til grund for en anbefaling/retningslinje.

Lederkredsbestyrelsen anbefaler, at kildehenvisning og referencehåndtering sker konsekvent, gerne som på s. 15 – evt. efter Vancouver-regler.

## **Underretning**

Afsnit 2.7.2 ang. sundhedspersoners pligt til underretning kan man kan læse, som om det kun gælder efter fødslen. Indholdsmæssigt er afsnittet fint.

Lederkredsbestyrelsen foreslår, at der skrives et selvstændigt kapitel om underretning, der udfolder konteksterne for samme.

## **Detaljeringsgrad**

Dokumentet er præget af forskellig detaljeringsgrad under de forskellige overskrifter. Særligt springer det i øjnene, at afsnittene vedr. fødsel og behandling, er meget detaljerede og nærmest har karakter af kliniske retningslinjer.

Dette er efter lederkredsbestyrelsens mening ikke hensigtsmæssigt, da kliniske retningslinjer løbende justeres efter nye forskningsresultater, ændret praksis og evidensbaserings, og dokumentet dermed hurtigt kan blive forældet.

Således bør der af afsnittene ikke fremgå tekst, som tenderer kliniske retningslinjer, ligesom der ikke bør indgå DSOG-guidelines direkte i dokumentet, men blot som en henvisning i referencelisten.

## **Sundhedsfremme og forebyggelse**

I afsnit 3.5 om indhold i konsultationerne fremgår, at "risikosporing er altid en del af formålet med konsultationerne".

Lederkredsbestyrelsen noterer sig, at sundhedsfremme og forebyggelse ikke er nævnt i beskrivelsen i afsnittet. I skemaet med oversigt over indhold fremgår sundhedsfremme og forebyggelse konsekvent, hvorfor det også bør fremgå, sideordnet med risikosporing, af prosateksten i beskrivelsen af indhold i konsultationerne.

Således anbefaler lederkredsbestyrelsen, at beskrivelsen udvides med sundhedsfremme og forebyggelse.



## **Forskellige fagområder og professionelle grupper**

Jordemoderen som en del af obstetrisk afdeling er gennemgående, men er ikke selvstændigt beskrevet eller refereret til. Det vil være hensigtsmæssigt, at jordemoderen benævnes alle steder, hvor konsultationer eller undersøgelser kan forventes varetaget af jordemødre. Eksempelvis s. 34, hvor den midterste kasse i grundforløbet hedder "*Obstetrisk afdeling*". Der kan stå obstetrisk afdeling med reference til visitation og fosterdiagnostik, men der bør der være en "Jordemoder"-kasse med konsultationer, fødselsforberedelse, evt. hjemmebesøg, efterfødselssamtale osv. til både grundforløb og individuelle ydelser.

Det forekommer uhensigtsmæssigt, at hele området "Føtalmedicin" ikke er beskrevet, hverken i tekst eller som en del af oversigtstabeller. Føtalmedicin er en integreret del af svangreomsorgen og der ligger en stor andel kontroller her oveni de nævnte.

Lederkredsbestyrelsen anbefaler, at der i oversigten på s. 34 indsættes en kasse til jordemoderydelser, samt at føtalmedicin kommer til at indgå i tekst og oversigter.

## **Samarbejde med de kommende forældre**

I afsnittet side 11-12 om samarbejde med de kommende forældre har lederkredsbestyrelsen nogle principielle overvejelser.

I forhold til forudsætninger for at blive inddraget, er det vigtigt, at det bliver tydeligt, at der påhviler de sundhedsprofessionelle et særligt ansvar for at sikre inddragelse og patientcentrering i alle dele af en samtale. Der nævnes flere elementer, som skal indfries i kommunikationen for, at der kan opnås tillid og en individualiseret information, der tilgodeser de enkelte, konkrete familier med deres specielle livsforhold og individuelle perspektiver. De tal, der senere i dokumentet fremhæves i afsnittet om sundhedskompetence afspejler dog, at opgaven med dette er en udfordring.

Opgaven skal indfris af de sundhedsprofessionelle, og kræver særlige færdigheder og kompetencer. Hvis der arbejdes med disse færdigheder og kompetencer, vil det kunne adressere ovennævnte udfordring gennem bedre understøttelse af den ønskede involvering, og deraf følgende bedre behandlingskvalitet. Derudover vil det styrke en kompetent varetagelse af processer i fælles beslutningstagen, som beskrives i de efterfølgende afsnit.

Lederkredsbestyrelsen anbefaler, at dette færdigheds- og kompetencebehov fremhæves, og at det i retningslinjerne anbefales at tilstræbe, at alle sundhedsprofessionelle i svangreomsorgen mestrer disse færdigheder og har disse kompetencer. .

## Metoden "Very Brief Advice" som retningslinje

I afsnit 5.7.2 om sundhedspersonalets opgaver i forbindelse med graviditet og rygning fokuseres udover en gennemgang af rygningens betydning ret ensidigt på metoden "Very Brief Advice", som anbefales som redskab i alle dele af sundhedsvæsenet til at opspore og henvise til rygestop.

Lederkredsbestyrelsen finder, at denne ensidighed i forhold til andre elementer af metoder til forebyggelse og sundhedsfremme i relation til livsstil, samtaler om KRAM mv., herunder sundhedsfaglig kommunikation og en sundhedspædagogisk tilgang, gør retningslinjerne mangelfulde. Metoden står i modsætning til brugerinddragelse, patientinvolvering – og særligt nødvendigheden af at afdække et informationsbehov, før den sundhedsprofessionelle begynder at rådgive. Rådgivningen kommer nemt til at handle om den sundhedsprofessionelles mål og IKKE patientens mål. "Very Brief Advice" kommer til at stå i modsætning til afsnittet om samarbejde med de kommende forældre, da metoden tilsidesætter patientens perspektiv og alene giver den sundhedsprofessionelle mulighed for at registrere, at problemet er adresseret og sendt videre.

Samtidigt er det jf. SFI ikke videnskabeligt påvist, at VBA-metoden har en direkte effekt på rygning. Således bør den ikke fremgå i en retningslinje for svangreomsorgen.

Lederkredsbestyrelsen anbefaler at metoden "Very Brief Advice" udgår af Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen.

## Beslutningsstøtteværktøj

I afsnit 11.3.1 henvises til et elektronisk beslutningsstøtteværktøj, som indleder med teksten "Ikke alle kan vælge".

Denne formulering er problematisk, når der i forbindelse med interventioner og behandling jf. sundhedsloven altid skal ske informeret samtykke, og kvinden ved lov har ret til at vælge.

Lederkredsbestyrelsen mener ikke, at denne formulering kan fremgå af en retningslinje fra Sundhedsstyrelsen. Det anbefales således, at dette link ikke fremgår af retningslinjerne.

## Organisering

Det er positivt, at der i høringsmaterialet er en jordemoderkonsultation i første trimester med henblik på den tidlige sundhedsfremmende indsats. Det spiller godt sammen med, at man har valgt at lægge selve hovedansvaret for visitationen over til en sygehusopgave, således den "dobbelte" visitation, der foregår i dag i både almen praksis og på sygehuset, overgår til at blive en ren sygehusopgave.

I det oprindelige forslag fra arbejdsgruppen lå der en konsultation hos egen læge i uge 22, og denne var foreslået kunne udgå, hvis den gravide havde tilknytning til obstetrisk ambulatorium. Vi undrer os, at denne er ændret til en jordemoderkonsultation? Og vores bemærkning hertil vil være, at der er for langt mellem uge 10 og uge 31. Vi mener heller ikke at konsultationen i uge 29 bør være en flexkonsultation for førstegangsfødende. Desuden må der være indsneget sig en fejl i oplægget, da uge 37 står til ikke at være en del af grundforløbet. Det bør den være, og det er den også beskrevet som i det oprindelige forslag fra arbejdsgruppen. Generelt til denne oversigt vil vi anføre, at det er uheldigt, at der er indsneget sig flere fejl. Det har været til lang og grundig drøftelse i arbejdsgruppen, og der er mange faglige overvejelser bag konsultationsoversigten.

Vi hilser forslaget velkomment, at der anbefales Kendt Jordemoder Ordning til sårbare gravide. Vi er af den overbevisning, at mange gravide med forskellige former for sårbarhed kan profitere af at være i en Kendt Jordemoder Ordning, dog bør man tage med, at disse ordninger ikke er omkostningsneutrale.

Vi vurderer samlet, at Regningslinjerne indeholder mange meget positive tiltag, men at ambitionerne ikke lader sig indfri i de bestående økonomiske rammer.

På vegne af Jordemoderforeningens lederkredsbestyrelse

**From:** Bodil Kirstine Møller  
**Sent:** 31. januar 2020 16:34 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Høring om retningslinjer for svangreomsorg

Kære Christine Brot.

Hermed et bidrag i relation til høringen om "Retningslinjer for svangreomsorg" fra Jordemoderuddannelsernes ledernetværk,

Med venlig hilsen



**Bodil Kirstine Møller**  
Uddannelsesleder

Jordemoderuddannelsen  
Institut for Terapeut- og Jordemoderuddannelser  
Det Sundhedsfaglige Fakultet  
51632630  
bomo@kp.dk

Københavns Professionshøjskole  
Sigurdsgade 26  
2200 København N

[www.kp.dk](http://www.kp.dk)



## JORDEMODERUDDANNELSERNES LEDERNETVÆRK

Sundhedsstyrelsen, Forebyggelse,

[fob@sst.dk](mailto:fob@sst.dk)

cc Christine Brot

[chb@sst.dk](mailto:chb@sst.dk)

D. 29-2 2020

### **Uddannelsesledernetværket for jordemoderuddannelserne i Danmark har flg. kommentarer til Høringsudkast for Retningslinjer for svangreomsorgen**

Udkastet til nye retningslinjer for svangreomsorgen er generelt et grundigt, evidensbaseret og nutidigt arbejde.

Der er flere aktualiserede og evidensbaserede tilgange og principper. Særligt positivt er de 6 principper, som indsatsen skal bygges på, om end der er nogle enkelte formuleringer, der kunne forbedres (der har eksempelvis længe været en diskussion om, hvorvidt man kan tale om noget "naturligt" i forbindelse med livsprocesser; måske kunne der stå *vigtige livsudviklingsprocesser*?)

Der er også flere af de enkelte afsnit, der er blevet mere evidensbaserede og handlingsanvisende, særligt i relation til individualiseret omsorg, fælles beslutningstagen, efterfødselssamtale og barselsperioden er der væsentlige konkrete forbedringer.

Der er dog også enkelte dele, der er enten uklare eller mangelfulde, ligesom der enkelte steder er kapitler, der kommer til at modsige hinanden.

Det kan også undre, at der er et skift i formuleringen, hvor det tidligere hed "Anbefalinger for svangre", hedder det nu "Retningslinjer for svangre", har dette betydning? Man kan jo håbe på, at det stiller større krav til efterlevelse i praksis, men det fremgår ikke.

Der er særligt flg. Områder, vi gerne vil kommentere:

1. Niveaudelingen af gravide i relation til visitation er en konkret organisering af ønsket om optimal individuel tilrettelæggelse i relation til kompleksitetsniveau hos de gravide og fødende familier. Hvilket er nødvendigt. Der er i Høringsudkastet som noget nyt påpeget, at *"den obstetriske speciallæge har det overordnede faglige ansvar for komplicerede graviditeter og fødsler, herunder forløb med stor risiko"* ( s.19). Det er der ingen tvivl om, at den obstetriske speciallæge har, men det ser ud til, at der i denne formulering ligger en mangel af den generelle jordemoderfaglige indsats som beskrevet i vejledning om jordemødres virksomhed: *"Jordemoderen kan rådgive den svangre og dennes familie om graviditet, fødsel og barselsperiode, herunder give oplysning om øvrige tilbud om forebyggende foranstaltninger i svangerskabet og i*

*den første tid efter fødslen. Jordemoderen kan vejlede om familieplanlægning, svangerskabsforebyggelse, sundhedsfremme og forebyggelse, amning samt forberede de fremtidige forældre til fødslen, barselperioden og rollen som forældre. Jordemoderen kan undervise grupper i ovenstående. Jordemoderen kan foretage opsøgende virksomhed efter socialt behov samt besøg i hjemmet ved planlagt hjemmefødsel eller ambulante fødsler. Jordemoderen kan i barselperioden fortsat varetage observation, pleje og behandling af kvinden og barnet og kan aflægge barselsbesøg hos familien. Ved barselperioden forstås her de første 14 dage efter fødslen. Ved behov kan besøg dog aflægges i en længere periode. (Vejledning nr.151 af 8. august)*

Endvidere: Den jordemoderfaglige indsats med almen understøttelse af den prænatale og natale tilknytning og familiedannelse hos ukomplicerede forløb er vigtig og nødvendig - også i risikoforløb. Derfor bør der samtidig være en hovedansvarlig jordemoder-kontaktperson for de familier, som har øget risiko eller komplikationer.

2. I udkastet til Sundhedsstyrelsens retningslinjer dec. 2019 omtales risikovurdering og fosterdiagnostik meget sparsomt. Det er derfor ikke tydeligt, hvilken sammenhæng der er mellem Sundhedsstyrelsens retningslinjer for fosterdiagnostik og hhv. den alment praktiserende læges og jordemoders opgave i forbindelse med information om risikovurdering og fosterdiagnostik til gravide.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside refereres til følgende centrale punkter i retningslinjerne for fosterdiagnostik fra 2017:

- *Der skal være tilbud om information, som gør det muligt for den gravide selv at tage stilling til undersøgelserne. Informationen til de kommende forældre skal være fyldestgørende, tidssvarende og neutral, og give dem viden om de eksisterende fosterdiagnostiske tilbud, så tilvalg eller fravalg af undersøgelser sker på et informeret grundlag.*
- *To nye undersøgelsesmetoder er indført i retningslinjerne fra 2017: Non-Invasiv Prænatal test (NIPT) og kromosom mikroarray. Disse undersøgelser kan komme på tale, hvis scanningerne eller andre forhold giver mistanke om, at fostret har en kromosomafvigelse”*  
<https://www.sst.dk/da/viden/graviditet-og-foedsel/svangreomsorgen/fosterdiagnostik>

Som tilbuddet om risikovurdering til gravide er i dag, er det vanskeligt at sige nej til, for det har udviklet sig til at blive en del af 'graviditetskulturen', som de fleste siger ja til. Samtidig har informationen i mange sammenhænge i den offentlige debat været kritiseret for at være mangelfuld. De fleste sætter ikke spørgsmålstejn ved, om denne undersøgelse er relevant for dem, og hvad det evt. kunne betyde i deres liv (Niklasson, 2015).

Tidligere undersøgelser peger også på, at kvinders forventninger til ultralydsundersøgelse i graviditeten ikke stemmer overens med det, som undersøgelsen går ud på (Lou 2007). Desuden er beslutninger om eventuelt at afslutte graviditeten på baggrund af risikovurdering og fosterdiagnostik en tung beslutning (Lou 2018). Derfor kan nogle gravide blive fanget i et undersøgelsesforløb, som de egentlig ikke var informerede om og forberedte på.

3. Der nævnes i flere afsnit (3.5, 4, 13 og 14) betydningen af prænatal tilknytning og tilknytning mellem barn og forældre i hele forløbet og i den første tid. Det er meget positivt, at dette er fremhævet flere steder, der mangler dog italesættelse af den understøttende indsats, der sker i jordemoderkonsultation og i forældre- og

fødselsforberedelse, når der tales om forældrenes forestillinger og oplevelser med tanker om forælderrollen og eventuelle tanker i forhold til egen barndom, og når der mærkes på og lyttes til barnet ( Stern 1999, Broden 2002, Kilen 2010 ), ligesom der henvises til at forebygge tilknytningsproblematikker for socialt udsatte og sårbare gravide, men ikke i relation til gruppe 1., hvor der også kan forekomme tilknytningsproblemer (Kilen 2010).

#### 4. I afsnittet om overbårenhed (graviditas prolongata):

I afsnittet fremgår ældre tal for dødelighed i ugerne over termin. Der bør anvendes nyeste tal, eftersom dødeligheden er faldet i alle gestationsuger over de sidste 20 år. ESundhed har 2018-tal på både dødelighed og igangsættelse. Dødeligheden er ikke stigende over termin i Danmark—formentlig pga en god profylakse. Af materielle årsager til fosterdød bør også nævnes social udsathed og etnicitet. Der indgår tal om dødelighed og cerebral parese, der baseres på tal fra 37. gestationsuge. Disse tal har ingen relevans i et afsnit, der omhandler overbårenhed.

Afsnittet fremstår som misvisende og biased i retning af, at kvinder skal vælge igangsættelse, eftersom der redegøres fyldestgørende for risici ved overbårenhed, men mangler redegørelse for risici ved igangsættelse. Her bør nævnes det, vi har stort kendskab til : hyperstimulation, lav apgar, mekonium tilblandet fostervand, blødning efter fødslen, sectio, lynfødsel, chorioamnionitis og i sjældne tilfælde placentaløsning og uterin ruptur. Som angivet i produktresumé bør informeres om, at det anbefales, at fødsler igangsæt med prostaglandin eller oxytocin foregår på hospitalet med mulighed for overvågning af barn og uterus.

Generelt mangel på referencer og DSOG guidelines kan ikke anvendes som reference, eftersom disse ikke er systematiske reviews, indbefatter nyeste viden eller refererer direkte fra videnskabelige studier.

Konklusionen i Boks 1 er uacceptabel, eftersom der ikke er evidens for at anbefale igangsættelse i uge 41. Sundhedsstyrelsen bør ikke anbefale noget, der ikke er evidens for, og som kan medføre bivirkninger for såvel mor og barn. ( s.132)

#### 5. Metoden "Very Brief Advice" som retningslinje

I afsnit .7.2 om sundhedspersonalets opgaver i forbindelse med graviditet og rygning fokuseres udover en gennemgang af rygningens betydning ret ensidigt på metoden "Very Brief Advice", som anbefales som redskab i alle dele af sundhedsvæsenet til at opspore og henvise til rygestop.

finder, at denne ensidighed i forhold til andre elementer af metoder til forebyggelse og sundhedsfremme i relation til livsstil, samtaler om KRAM mv., herunder sundhedsfaglig kommunikation og en sundhedspædagogisk tilgang, gør retningslinjerne mangelfulde. Metoden står i modsætning til brugerinddragelse, patientinvolvering – og særligt nødvendigheden af at afdække et informationsbehov, før den sundhedsprofessionelle begynder at rådgive.

Samtidigt er det jf. SFI ikke videnskabeligt påvist, at VBA-metoden har en direkte effekt på rygning. Således bør den ikke fremgå i en retningslinje for svangreomsorgen.

Vi anbefaler at metoden "Very Brief Advice" udgår af Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen.( s73)

6. Det kan virke som en selvmodsigelse, at der er en åbenhed for rolige forløb i ukomplicerede fødsler med sen afnavling, hud mod hud og eventuel vandfødsel, samtidig med at bør måles navlesnors-PH på alle nyfødte ( s.162).

#### 7. Referencer generelt

Der er bedre kildehenvisninger i dette høringsmateriale end i 2013-udgaven, men referencerne er mangelfulde. Der er mange steder, hvor der er informationer af påstående/konstaterende karakter, hvor der ikke er nogen reference, eksempelvis i Kap. 1.2.1 og 6.6.1 samt indledningen til kapitel 1.

Jordemoderuddannelserne bruger meget retningslinjerne i undervisningen, og vi henviser de studerende til altid at se på referencer, hvorfor vi finder det af største vigtighed, at der er konsekvent og retvisende brug af referencer.

#### Referencer:

Broden, Margareta: *"Graviditetens muligheder"* Akademisk forlag, 2002

Kilen, Kari; *"Omsorgssvigt, det teoretiske grundlag"* Hans Retizel forlag, 2010

Lou, Stina: *"Risiko for kromosomfejl hos fosteret skaber kun kortvarig bekymring"*, 2015

Niklasson, Grit; *"Graviditet og risiko"*\_Samfundslitteratur.,2015

Stern, Daniel *"Moderskabskonstellationen"*, 1999.

*Vejledning nr. 151 af 8 august 2001*

Venlig Hilsen

Op vegne af jordemoderuddannelsernes ledernetværk:

KP

**Bodil Kirstine Møller**

Uddannelsesleder

Jordemoderuddannelsen

Institut for Terapeut- og Jordemoderuddannelser

Det Sundhedsfaglige Fakultet

51632630

bomo@kp.dk

Københavns Professionshøjskole

Sigurdsgade 26





# DSOG

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi  
Danish Society of Obstetrics and Gynaecology

## DSOG's KOMMENTARER TIL REVISION AF SVANGREOMSORGEN, JANUAR 2020

DSOG takker for muligheden for at kommentere på "Retningslinjer for svangreomsorgen".

Vi har haft høringsmaterialet rundsendt til relevante kolleger, herunder DSOG's Styregruppe for Obstetriske Guidelines. Alle disses kommentarer er samlet i dette dokument.

DSOG synes, at de beskrevne retningslinjer overordnet er fagligt velfunderede. Det reviderede udkast er langt bedre end første udgave og med en god sammenhæng mellem indhold og opdeling.

Indsatser omkring gravide på niveau 3 og 4 er fagligt relevante og understøtter strategien omkring tidlig indsats til sårbare gravide og deres familier. Man må med de beskrevne tiltag forvente at disse imødekommes med tilførsel af ressourcer til fødestederne.

Andelen af gravide med niveau 2 er steget, hvilket formentlig vil betyde, at mange gravide skal tilbydes flexkonsultationer. Dette vil være en udvidelse af det nuværende niveau men fagligt relevant. En svangreomsorg, som sikrer individuel tilgang, forberedelse til fødsel og forældreskab samt opfølgning efter fødslen, vil være et vigtigt bidrag til optimal familiedannelse, samt sundhed for mor og barn på kort og på lang sigt.

Siden arbejdsgrupperne afsluttede deres arbejde med revision af svangreomsorgen i 2018 er der kommet en lang række opdaterede nationale guidelines fra DSOG, guidelines, som DSOG selvfølgelig synes bør indgå i denne revision. Hvor dette er tilfældet har vi derfor noteret at nye nationale guidelines foreligger, men ikke i alle tilfælde opdateret de relevante kapitler iht. denne viden. Såfremt SST ønsker denne opdatering, deltager vi gerne heri.

Høringsudkastet er meget omfangsrigt og fremstår i flere kapitler som en lærebog. Dette kan være uhensigtsmæssigt, da ny evidens hurtigt kan medføre ændrede faglige guidelines for patientbehandlingen, særligt hvad angår de obstetriske problemstillinger. Der beskrives ikke, hvordan faglig opdatering sikres. De obstetriske afdelinger har en meget velfungerende praksis for at sikre nationalt funderede ensartede retningslinjer, og der er en velfungerende praksis for anvendelse af og systematisk opdatering af disse guidelines. I det daglige benyttes disse guidelines, såfremt man søger viden om håndtering af gravide og fødende kvinder.

## GENERELT

Der er dog stadig mange gentagelser hen over kapitlerne og DSOG foreslår derfor, at man med fordel laver et kapitel i starten om:

- overordnet, kortfattet, ikke lærebogsagtig - normal psykisk udvikling gennem graviditet, fødsel og barsel

- overordnet, kortfattet, ikke lærebogsagtig - informeret samtykke og fælles beslutningstagning.

Herefter vil flere underafsnit i de enkelte kapitler kunne udelades, samt spredte sætninger med: "kvinden skal informeres og fordele og ulemper og afgive informeret samtykke".

Mange afsnit har lærebogskarakter og er derfor ikke relevante i en "Anbefaling for svangreomsorgen" eks s 152, 154, og angivet nedenfor.

Kapitlerne er ikke ens i opbygning og særligt ifht. inkluderede/ikke inkluderede referencer. Der er ikke konsistens mellem angivelse af referencer i tal eller med (forfatternavn & årstal). Referencerne kan med fordel anføres alene med tal, herved gøres afsnittene langt mere læsbare. Desuden foreslår DSOG, at alle referencer ligger i ét bilag, idet en Retningslinje fortsat efter vores mening, IKKE skal være en lærebog og derfor ikke lang og med referencer – derfor et kompromis med referencer i særskilt fil!  
Det vil give mening at linke direkte til DSOGs vejledninger, såfremt disse indgår, herved reduceres antallet af referencer betydeligt.

DSOG undrer sig over, at man har ændret titel fra "Anbefaling" til "Retningslinje", venligst begrund.

DSOG har fra starten af processen omkring denne revision anfægtet, at der i referencegruppen ikke indgår medlem af DSOG men fra Lægeforeningen, hvorimod jordemødrene er repræsenteret ved deres organisation (Jordemoderforeningen). Vi ønsker fortsat at indgå i referencegruppen.

## **KOMMENTARER TIL DE ENKELTE KAPITLER.**

### **Kapitel 1**

#### **1.1**

s. 8 Medinddragelse:

*Præference og ønsker*

Kommentar: Dobbeltkonfekt. Det ene kan slettes

*Individuelle valg skal respekteres under hensyntagen til mors og barns helbred.*

Kommentar: Det er ikke muligt at gå imod den gravides valg uafhængigt af konsekvenser for hende eller barnet bortset fra tilfælde, hvor der ønskes tilvalg af behandling. Bør omformuleres

#### **1.2.1 og 1.2.2**

Kan evt udgå. (basisviden for de fagpersoner, som varetager graviditet og fødselsforløb).

#### **1.3.1**

Partneren har ikke en lovbunden ret til at få fri til graviditetsundersøgelser.

## 1.4

Meget fyldigt beskrevet. Fælles beslutningstagen er en metode, men ikke den eneste. Man kan nøjes med at beskrive lovgrundlaget for patienternes medinddragelse i beslutninger

### 1.5.1

Er den opdateret med seneste prognose fra Danmarks Statistik?

### 1.5.4

S 13 vedr. store børn: *...og børnene forløses oftere ved kejsersnit .*

Kommentar: Det er altid kvinden, der forløses – børn fødes! Ændres til *...og børnene fødes oftere ved kejsersnit .*

### 1.6.1

Man skal være opmærksom på at perinatal dødsfald i de helt tidligere gestationsaldre i Danmark (før GA 22) også inkludere provokerede aborter hvor barnet/fostret helt kortvarigt udviser livstegn, derudover kan der foretages provokerede aborter grundet fx svære hjertemisdannelser frem til GA 22+6. Disse vil tælle med i dødfødte efter GA 22. Begge grupper omfatter altså børn som ikke skulle forventes at overleve. De bør derfor ikke inkluderes. Dette er bemærket til Sundhedsdatastyrelsen, men er endnu ikke effektueret. Derudover mangler en nævner fx per 1000 fødte til flere af tallene.

### 1.6.3

*De hyppigste dødsårsager er ...*

Kommentar: Dette henviser til årsager fra hele norden – ikke specifikt til DK. Kan ændres til *De hyppigste dødsårsager i de nordiske lande er ...* og rækkefølgen er hjertesygdom, svangerskabsforgiftning, selvmord og blodpropper.

*Data for maternal mortalitet – fra DSOG's maternelle mortalitetsgruppe, korrespondance dec 2019, overlæge Birgit Bødker, NOH, Hillerød:*

Ifølge en opgørelse fra DSOG's Maternelle Mortalitetsgruppe er MMR i Danmark faldet fra 11 i 1990 til i 2017 3,2 per 100.000 og er blandt den laveste i verden.

## Kapitel 2

### 2.2

S 20 *...nærværende anbefalinger -*

Kommentar: Her refereres til anbefalinger – men titlen er ændret til Retningslinjer.

### 2.3

S 21

Niveau 3:

4. Bullit: Det at have mistet et barn optræder sammen med at have en partner i fængsel.

Kommentar: Uhensigtsmæssig ligestilling af vidt forskellige udfordringer – bør opdeles på 2 bullits

### 2.5.2

Retningslinjer bør gælde for den samlede svangreomsorg. Der bør ikke ske eksklusion af privat praktiserende jordemødre.

## 2.6

Fødested, skal redigeres når "krav og .." er færdigt

## 2.7

S 23 nederst

hvilke screeninger er der tale om?

### 2.7.3

Der tilbydes besøg i hjemmet. Stemmer ikke overens med **13.5.2**, hvor der kun tilbydes besøg i hjemmet for førstegangsfødende som har hjemme/ambulant. Men ikke til flergangsfødende.

### 2.8.1

Sproglig tilføjelse at nuværende svangerskabs- og vandrejournal, er i papirform.

Tilføjelse: egen læge skal opdatere FMK ved første svangrebesøg.

## Kapitel 3

Den prækonceptionelle rådgivning er et fantastisk tiltag, som DSOG kun kan støtte. Indholdet af denne rådgivning bør tage udgangspunkt i parret, altså både kvinden og hendes partner og deres sundhed.

Desværre er formålet lidt konservativt formuleret som "Formålet med prækonceptionel rådgivning er at forbedre kvindens sundhed og reducere risikomæssige, individuelle og miljømæssige faktorer, der kan have betydning for graviditetens forløb, fødslen og for mors og barns helbred". Ikke et ord i formålet om at ruste unge par til at tage kloge beslutninger for deres eget liv omkring familiedannelse og en decideret "missed opportunity" - at manden ikke er en del af formålet. I teksten fremstår han desværre ikke engang som naturligt inviteret (hvis hun har en mand) men mere som en mulighed hvis det er formålstjenesteligt.

Den prækonceptionel rådgivning er dog først og mest relevant blandt de kvinder/par, der inden for en overskuelig fremtid ønsker at blive forældre. Til udspørgen om refleksioner og tanker om familiedannelse findes en struktureret spørgeguide (Reproductive Life Plan, RLP), der er afprøvet bla. i Sverige (se vedhæftede artikler; Tydén et al. + Bodin et al).

Undersøgelser har vist, at parrene savner en tydeligere beskrivelse af inddragelse partner både i den præ-konceptionelle rådgivning og i årene inden. Der er efterhånden en række studier, der viser, 1) at mænd ønsker at blive inddraget ift både beslutninger om familiedannelse og ift præ-konceptionel rådgivning, og 2) at mænd oplever, at de sjældent fra sundhedsvæsenets side bliver (tilstrækkeligt) inddraget (se fx vedhæftet artiklen af Jones).

Fætter-Kusine ægteskaber er omtalt under medicinske tilstande mens en række fertilitetsrelaterede tilstande som endometriose, PCO, blødningsforstyrrelser, nedsat sædkvalitet osv. ikke er det.

### 3.2.1

1 afsnit kan forkortes til "Der er sikker evidens for at sufficente antal svangrekonsultationer medvirker til at nedsætte perinatal mortalitet, samtidig med at kvinderne er mere tilfredse i disse forløb".

*S 31: Den første jordemoderkonsultation der finder sted senest uge 10.*

Kommentar: Det forekommer at være en meget stor logistisk udfordring at sikre, at kvinden har været hos egen læge, at der er sendt svangrepapirer, at der er sket en visitation på fødeafdelingen og at der er en aftale om jordemoderkonsultation inden for så kort tid efter at graviditeten er konstateret.

Første besøg hos jordemoder kan med fordel ligge efter 1. trimester ultralydsskanning, så de der aborterer tidligt eller får påvist at graviditeten er gået til grunde ikke skal deltage i denne konsultation. Ressourcer bør bruges senere i graviditet, og EL har jo lavet en del af visitationen og samtale om KRAM.

Man kunne overveje om indholdet i de to første konsultationer med fordel kunne samles og varetages under den første konsultation hos egen læge

Afsnittet kan generelt sprogligt afkortes.

### 3.2.3

Indledning. Skal det hele stå her eller kan det afkortes?

### 3.5

S 35 Sprog med risikoopsporing og faresignaler, kan det ændres til screening og vurdering af ikke normale tilstande?

S 36:

Med det foreslåede grundforløb er der hos rhesus positive gravide ikke vurdering af fostertilvækst mellem uge 25 og uge 31.

Kommentar: Det kan formentlig være tilstrækkeligt ved flergangsgravide med tidligere ukompliceret graviditet og fødsel af normalt stort barn, men for førstegangsgavide vurderes det at være uhensigtsmæssigt længe – og undersøgelse i uge 29 bør for disse være del af grundforløbet

*Vedr. undersøgelse Uge 35.* I skemaet er anført parentes om uge 35 for flergangsfødende.

Kommentar: Undersøgelse uge 35 bør være obligatorisk for alle, idet det bl.a. er på dette tidspunkt, at foster i underkropsstilling gerne skal identificeres. Parentesen bør fjernes.

*Vedr. undersøgelse Uge 37.*

Kommentar: Det er uklart, om denne undersøgelse er en del af grundforløbet – og for hvem- I margenen er ikke angivet, at det er en del af grundforløbet

S 37

Undersøgelse. Bullit 7: + Hæmoglobinopati

Kommentar: Alle Undersøgelser ved jordemoder og egen læge bør indeholde vejning.

S 37 1. Vurdering af kvindens helbredstilstand:

kvalme og opkastninger: drøftes, vurderes og behandles i almen praksis

S 39 – 3.5.3.

Tilføjelse til "Undersøgelser: bullit: lyttes hjertelyd

### **3.5.4**

*Jordemoderkonsultation uge 22*

Kommentar. Denne konsultation optræder ca. 2 uger efter 2. trimester ultralydskanning. Det er ikke relevant med obligatorisk vurdering af fostervækst.

### **3.5.5**

Formål

- Og undersøge for præeklamsi

Undersøgelse

6. Tilføjelse ("se nedenfor") hvis det ikke står i selve boksen kan man frygte at mange ellers vil sende det meste urin til D+R

### **3.5.8**

S 44. øverst: Alt for detaljeret. Dette er ikke en lærebog

### **Vedr grundforløb**

*Førstegangsfødende*

*Uge 8 -10- 12 (UL) - evt 15- 19 (UL) - 22 - 25 - evt 29 - 31- 35 - evt 37- 39*

*Flergangsfødende*

*Uge 8-10-12 (UL) - evt 15-19 (UL) - 22 - 25 - evt 29 - 31 - 35 -evt 37 -39*

Kommentar: Der synes at være 5 faste konsultationer før uge 25 – men kun 3 konsultationer efter uge 25. Det er positivt, at de flere tidlige konsultationer måske kan påvirke de gravides levevis. En del graviditeter vil på trods af en positiv graviditetstest hos egen læge vise sig ikke at være vitale.

Den skitserede grundplan reducerer antallet af undersøgelser i den sene graviditet, hvilket må vurderes at være udfordrende i forhold til mulighed for at erkende fostre med utilstrækkelig tilvækst, samt andre risikotilstande, herunder præeklamsi

### **3.5.11**

Vil evt blive ændret såfremt det kommer en ny NKR på området vedr. igangsættelse efter terminen.

Samtale. Informeres om procedure, fordele og ulemper ved igangsættelse. Informeres om anbefaling om igangsættelse mhp. at føde før GA 42+0.

Jordemor henviser til igangsættelse mhp. at føde før 42+0. (ikke nødvendigvis til fødselslæge).

### **3.6.1**

Vi får travlt hvis alle disse gravide henvises til obstetrisk læge. Nogle grupper, kunne afdelinger nøjes med at have lokale instrukser for kontrol og henvisning til obstetriker ved behov.

Fx

- BMI på 17.8 spørges af jordemor om der forelå en spiseforstyrrelse
- Tidligere coniserede kvinder kunne nøjes med at få scannet livmoderhals af sonograf.
- Kvinder med tidl provokeret eller missed abortion i 2.trimester kunne ses af jordemor

Desuden står der under 3.6.2. henvisning til obstetrisk speciallæge. Det er oftest en uddannelsessøgende læge (arbejder under supervision), der ser mange af disse patienter.

## Kapitel 4

Kommentar:

Generelt et godt og brugbart kapitel. Gode ændringer fra første udkast. Forudsætter stor grad af koordination (tovholder) og kontinuitet i svangreomsorgen, som pågår aktuelt.

Fint med afsnit om tolkebistand.

Vedrørende transportgodtgørelse: Nogle steder har man afskaffet transportgodtgørelse til de der har langt til behandlingsstedet. Det giver store udfordringer for forældrene og for behandlingsstedet, hvor det ofte betyder, at de kommende forældre ikke møder op til de aftalte kontroller. Hensigtsmæssigt om man i disse retningslinjer kunne anbefale en måde at imødekomme dette problem, der bidrager til ulighed i sundhed.

### 4.1

*Såvel tilknytningen til barnet som varetagelsen af omsorgen for barnet kan være en stor udfordring hos sårbare og socialt udsatte kommende forældre, som det er nødvendigt at imødekomme så tidligt som muligt i graviditeten for at varetage barnets mentale sundhed allerede i graviditeten, se også kapitel 14 (Brodén 2007).*

Kommentar:

Forslag til ændret formulering:

Såvel tilknytningen til barnet som varetagelsen af omsorgen for barnet kan være en stor udfordring hos sårbare og socialt udsatte forældre. Det er derfor nødvendigt at imødekomme denne udfordring så tidligt som muligt for at sikre barnets mentale sundhed allerede i graviditeten, se også kapitel 14 (Brodén 2007).

*I tilrettelæggelsen af indsatserne skal den kommende far eller partners ressourcer og udfordringer også identificeres, idet denne sociale udsathed og sårbarhed ligesom den kommende mor kan få betydning for graviditetens forløb og barnets trivsel efter fødslen.*

Kommentar:

Forslag til ændret formulering:

I tilrettelæggelsen af indsatserne skal den kommende far eller partners ressourcer og udfordringer også identificeres, idet dennes sociale udsathed og sårbarhed ligesom hos den kommende mor kan få betydning for graviditetens forløb og barnets trivsel efter fødslen.

### 4.2

Der skal stå specifikt hvem der koordinere et sådant samarbejde og med hvilke aktører.

#### **4.2.1**

*Med det formål at kvalificere indsatsen i forhold til at reducere ulighed i sundhed anbefales det at samle ekspertise for sårbare og socialt udsatte gravide både af hensyn til kvaliteten i indsatserne og af hensyn til den enkelte kvinde. Et tværfagligt team på hvert obstetrisk afdeling bestående af minimum en jordemoder, en fødselslæge og en socialrådgiver vurderes fagligt hensigtsmæssigt. Andre deltagere kan være en barselssygeplejerske, en sundhedsplejerske, en psykolog eller andre specialister. Disse kan evt. deltage ad hoc alt efter problemstilling og relevans. Kendskab til hinandens faglige kompetencer har stor betydning for, at den korte periode, som en graviditet udgør, udnyttes optimalt til kvindens og barnets bedste og bidrager til at styrke det tværprofessionelle samarbejde omkring familien. Det er derfor væsentligt, at samarbejdet beskrives og uddybes i forhold til eksisterende rutiner og procedurer for at sikre bæredygtighed af indsatserne på sigt.*

Kommentar:

Forslag til ændret formulering:

Med det formål at kvalificere indsatsen for socialt og sårbare kommende forældre anbefales det at samle den nødvendige ekspertise i tværfaglige teams. Et tværfagligt team bør som minimum bestå af en jordemoder, en fødselslæge og en socialrådgiver. Derudover vil der kunne tilknyttes andre fagpersoner som barselssygeplejerske, sundhedsplejerske, psykolog eller andre specialister. Disse kan eventuelt deltage ad-hoc efter problemstilling og relevans. Deltagelse af flere fagprofessionelle vil sikre bred kompetence i teamet og dermed sikre optimal udnyttelse af den korte periode som en graviditet udgør. Det er vigtigt at der sikres et bredt og velfungerende samarbejde også for at sikre en bæredygtig indsats, også på sigt

#### **4.4.1**

Forslag til ændret formulering:

Koordination af undersøgelser, tilbud og indsatser i region og kommune er essentielt. Det anbefales derfor, at der udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson i enten region eller kommune, der fungerer som tovholder for samarbejdet mellem sundhedsvæsenets aktører og for kontakten til kommunen. Tovholder bør være ansat der, hvor det er mest hensigtsmæssigt i forhold til den konkrete families problemer. Væsentligst er, at tilbuddene eksisterer – ikke hvor de er forankret.

#### **4.2.2**

Afkortes

Forslag til ændret formulering:

International forskning viser generelt flere spontane fødsler og færre indgreb, når der er tale om jordemoder-ledet kontinuerlig omsorg (Sandall 2016, Homer 2017). En international undersøgelse af specifikt kendt jordemoderordning for sårbare gravide viser flere spontane fødsler, færre kejsersnit, færre overflytninger til neonatal afdeling og færre indlæggelsesdage (Raymont-Jones 2015). Derudover inddrager jordemødrene hyppigere andre specialiserede personalegrupper (Raymont-Jones 2015).

#### **4.4.4**



#### 4.5.2

Vil den nye elektroniske vandrejournale indeholde oplysning om vold?

S 55 nederste afsnit, kan afkortes fx

*Vold mod gravide synes desuden at have en epigenetisk påvirkning af fostre, idet man har fundet påvirkning på børn fulgt frem til 10-19 årsalderen (Radtke 2011).*

Kommentar:

Bør slettes. Det omtalte studie har langt fra styrke til, at denne påstand er sikker. Studiet er meget lille (25 personer), og der er en lang række bias. Det er interessant, men det er ikke tilstrækkelig evidens til at medtage udsagnet i disse retningslinjer.

**4.5.2., 4.5.4 og 4.5.5** afkortes

**4.5.7** vedr. gravide, der er uønsket enlige anføres:

*S59 Som uønsket enlig gravid kan den gravide mangle følelsesmæssig støtte og engagement omkring graviditeten og samtidig føle sig svigtet. Sundhedspersonalet kan i en vis udstrækning kompensere herfor.*

Kommentar:

Vi anerkender, at sundhedspersonalet kan støtte – men ikke at de kan kompensere for.

Forslag til ændret formulering:

Sundhedspersonalet har en væsentlig opgave i at støtte disse kvinder.

#### 4.5.10

Foreslår at dette afsnit udgår. Det er ikke hospitalets ansvar at koordinere tiltag ifht bolig og meget stor opgave for fødestedet at vurdere det reelle boligbehov.

### Kapitel 5

Meget omfangsrigt, kan med fordel afkortes.

Overordnet er kapitlet let læseligt og tilgængeligt. Der er imidlertid især 2 (5.1 og 5.8) anbefalinger, som ikke lægger sig op af den nuværende viden på området og bærer præg af ikke at være baseret på opdateret evidens.

#### 5.1

##### Afsnit 5.1 Kost og kosttilskud

Det fremgår, at "Et forbrug på under 300 mg/dag er ikke associeret til negative gravidtetsudfald (Hermansen 2015). Gravide anbefales derfor at begrænse koffeinindtaget til 300 mg pr dag, svarende til højst 2-3 kopper kaffe om dagen".

Referencen Hermansen et al. er fra 2015 og konkluderer bl.a., at "et dagligt koffeinförbrug <300 mg/dag (svarende til < 3 kopper kaffe) har ingen betydning for evnen til at opnå graviditet eller risikoen for spontan abort." Mht. spontan abort nævnes eksplicit, at der ikke

på tidspunktet for udarbejdelsen af rapporten forelå meta-analyser, og i stedet henvises til referencer, der alle er publiceret indtil 2011.

Siden da er publiceret et større antal studier, og i 2017 en (dansk) meta-analyse, der entydigt viser, at 100 mg koffein sv.t. 1 kop kaffe per dag signifikant øger risikoen for spontan abort. Der er i øvrigt en stigende risiko med stigende forbrug. Se Lyngsø et al. Association between coffee or caffeine consumption and fecundity and fertility: a systematic review and dose-response meta-analysis. Clin Epidemiol 2017;9:699-719. doi: 10.2147/CLEP.S146496.

På denne baggrund anbefaler bl.a. Dansk Fertilitetsselskab i sin kommende guideline om livsstil og fertilitet, at "Efter positiv graviditetstest: Kvinder rådes til at holde det daglige koffeinindtag < 100 mg/dag (<1 kop kaffe) grundet øget risiko for spontan abort."

DSOG anbefaler SST at følge denne anbefaling

Ophør af evt. fiskeolie ved GA 35, skal op i boks, da mange ikke læser hele teksten.

### 5.1.2

Såfremt der er mistanke om anæmi ved 1.grav undersøgelse hos egen læge screenes med Hb og ferritin.

### 5.6.3

Appen: LactMed. en NIH faciliteret app ved medicin under amning

## Afsnit 5.8 Alkohol

Det anbefales, at "Kvinder, der planlægger at blive gravide, frarådes at drikke alkohol pga. fosterets særlige følsomhed i 1. trimester (prækonceptionel rådgivning)."

Anbefaling om afholdenhed hos kvinder, der planlægger graviditet har SST haft i mange år. Anbefalingen gav tidligere udmærket mening, da der var tvivl om alkohol påvirkede chancen for at opnå graviditet og om risikoen for spontan abort.

Mht. chance for at opnå graviditet både spontant og ved fertilitetsbehandling står der i Dansk Fertilitetsselskabs kommende guideline om livsstil og fertilitet bl.a:

*"Fekunditet og time-to-pregnancy: Kvinder: 11 studier i alt (1-11); 7 studier viste ingen sammenhæng (1-3, 5-6, 10-11); 2 viste nedsat risiko for lang time-to-pregnancy (TTP) ved forbrug på hhv. ½+/uge for vindrikkere (9) og >7-14/uge (8) (dvs. positiv effekt af lille forbrug) og øget risiko ved afholdenhed (8-9); 2 viste nedsat graviditetschance ved forbrug på hhv. ≥8/uge (3); 1-7,5/uge (7) og 1+/uge (4)."*

"Ti studier har vurderet sammenhængen mellem kvinders gennemsnitlige alkoholforbrug i relation til fertilitetsbehandling og sandsynligheden for graviditet og/eller levende fødsel (1-10). Ni studier så på IVF/ICSI (1-3, 5, 7-9), to på IUI-behandling (4,6). Overordnet set finder **ingen af studierne en sammenhæng med aktuelt forbrug.**"

På denne baggrund anbefaler Dansk Fertilitetsselskab i sin kommende guideline om livsstil og fertilitet, at "Alkoholindtag på <7 genstande om ugen for kvinder er ikke associeret med mindsket chance for at opnå spontan graviditet eller graviditet ved fertilitetsbehandling."

Mht. spontan abort fremgår det af DSOGs guideline Alkohol og graviditet (2016) og bilag 2 i nærværende Høringsudkast til 'Retningslinjer for svangreomsorgen, at der ikke er risiko for spontan abort ved et forbrug på 1-3 genstande per uge; og kun en mulig risiko ved 4-6 genstande per uge. Dansk Fertilitetsselskabs kommende guideline støtter op om denne udlægning.

På denne baggrund forekommer det ikke særlig evidensbaseret og heller ikke realistisk at anbefale afholdenhed for alle kvinder, der planlægger graviditet. For mange kvinder (og mænd), der planlægger og ønsker en graviditet, tager det måneder og endda år at opnå den ønskede graviditet.

DSOG vil anbefale SST at genoverveje denne del af anbefalingen. Enten kan denne del af anbefalingen udelades. Alternativt kan den formuleres således, at den tager højde for den manglende påvirkning af graviditetschance ved forbrug <7 genstande per uge og manglende risiko for spontan abort ved forbrug <3 genstande per uge.

## **Kapitel 6**

### **6.1**

Hyppigheden af mortalitet og IUGR ved graviditas prolongata er reduceret, hvis terminen er fastsat ved UL fremfor ved SM

Omformuleres til: Hyppigheden af den perinatale mortalitet samt .....

Det anbefales, at terminen fastsættes på baggrund af 1. trimesterskanningen i uge 12-13.

Rettes til: Det anbefales, at terminen fastsættes på baggrund af 1. trimesterskanningen i uge 11-14.

### **6.3**

Der er reelle anbefalinger til BT-måling - ligger på DSOGs hjemmeside. Den beskrevne er ikke den korrekte ifht cardiologisk selskabs anbefalinger, som DSOG støtter sig opad.

"For korrekt blodtryksmåling bør patienten have været i ro i 5 minutter eller mere, ikke have røget 30 minutter forud for målingen, sidde i et roligt rum ved stuetemperatur i en stol med ryglæn uden korslagte ben, have afslappede skuldre og med manchetten placeret i hjertehøjde.

Manchetten bør anbringes tætsiddende og glat på overarmen uden at give stase. Manchetten skal anbringes direkte på huden eller evt. med en tynd skjorte imellem. Den skal placeres således, at underkanten er et par cm fri af albuebøjningen. Ved overarmsomkreds 22 til 26 cm (måles midt på overarm), bør man bruge manchets størrelse small (S). Ved overarmsomkreds 27 til 34 cm, bør man bruge størrelse medium (M), og ved overarmsomkreds 32-45 cm bør man bruge stor (L) manchets størrelse."

dvs halvsiddende/skråleje rettes til siddende

## 6.6 Tilvækst og fosterstilling

S85 ..... *Dog er der nogle komplikationer i graviditeten som abort, væksthæmning og præterm fødsel som forbliver almindelige og raterne for intrauterin fosterdød har kun ændret sig minimalt de seneste år.*

Kommentar: Det er korrekt at hyppighed af intrauterin fosterdød ikke har ændret sig meget, men det kan med fordel præciseres, at denne hyppighed er meget lav i Danmark.

S 86 når SF-mål indføres i den dertil anvendte kurve og ligger udenfor normalområdet (<80% fra medianen).... henvises til

**6.6.3** S 86 Mindre liv – med fordel ingen tekst men alene henvisning til 9.9. s 132, så der står det samme

## Kapitel 7

### 7.1.3

Hvis der konstateres anæmi, bør den gravide henvises til obstetrisk afdeling til videre vurdering, evt iv-jern og tilvækstkontroller af fosteret.

### 7.3

DSOG anbefaler, at der laves en "huske" boks vedr gravide med anden etnisk oprindelse. Altså er der andre forhold end hæmoglobinopatis som er meget vigtige at huske?

## Referencer

DSOGs guideline om trombofili?

## Kapitel 8

Bør suppleres med direkte link til DSOGs guidelines.

### 8.1.2

Skal det korrigeres - da vi i 2019-20 giver den pga kighoste epidemi?

**8.2.2** S 99. *Fra 1. april 2018 kan alle personer over 18 år tilbydes vederlagsfri vaccination mod mæslinger i form af MFR-vaccination, der også beskytter mod rubella (og fåresyge).*

Kommentar: Sætning lidt uklar. Forslag ændres til

Fra 1. april 2018 kan alle personer over 18 år tilbydes vederlagsfri MFR-vaccination, der beskytter mod mæslinger, røde hunde og fåresyge.

### 8.3

Kighoste skal vel også i vaccineboks

## 8.8 Brug konsekvent HIV eller Hiv

### 8.8. og 8.9

S 104 Boks: Vedr gravide med påvist HIV og Syfilis:

Bullit nr. 6 *Ved positiv konfirmatorisk test indkalder egen læge den gravide til information om svaret og sikrer, at hun hurtigst muligt henvises til udredning på infektionsmedicinsk afdeling*

Kommentar: Disse kvinder skal også henvises til obstetrisk afdeling.

Ændret formulering:

Ved positiv konfirmatorisk test indkalder egen læge den gravide til information om svaret og sikrer, at hun hurtigst muligt henvises til udredning på infektionsmedicinsk afdeling og desuden henvises til tidlige kontrol på obstetrisk afdeling.

### 8.13

S 107:

*Efter pyelonefrit, eller ved hyppige (3 eller flere) recidiverende dyrkningsverificerede cystitter kan man overveje forebyggende behandling med nitrofurantoin.*

Kommentar: Det skal vel ikke nødvendigvis være nitrofurantoin. Foreslår at teksten ændres til:

Efter pyelonefrit, eller ved hyppige (3 eller flere) recidiverende dyrkningsverificerede cystitter kan man overveje forebyggende antibiotika behandling. Valg af antibiotika kan evt ske efter konference med mikrobiolog.

S 107 Boks

Det bør også fremgå af boksen, at der *ikke* skal sendes urin til kontrol efter cystit.

GBS bør have særskilt bullit

### 8.17.2.

Boks: der bør være samme perioder i alle "bullets".

### 8.19

S111: Variceller.

Kommentar: Der nævnes hovedsagelig kun føtale komplikationer. Det bør tilføjes at: Den hyppigste maternelle komplikation er pneumoni, der tidligere sås hos 5-20 %. Nyere studier finder dog en lavere hyppighed på 2,5 %, hvilket formentlig skyldes brugen af antiviral medicin.

### 8.20

S 112 Vedr. parvovirus.

Kommentar: Det bør af teksten fremgå, at:

Gravide med påvist infektion henvises til obstetrisk afdeling mhp ultralydundersøgelse i op til 12 uger efter serokonvertering for at undersøge for udvikling af anæmi hos fosteret.

### 8.21

S113 vedr. Herpes

Kommentar:

Med baggrund i DSOG's guideline om herpes foreslås flg. ændringer:

2. afsnit: *Risikoen for smitte af barnet kan evt. nedsættes ved sectio –*

Ændres til: Risikoen for smitte af barnet kan formentlig nedsættes ved sectio

3. afsnit: *Der tages blodprøve til serologisk undersøgelse –*

Ændres til: Der tages blodprøve til serologisk undersøgelse for typespecifikke antistoffer

4. afsnit: *Uanset om der er tale om primær infektion eller recidiverende herpes, overvejes profylaktisk behandling med aciclovir.-*

Ændres til: Uanset om der er tale om primær infektion eller recidiverende herpes anbefales profylaktisk behandling med aciclovir

Boksen

Ændres i henhold til ovenstående til (ændring i 2. 3. og 5. Bullit)

- Alle gravide udspørges om anamnese med herpes genitalis hos den gravide selv eller partner. Hvis partneren, men ikke den gravide, har anamnese med herpes genitalis gives råd om forebyggelse af smitte under graviditeten.
- Ved mistanke om førstegangsudbrud af genital herpes hos gravide henvises til obstetrisk afdeling for diagnostik og behandling.
- Ved recidiverende herpes udbrud i graviditeten, varetages diagnostik og behandling som hovedregel af praktiserende læge.
- Primær infektion bør behandles. Behandling overvejes ved recidiverende udbrud.
- Ved både primær infektion og recidiverende herpes anbefales profylaktisk behandling med aciclovir fra uge 36.

## 8.25

S 115:

*Infektionen hos mennesker forløber hos mennesker oftest uden symptomer eller med influenza-lignende symptomer*

Ændres til

Infektionen hos mennesker forløber oftest uden symptomer eller med influenza-lignende symptomer

## Kapitel 9

Skæmmes af meget uensartet anvendelse af referencer i kapitlerne – I visse kapitler er der ekstremt mange referencer, hvilket forstyrrer læseoplevelsen. Kan med fordel indsættes som tal med efterfølgende referenceliste.

### 9.1.2

1. punkt er ikke alvorligt, hvis det forekommer til terminen > GA 37 men en naturlig del af opstarten af den normale fødsel.

Skal derfor omskrives til: "Tegnblødning før terminen" - sparsom slimet blødning ses

### 9.1.3

Teksten skal stemme overens med boksen. Dvs

"Der bør udføres gynækologisk undersøgelse med henblik på inspektion af cervix. Ved synlige forandringer bør henvises til kolposkopi og evt. biopsi"

Boks 3. bullit

*Den gravide henvises umiddelbart til undersøgelse på obstetrisk afdeling. Vaginaleksploration bør undlades i 3. trimester.*

Kommentar: Bør undlades i det hele taget. Ændres til:

Den gravide henvises umiddelbart til undersøgelse på obstetrisk afdeling. Vaginaleksploration bør undlades.

### 9.2

Man har udeladt en sætning fra den primære version - denne bedes genindsat, da vi i klinikken oplever, at mange praktiserende læger er tilbageholdende med at behandle denne meget syge patientgruppe.

"Det anbefales derfor, at kvinder med vedvarende GKO eller HG fra debut af symptomer kontrolleres og behandles af egen læge. Ved svær HG anbefales særlig støtte under graviditeten og postnalt af egen læge, sundhedsplejerske og evt. et særligt team med viden om GKO og HG"

S 125 Tabellen. Der er uenighed om denne opdeling: skal afklares. Definitionen på meget præterm plejer at være GA<32u

### 9.4.4

Præterm fødsel nævnes aflastning som mulig måde at behandle/håndtere truende for tidlig fødsel. Der er imidlertid ikke evidens for at aflastning som intervention mhp at udskyde eller forebygge præterm fødsel har en positiv behandlingseffekt. Tværtimod er det veldokumenteret at aflastning (fysisk inaktivitet/immobilisering) har en lang række bivirkninger (øget risiko for trombose, forstoppelse, muskelatrofi, psykiske og sociale negative konsekvenser). Det til trods for at aflastning hyppigt anbefales, hvorfor der bør skrives i retningslinje "Der er ikke evidens for, hvorvidt aflastning har en gavnlig effekt på at udskyde fødselstidspunktet/forebygge for tidlig fødsel"

S126

Forebyggelse

2 bullit.

Ændres til.

Progesteron-behandling er i en nordisk metaanalyse vist at nedsætte risikoen for præterm fødsel, men data på nyfødte tyder på øget risiko for sygdom i nyfødthedsperioden, hvorfor brugen af progesteron diskuteres indgående.

3. bullit

Ændres til

Vaginal cerclage kan overvejes, hvis livmoderhalsen er afkortet. Kan også anlægges profylaktisk ca. uge 12-16, hvis anamnesen er belastende

5.bullit Tilføjes "optimalt vurderes"

Anbefalinger vedr. risiko for præterm fødsel

Boks

1. bullit tilføjes ” samt tobak og alkoholforbrug”

## 9.5 GDM

I 2013 fremkom WHO med nye anbefalinger for opsporing af gestationel diabetes. Dette inkluderede såvel anbefaling af universel screening fremfor screening kun af kvinder med risikofaktorer samt en lavere grænse for sukkerværdien under den diagnostiske test. Da der ikke aktuelt foreligger danske data, som kan understøtte eller afkræfte anbefalingerne fra WHO, er de danske retningslinjer ikke i overensstemmelse med anbefalingerne fra WHO.

## 9.6

Her måles BT anderledes end i boksen s 84

S 128 2 afsnit

Bør rettes til ”spoturin protein/kreatinin ratio  $\geq 0.3$ /mg eller spoturin albumin/creatinin ratio svt  $\geq 8$  mg/mmol eller  $\geq 70$  mg/g”

### 9.6.2

Sidste sætning

”Kvinder med præeklampsi let som svær har en øget risiko for kardiovaskulær sygdom senere i livet og tilrådes derfor blodtrykskontrol én gang årligt.”  
tilføjes livslangt

9.7 s 130 Afsnit bør afkortes

Der er underkapitler som er meget lærebogsagtige, og med alt for mange referencer, dette er også tidligere bemærket under det primære arbejde med i SST. Denne vejledning er til fagprofessionelle, hvorfor latinske ord bør anbefales

## 9.8

*Efter fødslen kontrolleres galdesalte, transaminaser efter 2 uger. Hvis ikke disse normaliseres, henvises kvinden til hepatologisk udredning.*

Ændres til

2 uger efter fødslen kontrolleres transaminaser og evt galdesalte. Hvis ikke disse normaliseres, henvises kvinden til hepatologisk udredning.

## 9.10 Overbårenhed

Afsnittet er forbedret betydeligt i forhold til den tidligere udgave og er nu i overensstemmelse med DSOGs guideline.

Tilføjelse, nederst lige før boks

Der ingen 100% sikker metode til at forudse adverse outcome. Sensitivitet og specificitet ved UL og CTG er ringe. Der er således intet evidensbaseret tilbud til gravide, der ønsker at udskyde igangsættelse.



Boks

1 bullit

*På grund af øget risiko for komplikationer ved overbårne graviditeter, tilbydes alle gravide hindeløsning og/eller igangsættelse i uge 41 med henblik på, at kvinden har født inden uge 42+0. Den gravide skal tilbydes grundig information om fordele og ulemper.*

Foreslås ændret til

På grund af øget risiko for komplikationer ved overbårne graviditeter, tilbydes alle gravide hindeløsning og/eller igangsættelse i uge 41+0 til 41+6 med henblik på, at kvinden har født inden uge 42+0.

Uge 41, kan opfattes som 40+0 til 40+6.

Sidste sætning kan er slettes, da det gælder alle tilbud i sundhedsvæsenet.

S. 133 midt: "Overvejelser ...." og fremefter foreslås afkortet og indeholdt i generelt afsnit om informeret samtykker etc.

## **9.11**

S 135 øverst: Link til afsnit om rådgivning prægestationel

Boks 3 bullit

Ændres til

Hos gravide med svær overvægt kan overvejes henvisning til ultralydsundersøgelse i uge 35-37 med henblik på kontrol af fosterstilling og fostervægt samt samtale med obstetriker om mulige komplikationer ved fødslen. Tilbud om profylaktisk epidural ved fødsel kan diskuteres ved den lejlighed.

## **Kapitel 10**

Meget fyldigt og uens kapitel som med fordel kan afkortes mange steder.

Fx 3 afsnit

1. sætning er dækkende for hele afsnittet.

**10.1** Vigtigt afsnit, men bør kunne afkortes

### **10.2.2**

Boks: særskilt linje om nyfødte på neonatal afsnit

### **10.2.4**

**Anbefalinger vedr. forældre og fødselsforberedelse**

Egen bullit til social udsatte og sårbare.

## Kapitel 11

Uens i indhold og detaljeringsgrad, med afsnit af lærebogskarakter, både s 145 og 146 kan afkortes betydeligt. Foreslår en henvisning til et overordnet afsnit om informeret samtykke og fælles beslutningstagning, så dette ikke skal udpindes i de enkelte underafsnit

Fx 1.2.2 nederst

Dette er ikke en lærebog for jordemødre og obstetrikere i fødsel og hvorledes kvinden nemmest ledes igennem. Skal derfor afkortes eller udelades.

s.145 Kommentar: *Fædre* kan systematisk erstattes af partner

*Der arbejdes vedvarende på at øge andelen af vaginale fødsler blandt førstegangsfødende, idet det medfører en øget sandsynlighed for, at fremtidige fødsler også vil kunne foregå vaginalt.*

Kommentar: Der indsættes umiddelbart efter denne sætning: "Dette bør ske under konstant monitorering af neotale og maternelle outcomes."

S 147 2. linje: *"..så der sikres en forsigtig forløsning af barnet uanset fødestilling"*

Kommentar: Som tidligere anført er det moderen, der forløses og barnet fødes. Tekst ændres til ....så der sikres en forsigtig fødsel af barnet uanset fødestilling.

**11.2.1,** Ny guideline om latensfase udarbejdet af jdmf. og DSOG er vedtaget jan 2020, hvorfor teksten bør lægge sig op ad dette indhold.

### **11.2.2. øverst s 147:**

Der er ikke evidens for, at rutinemæssig episiotomi beskytter mod grad 3 og 4 bristninger (Jiang 2017, Amorim 2017), hvorfor episiotomi kun bør foretages på restriktiv indikation ved truende iltmangel hos fosteret.

Bør rettes til: ... episiotomi bør overvejes ved risikofaktorer, samt truende iltmangel. DSOG guideline:

<https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/5da0b5629f4bfb0900f0ff76/1570813315762/Forebyggelse+af+sphincterruptur+-+version1+%28inkl.+fotoophav%29.pdf>

**11.2.3.** Ny guideline vedtaget jan 2020 om medicinsk smertelindring under fødsel, endnu ikke lagt på DSOGs hjemmeside, forventes primo marts.

Nederst i dette afsnit – om informeret samtykke, skal ikke udpensles, da det igen er en indgroet del af svangreomsorgen!

**11.2.4** Overvågning under fødslen. Referencer: DSOG guideline "Fosterovervågning under fødslen- metoder" 2019 og DSOG guideline "Fosterovervågning under fødslen- indikationer "

2017 tilføjes

Træstetoskop: tilføjelse: Overvågningen skal dokumenteres systematisk.

CTG: ligesom ovenfor – ud med informeret samtykker. Ind med: Overvågningen skal dokumenteres systematisk.

Boks: ny bullit: Der er ikke evidens for at foretage....

Sidste bullit: suppleres med scalp-pH/- lactat eller STAN.

#### 11.2.5 Lærebogs karakter - kan afkortes

#### 11.2.6 Reference kunne bare være DSOG 2019.

Afsnit 7. Første sætning kan afkortes til "Kvinder, der har pådraget sig en sphincterruptur, informeres ...

Og tilføjes " Opfølgning ved f.eks. jordemoder 7-10 dage efter fødsel, vurdering ved fysioterapeut 4 uger efter fødsel og endelig f.eks. telefoninterview mhp opsporing af andre senfølger."

Boks

Tilføjes ovenstående kontrol program

11.2.7 Reference: DSOG Instrumentel vaginal forløsning 2017 kan tilføjes.  
kopforløsning – IKKE sugekop..

### 11.3 Kejsersnit

Forekomst af kejsersnit kan opdateres fra RKKP

Ved læsning af dette kapitel i sin aktuelle form, får man det indtryk, at kejsersnit næsten altid er negativt.

Det er jo langt fra tilfældet – kejsersnit er ofte et indgreb, der sikrer at barnet fødes uden følger af iltmangel, samt at moderen kommer godt gennem fødslen. I mange tilfælde er kejsersnit den bedste måde at føde på – og det er en fordel at tilgængeligheden til kejsersnit i DK er let – i modsætning til lande f.eks. i Vestafrika, hvor mødre og børn skades eller dør pga den manglende adgang til kejsersnit.

Det forholder sig desuden således, at den gravides valg står mellem en *planlagt* vaginal fødsel med risiko for et akut kejsersnit og et *planlagt* kejsersnit. Hyppigheden og alvoren af komplikationer er betydeligt højere ved et akut kejsersnit end et planlagt kejsersnit. Den gravide kan ikke vælge mellem en ukompliceret vaginal fødsel og et kejsersnit.

Boks

- *Kejsersnit anvendes, når en vaginal fødsel udgør en risiko for mor og eller barnets helbred.*
- *Der arbejdes på at øge andelen af vaginal fødsler hos førstegangsfødende kvinder*
- *Det sikres at kvinder modtager evidensbaseret information om fødemåde*

Kan slettes da 1. Pind står i teksten lige ovenfor, 2. Pind er tidligere anført og 3. Pind ikke specifikt gælder for kejsersnit.

Hvis den ønskes bevaret bør den ændres til:

- Kejsersnit anvendes, når en vaginal fødsel udgør en risiko for mor og eller barnets helbred
- Der arbejdes på at øge andelen af vaginale fødsler hos førstegangsfødende kvinder under konstant overvågning af udkomme for mor og barn
- Det bør sikres, at kvinder modtager evidensbaseret information om fødemåde

### 11.3.1

Ruptur af arret .. = uterusruptur

Boks

Nedeste bullit "Ved mere end ét tidl kejsersnit..." kan slettes. Da vaginal fødsel altid er en mulighed jvf at kvinden skal samtykke til alle behandlinger inkl kejsersnit.

### 11.3.2 Kejsersnit på mors ønske

S 152. Kommentar: Den anførte definition er forladt af DSOG. Kapitlet bør omskrives, så det er i overensstemmelse med den reviderede DSOG guideline: Sectio på maternal request (2017).

Forslag 1 til ny formulering af det første afsnit:

Kejsersnit på mors ønske er et kejsersnit før fødslen hos en gravid, som ikke tidligere har født ved kejsersnit, og hvor der ikke findes absolutte eller relative maternelle eller føtale indikationer for at udføre det. Blandt absolutte indikationer er placenta prævia, tidligere uterusruptur. Relative indikationer omfatter tilstande, hvor der foreligger nogen evidens tydende på en gavnlig effekt. Blandt relative indikationer er underkropspræsentation, tidligere kejsersnit, flerfold, tidligere sphincterruptur.

Forslag 2 til ny formulering af det første afsnit:

Et sectio planlagt før fødslen hos en gravid, som ikke tidligere har født ved sectio, og hvor der ikke findes absolutte\* eller relative\* maternelle eller føtale indikationer for at udføre det. (DSOG 2017) Vedr indikaitoner se s. 3-4 i guideline

*Hvis speciallægen ikke finder indikation for planlagt kejsersnit og den gravide fastholder ønsket, skal hun tilbydes revurdering hos en anden speciallæge, evt. på en anden afdeling (second opinion).*

Kommentar: Foreslås ændret til: Hvis speciallægen ikke finder indikation for planlagt kejsersnit og den gravide fastholder ønsket, skal hun tilbydes kejsersnit eller tilbydes revurdering hos en anden speciallæge, evt. på en anden afdeling (second opinion).

Boksen foreslås ændret til:

- Den gravide skal tilbydes grundig information om fordele og ulemper ved forskellige fødselsmåder.
- Ved ønske om planlagt kejsersnit skal hun tilbydes samtale, hvor årsager til ønsket belyses, tidligere fødselsforløb gennemgås og fordele og ulemper ved henholdsvis planlagt vaginal fødsel og planlagt kejsersnit drøftes med henblik på at afstemme forventninger til den forestående fødsel
- Kvinder, der fastholder ønske om planlagt kejsersnit skal tilbydes samtale med speciallæge
- I tilfælde af at ønsket ikke imødekommes, skal hun tilbydes revurdering hos en anden speciallæge, evt. på en anden afdeling (second opinion).

### 11.3.3 Afkortes

#### 11.3.4 Langsigtede komplikationer hos kvinden efter kejsersnit

*Graviditetsforløb efter tidligere kejsersnit adskiller sig som hovedregel ikke fra graviditet efter tidligere vaginal fødsel, men det er vigtigt at informere kvinden om de potentielle komplikationer, som et kejsersnit kan medføre. Maternelle langsigtede komplikationer kan opdeles i graviditetsrelaterede og ikke- graviditetsrelaterede. De graviditetsrelaterede komplikationer er: risiko for infektion og længere hospitalsindlæggelser efter indgrebet og ved fremtidige graviditeter: uterusruptur, abnormt invasiv placenta, post partum blødning, peripartum hyste-rectomi (Colmorn 2015, Silver 2006, Thurn 2016) og intrauterin fosterdød (O'Neill 2014, Moraitis 2015).*

*De Ikke-graviditetsrelaterede komplikationer er: nedsat fekunditet, adhærancer, kroniske smerter, inkontinens, prolaps, øget komplikationsgrad ved fremtidige gynækologiske operationer (hysterectomi) samt kroniske smerter (Lindquist 2017).*

*Der er reduceret forekomst af urin-inkontinens og genitalprolaps efter kejsersnit til sammenligning med vaginal fødsel (Gyhagen 2013 a, Gyhagen 2013 b, DSOG 2013 b).*

Kommentar: Det første afsnit er en gentagelse af det der er anført under *Tidligere kejsersnit* – og kan slettes. Dette afsnit kan med fordel reduceres til at omfatte de ikke-graviditetsrelaterede komplikationer. Det bemærkes desuden, at der i den aktuelle formulering er anført 'kroniske smerter' 2 gange, ligesom inkontinens og prolaps er anført med øget hyppighed efter kejsersnit – men samtidig lige nedenfor at, der er reduceret forekomst af samme komplikationer efter kejsersnit. Det korrekte er, at det optræder med nedsat hyppighed efter kejsersnit

Forslag til ny formulering:

*Ikke-graviditetsrelaterede langtidskomplikationer der optræder med let øget hyppighed efter kejsersnit er nedsat fekunditet, adhærancer, øget komplikationsgrad ved fremtidige gynækologiske operationer (hysterectomi) samt kroniske smerter (Lindquist 2017).*

*Der er reduceret forekomst af urin-inkontinens og genitalprolaps efter kejsersnit til sammenligning med vaginal fødsel (Gyhagen 2013 a, Gyhagen 2013 b, DSOG 2013 b).*

Forslag til ny Boks:

- Kejsersnit er forbundet med en let øget risiko for langsigtede komplikationer bl.a. kroniske smerter og adhæreencer
- Forekomst af urininkontinens og genital prolaps er reduceret efter fødsel ved kejsersnit.

#### 11.4.2

Igen meget lærebogsagtigt.

Barnet skal såvidt muligt ligge hud-mod-hud, såfremt kvinden ikke er i stand til dette, kan partneren have barnet hos sig.

Boks s. 154:

- ny bullit: der tages navlesnors-pH og St-BE på navlesnoren indenfor 1 min efter fødsel mhp. vurdering af den nyfødtes tilstand og monitorering af incidensen af nyfødte med iltmangel.

#### 11.5

Kvinder der vælger hjemmefødsel skal grundigt informeres om fordele og ulemper ved hjemmefødsel ifht fødsel på fødeafdeling, herunder risikoen for overflytning under fødsel. Førstegangsfødende skal informeres om en lille men øget risiko for dårligt udfald (fosterdød, svær iltmangel, skulderdystoci, oa.) ved hjemmefødsel ifht. hospitalsfødsel.

Der pågår fortsat arbejde i SST vedr organiseringen af fødselsområdet, herunder fordele og risici ved fødsel i hjemmet, på fødeklinik eller- afdeling.

## Kapitel 12

12.1 Dette er beskrevet i kapitlet ovenfor

12.2 Det anbefales at der tages rutinemæssige blodprøver (slet så vidt muligt)

12.3 S 161:

*K-vitamin dosis for børn med fødselsvægt < 1500 g er 0,3 - 0,5 mg*

Kommentar: Kan med fordel også fremgå af boksen nedenfor som 3. Bullit.

12.5.1 S 162

2. afsnit

*Det er fødeafdelingens personales ansvar at informere og indhente samtykke fra forældrene til screeningen.*

Kommentar: Ændres til:

Det er fødeafdelingens ansvar at informere og indhente samtykke fra forældrene til screeningen.

## Kapitel 13 Barselsperiode

### 13.3.3 andet afsnit

... samt henvendelse til fødeafdelingen .... ved analinkontinens

### 13.5.6 Uddybende efterfødselssamtale

S178 nederst: *Vedrørende samtale efter komplicerede fødselsforløb.*

*Det angives: En sådan fælles samtale vil kunne medvirke til at forebygge kejsersnit på mors ønske (maternal request).*

Kommentar: Jf. den nu vedtagne definition er et kejsersnit, som ønskes på baggrund af et kompliceret fødselsforløb ikke længere et kejsersnit på mors ønske

Sætning bør slettes. Det er anført at samtalens formål bl.a. er at rådgive vedr. fremtidig graviditet og fødsel.

S 181 Skema: Oversigt over tilbud i barselsperioden.

Kommentar: Her fremgår det at alle hjemmefødende skal have besøg af jordemor i hjemmet dagen efter fødsel. I selve teksten **13.5.2 Dagen efter fødslen** er der ikke skelnet mellem ambulant fødende, klinik fødsel og hjemmefødsel, men mellem flergangs og førstegangsfødende, hvilket er hensigtsmæssigt.

Skema bør rettes, så det stemmer overens med tekst.

## Kapitel 14

Psykisk sygdom - ikke lidelse

### 14.3 Psykisk sygdom - ikke lidelse

**14.4.** Interessant - men lærebogsindhold! Skal reduceres betydeligt.

**Bilag 8** – rettelser eller tilføjelser til kolleger som har bidraget væsentligt til udarbejdelse af dele af dette dokument.

- 210: Ledende overlæge, ph.d. Jannie Salvig
- 211: i 2019 Formand DSOG
- 211: Overlæge, ph.d. Lone Hvidman,
- 211 overlæge P Dam: Dr.med,
- 211: Andre bidragsydere – nedenstående er supplerende liste fra DSOG:  
Professor, dr.med. Niels Uldbjerg  
Overlæge ph.d. Rikke Beck Helmig  
Overlæge ph.d. Marianne Johansen, Overlæge ph.d. Thomas Bergholt, Overlæge ph.d. Christina Vinter, Overlæge, dr.med Kristina Renault,  
Professor, overlæge, dr.med. Henrik Birgens, overlæge, dr.med. Andreas Glenthøj  
Professor, MD, Anne-Marie Nybo Andersen  
Overlæge. Ph.d. Morten Dziegel  
Professor Søren Ziebe

Professor Lone Smidt



**From:** Ole Carstensen  
**Sent:** 30. januar 2020 10:52 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Høringsvar Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen

Hermed DASAM's høringsvar

**Med venlig hilsen/Regards**

**Ole Carstensen**

**Formand/President**

**Dansk Selskab for Arbejds- og miljømedicin/ Danish Society of Occupational and Environmental Medicine**



30. januar 2020

## Høringssvar fra Dansk selskab for Arbejds- og Miljømedicin (DASAM) på Sundhedsstyrelsens reviderede retningslinjer for svangre omsorg

Overordnet er Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling som relevant aktør i svangre omsorgen ikke tilstrækkeligt nævnt gennem hovedparten af kapitlerne. Ligeledes ville det være mere optimalt, hvis arbejdsrelaterede problemstillinger blev beskrevet i et selvstændigt kapitel (se bemærkning under kapitel 5 og nedenfor).

### Kommentarer til de enkelte kapitler og afsnit:

#### Kapitel 1 Baggrund og principper for svangre omsorgen

Da næsten 80% af alle danske kvinder i den reproduktionsdygtige alder har et arbejde<sup>1</sup> og langt de fleste af dem bliver gravide, er det relevant at være opmærksom på kvinders arbejde og evt. arbejdsmiljø risici før (prækonceptionel rådgivning) og i forbindelse med en graviditet. Derfor bør der være et underafsnit efter afsnit 1.5.1 (s.12) med fokus på dette. Kunne hedde "*Kvinder på arbejdsmarkedet*".

Kap 1, afsnit 1.5.6 "stående og gående arbejde" slettes i afsnit 3, da evidensen herfor er beskednen og udsagnet er for generelt. Det nævnes mere detaljeret i kap 5.

#### Kapitel 2 Tilrettelæggelse af svangre omsorgen

##### Afsnit 2.1

Arbejds- og Miljømæssige faktorer bør også vurderes, hvorfor de skal tilføjes i sætningen, linje 7 "*Hvis der foreligger specifikke risikofaktorer med behov for medicinske, obstetriske, **Arbejds- og miljømæssige** og/eller psykosociale interventioner.....*"

---

Ole Carstensen (formand)  
Arbejdsmedicin, Universitetsklinik  
Hospitalsenheden Vest  
Gl. Landevej 61  
7400 Herning

Email: [olcars@rm.dk](mailto:olcars@rm.dk)  
Tlf: 2380 5183

Margrethe Bordado Sköld (sekretær)  
Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling  
Bispebjerg Hospital, Indgang 20 F  
Bispebjerg Bakke 23F  
2400 København NV

Email: [margrethe.bordado.skoeld@regionh.dk](mailto:margrethe.bordado.skoeld@regionh.dk)  
Tlf: 31900315

### Afsnit 2.3

Vedr. differentiering af gravide bør det nævnes, at gravide med arbejdsrelaterede eksponeringer for potentielle negative helbredseffekter for mor og barn bør henvises til vurdering på regionens Arbejds- og Miljømedicinske Afdeling.

### Afsnit 2.4

Efter sidste sætning i afsnit 3 bør der tilføjes: *"Det er typisk den praktiserende læge, der ved behov og i forbindelse med første graviditetsundersøgelse eller evt. prækonceptionel rådgivning henviser til regionens Arbejds- og miljømedicinske afdeling, men henvisning hertil kan også ske via andre specialer, jordemoderen, arbejdsgiver eller den gravide selv (ved henvendelse på hotline)"*.

### Afsnit 2.5

Den arbejdsmedicinske speciallæge bør tilføjes som relevant fagperson i forhold til vurdering af risici i arbejdsmiljøet. (nyt afsnit 2.5.5. )

### Afsnit 2.8.1, 2. afsnit, linje 3

Eftersom en del af screeningen ved 1. graviditetsundersøgelse og udfyldelse af svangre journalen vedrører arbejdsmiljøfaktorer, bør dette indgå i sætningen "Det er vigtigt, at den praktiserende læge i afsnittet "samlet vurdering af ressourcer og risici" udarbejder et godt resume af anamnesen (sygehistorie), objektive fund, resultater af undersøgelser, arbejdsmiljømæssige eksponeringer, sociale og psykologiske forhold og igangsatte undersøgelser.

**Afsnit 2.8.2** se ovenfor

## Kapitel 3 Kontakter før, under og efter graviditet

### Afsnit 3.1

Vedr. anbefalinger om kost ved prækonceptionel rådgivning bør tilføjes i 3. afsnit, linje 5: *På grund af risikoen for fosterpåvirkning bør der samtidig rådgives om begrænsning af eksponering for giftstoffer. Fisk er hovedkilden til eksponering for methyلكviksølv, mest fra store fisk som tun og sværdfisk. Da methyلكviksølv har en biologisk halveringstid på omkring halvanden måned, vil rettidig vejledning være hensigtsmæssig.*

Efter afsnit 4 bør der tilføjes et afsnit 5 vedr. arbejdsmiljø. Den praktiserende læge bør ved den prækonceptionelle samtale drøfte forældrenes arbejde, herunder få et overblik over om der er arbejdsmiljømæssige eksponeringer med betydning for fertilitet og graviditet.

---

Ole Carstensen (formand)  
Arbejdsmedicin, Universitetsklinik  
Hospitalsenheden Vest  
Gl. Landevej 61  
7400 Herning

Email: [olcars@rm.dk](mailto:olcars@rm.dk)  
Tlf: 2380 5183

Margrethe Bordado Sköld (sekretær)  
Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling  
Bispebjerg Hospital, Indgang 20 F  
Bispebjerg Bakke 23F  
2400 København NV

Email: [margrethe.bordado.skoeld@regionh.dk](mailto:margrethe.bordado.skoeld@regionh.dk)  
Tlf: 31900315

### Afsnit 3.1.2

Under Livsstilsfaktorer bør tilføjes *Forureningsstoffer i kosten (se kap. 5)*

### Figur 3.1

I boksen med Niveau 2 skal tilføjes evt. henvisning til regionens Arbejds- og miljømedicinske afdeling.

Hvis det ikke vurderes relevant at tilføje til Niveau 2, bør det tilføjes som ekstra punkt under ”Grundforløbet kan således suppleres med – eller i nogle tilfælde erstattes af, eksempelvis:”

### Figur 3.2

Man bør tilføje regionens Arbejds- og Miljømedicinske Afdeling, som en selvstændig kasse under individuelle ydelser.

### Afsnit 3.5.1

Under overskriften ”Formålet med den 1.graviditetskonsultation er:” bør tilføjes

- *At screene for potentielle arbejdsrelaterede risici.*

### Afsnit 3.5.2

Trivsel på arbejdet bør nævnes i dette afsnit.

## Kapitel 4 Sårbare og socialt udsatte gravide

### Afsnit 4.5.4

Under særlige opmærksomhedspunkter, skal praktiserende læge være opmærksom på arbejdsmiljøet, som hos mange migranter er ufaglært arbejde med mange eksponeringer og manglende kendskab til rettigheder.

---

Ole Carstensen (formand)  
Arbejdsmedicin, Universitetsklinik  
Hospitalsenheden Vest  
Gl. Landevej 61  
7400 Herning

Email: [olcars@rm.dk](mailto:olcars@rm.dk)  
Tlf: 2380 5183

Margrethe Bordado Sköld (sekretær)  
Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling  
Bispebjerg Hospital, Indgang 20 F  
Bispebjerg Bakke 23F  
2400 København NV

Email: [margrethe.bordado.skoeld@regionh.dk](mailto:margrethe.bordado.skoeld@regionh.dk)  
Tlf: 31900315

## Kapitel 5 Levevis og risikofaktorer af betydning for graviditeten

I Danmark er 80% af kvinder i den fødedygtige alder i arbejde. Samtidig er mange gravide fraværende fra arbejdspladsen i store dele af graviditeten. Vi synes det vil være mest optimalt og nemmere for den praktiserende læge/jordemoder at finde relevante oplysninger om arbejdsrelaterede problemstillinger, hvis arbejdsmiljøet udgør et selvstændigt kapitel.

### Afsnit 5.1.

Afsnittet om fisk:

Fjerne (tunbøffer) idet, det gælder alle former for tun inkl. sushi, tun på dåser mm.

#### Afsnit 5.1.1

Under forsigtighedsråd bør tilføjes:

***Kviksølv** i form af methyلكviksølv kan skade fosterets neurologiske udvikling. Da fisk indeholder vigtige næringsstoffer, er det vigtigt at rådgive om anbefalede fisk og dem, der bør undgås for at mindske eksponeringen for methyلكviksølv og andre forureninger så som PCB.*

### Afsnit 5.4

**I boks:** AMK erstattes af ”Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling.

Første afsnit omhandlende omfang af fravær bør tilføjes

*Særligt gravide eksponeret for flere typer belastninger er i stor risiko for at være fraværende under graviditeten).<sup>ii</sup>*

#### Afsnit 5.4.1.

Under generelt bør indsættes et afsnit om arbejdspladsens ansvar og pligter (det indgik i forrige udgave af Svangre omsorgen).

*”De gravide udgør en særlig sårbar gruppe i virksomheden, og arbejdsgiveren har ansvaret for at beskytte dem. Hensynet til gravide medarbejdere skal indgå i virksomhedernes almindelige sikkerhedsarbejde, herunder i de lovpligtige arbejdspladsvurderinger.<sup>iii</sup> En gravidpolitik på arbejdspladsen kan angive retningslinjer for gravides arbejde. Man bør således drøfte med den gravide, om hun har været i dialog med sin arbejdsgiver.”*

I afsnit 5 om biologiske påvirkninger skal Cytomegalovirus (CMV), som er den hyppigste medfødte virussygdom, tilføjes.

---

Ole Carstensen (formand)  
Arbejdsmedicin, Universitetsklinik  
Hospitalsenheden Vest  
Gl. Landevej 61  
7400 Herning

Email: [olcars@rm.dk](mailto:olcars@rm.dk)  
Tlf: 2380 5183

Margrethe Bordado Sköld (sekretær)  
Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling  
Bispebjerg Hospital, Indgang 20 F  
Bispebjerg Bakke 23F  
2400 København NV

Email: [margrethe.bordado.skoeld@regionh.dk](mailto:margrethe.bordado.skoeld@regionh.dk)  
Tlf: 31900315

I afsnit 6 vedr. arbejdstid bør der være nogle ændringer på baggrund af nye studier, der er tilkommet i 2018-2019. Således følgende:

*I forhold til arbejdstid er der mistanke om, at fast natarbejde eller hyppige nattevagter øger risikoen for spontan abort<sup>iv</sup>. Organisering af nattevagter har betydning, og mange nattevagter i træ har vist sammenhæng med øget risiko for hypertension under graviditeten, risikoen i forbindelse med natarbejde er særligt udtalt for svært overvægtige gravide.<sup>v</sup>. Natarbejde er desuden forbundet med flere graviditetsgener som kvalme, træthed og plukveer. Døgnvagter og lange arbejdsdage kan give øget udtrætning og forværring af søvnbesvær, hvilket også kan give risiko for komplicerede graviditeter.<sup>vi</sup>*

#### Afsnit 5.4.2

Arbejds- og Miljømedicinsk klinik erstattes med Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling.

#### Afsnit 5.5.

I boks: Skrive *Miljømærkede produkter*. Tilføje ekstra punkt: *Mindsk eksponering for pesticider ved køb af usprøjtet frugt og grønt.*

#### Afsnit 5.5.1

Tilføje *”Undgå skadelig kemi i form af methyalkviksølv og andre kemiske eksponeringer (se kapitel 5)”*.

#### Afsnit 5.6

I forhold til den viden der findes om paracetamols skadelige effekter (Reproduktionsorganer, neuro- og immunsystemet) som følge af hormonforstyrrende effekt, mangler der rådgivning omkring minimering af indtag af paracetamol.

## Kapitel 8 Graviditet og infektioner

#### Afsnit 8.2

Bør tilføjes et underafsnit om graviditet og arbejde, hvor der står følgende:

*Særlig opmærksom omkring arbejdsrelateret smitterisiko blandt gravide, som arbejder med mindreårige (eks. i institutioner, skoler, sundhedsvæsen) eller er i kontakt med dyr (eks. dyrlæger, dyrepassere, slagteriarbejdere, dyrehandlere). Se Arbejdstilsynets vejledning om gravides og ammendes arbejdsmiljø.<sup>vii</sup>*

Ole Carstensen (formand)  
Arbejdsmedicin, Universitetsklinik  
Hospitalsenheden Vest  
Gl. Landevej 61  
7400 Herning

Margrethe Bordado Sköld (sekretær)  
Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling  
Bispebjerg Hospital, Indgang 20 F  
Bispebjerg Bakke 23F  
2400 København NV

Email: [olcars@rm.dk](mailto:olcars@rm.dk)  
Tlf: 2380 5183

Email: [margrethe.bordado.skoeld@regionh.dk](mailto:margrethe.bordado.skoeld@regionh.dk)  
Tlf: 31900315

## Afsnit 8.20

**Der er en uoverenstemmelse mellem den rådgivning de arbejdsmedicinske afdelinger giver og den rådgivning som gives fra Sundhedsstyrelsens side.**

*Det er DASAMS vurdering, at gravide, der er seronegative for parvovirus B19, har en øget risiko for forstærkede ved arbejde op til 22. graviditetsuge i daginstitutioner med en igangværende epidemi af lussingsyge. Selvom risikoen for den enkelte er begrænset, er de potentielle konsekvenser alvorlige. Derfor må omplacering eller fraværmelding i henhold til § 6, stk. 2, nr. 2 i barselsloven anbefales.*

## Afsnit 8.22

Da CMV er den hyppigste medfødte virussygdom, og der for nuværende ikke findes vaccine eller behandling, der forhindrer smitte fra mor til barn, er primær forebyggelse stadig meget afgørende. Praktiserende læge og jordemoder bør informere gravide om vigtigheden af god og grundig håndhygiejne og opmærksomhed på eksponering for særligt urin og spyt fra mindreårige (se At.-vejledning om gravides og ammendes arbejdsmiljø). Derfor bør der tilføjes ekstra punkt under anbefalinger i boks:

*"Gravide skal være ekstra omhyggelige med håndhygiejne og i videst mulige omfang undgå eksponering for spyt og urin fra mindreårige".*

---

<sup>i</sup> Eurofond. Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (Eurofond 2016). Publications office of the European Union; 2016.

<sup>ii</sup> Sejbæk C et al. Scand J Work Environ Health 2020. og Hansen ML et al. Scand J Work Environ Health 2015

<sup>iii</sup> At.vejledning A.1.8-5-1 1.februar 2001, revideret 2015

<sup>iv</sup> Bonde et al. 2013 og Begtrup L et al. Occup Environ Med 76 (5), 302-308 May 2019

<sup>v</sup> Hammer PEC. Et al. Scand J Work Environ Health 2018;44(4):403-413

<sup>vi</sup> (Bonde 2013, Palmer 2013).

<sup>vii</sup> At-vejledning A.1.8-5 og kap. 5.1

<sup>viii</sup> Rolf Petersen, et al, Ugeskrift for læger, 26/2016

---

Ole Carstensen (formand)  
Arbejdsmedicin, Universitetsklinik  
Hospitalsenheden Vest  
Gl. Landevej 61  
7400 Herning

Margrethe Bordado Sköld (sekretær)  
Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling  
Bispebjerg Hospital, Indgang 20 F  
Bispebjerg Bakke 23F  
2400 København NV

Email: [olcars@rm.dk](mailto:olcars@rm.dk)

Tlf: 2380 5183

Email: [margrethe.bordado.skoeld@regionh.dk](mailto:margrethe.bordado.skoeld@regionh.dk)

Tlf:31900315

**From:** Maja Bohlbro Stærkind  
**Sent:** 29. januar 2020 10:19 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** ulladue@me.com; Bibi Dige Heiberg; Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen

Til rette vedkommende

Hermed høringsvar vedrørende retningslinjer for svangreomsorgen udarbejdet i samarbejde med Dansk Selskab for Urologisk, Gynækologisk og Obstetrisk Fysioterapi, Dansk Selskab for Fysioterapi og Danske Fysioterapeuter.

Med venlig hilsen

Maja Bohlbro Stærkind  
Faglig konsulent

---

Danske Fysioterapeuter  
Holmbladsgade 70 · 2300 København S  
Tlf: 3341 4623 · [mbs@fysio.dk](mailto:mbs@fysio.dk) · [fysio.dk](http://fysio.dk)



*Vi holder mennesker i bevægelse*

Vi indhenter og anvender kun personoplysninger for at varetage og fremme foreningens formål. [Se vores persondatapolitik.](#)



Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S



## Høringssvar vedrørende retningslinjer for svangreomsorgen

Danske Fysioterapeuter, Dansk Selskab for Fysioterapi og Dansk Selskab for Urologisk, Obstetrisk og Gynækologisk Fysioterapi har med interesse læst høringsudkast for Retningslinjer for Svangreomsorgen og vil benytte lejligheden til at komme med et høringssvar. Vi ønsker at kvittere for et flot og omfattende opslagsværk, som Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen er. Det ærgrer os dog, at retningslinjerne primært henvender sig til jordemødre, sundhedsplejersker og læger. Retningslinjerne burde også henvende sig til fysioterapeuter, som møder gravide og barslende kvinder i flere sektorer.

Fysioterapeuter var tidligere ofte en del af det offentlige tilbud om fødselsforberedelse, men dette er overordnet skåret væk. Der er fortsat enkelte hospitaler, som tilbyder konsultationer til gravide med graviditetsrelaterede bækkensmerter, og/eller som tilbyder barselsgymnastik, men ellers er det op til den enkelte kommune eller privatpraktiserende klinik, om de vil have særlige tilbud til målgruppen ledet af fysioterapeuter. Fysioterapeuter kunne med fordel på ny inddrages her, da fysioterapeuter kan hjælpe gravide og barslende kvinder med både at håndtere og forebygge smerter samt at leve sundt under graviditeten og efter fødsel – til gavn for både mor og barn.

### **Fysisk træning**

Ud fra indeværende retningslinjer for svangreomsorgen er det ikke muligt at se, hvem der skal varetage tilbud med henblik på fysisk træning af overvægtige gravide, kvinder med nedsat aktivitetsniveau eller særligt udsatte gravide (niveau 3), som beskrevet på side 21. Det ville være hensigtsmæssigt at få defineret, hvad der er et relevant fysisk aktivitetstilbud til kvinder med somatiske lidelser under niveau 3, således at indsatsen kan prioriteres og tilrettelægges ensartet på landsplan.

Dato:

14-01-2020

Email:

sf@fysio.dk

Tlf. direkte:

3341 4659

## **Inkontinens i forbindelse med graviditet**

Udfordringer med inkontinens under graviditet er sparsomt belyst i retningslinjen. Herunder behov for udredning og henvisning til specialuddannede fysioterapeuter inden for gynækologisk og obstetrisk fysioterapi, og der henvises alene til Sundhedsstyrelsens Håndbog om Fysisk aktivitet. Op mod hver tredje gravide oplever urininkontinens, og blandt flergangsfødende er tallet endnu højere (Wesnes og Lose 2013). Det er samtidig vist, at superviseret bækkenbundstræning i graviditeten kan forebygge at urininkontinens opstår (Woodley, et al. 2017). På siderne 40 og 67 nævnes det kort, at jordemoderen skal informere om, og instruere i bækkenbundstræning. Hvordan dette skal foregå, er dog uklart. Inkontinens under graviditet og efter fødsel er således et udbredt problem, og det kunne derfor belyses nærmere og sikres en vigtig plads ved at blive beskrevet i et selvstændigt afsnit. Det kunne ligeledes være nyttigt at beskrive, hvordan man sikrer, at jordemødre er kvalificerede til at varetage denne opgave. Det er oplagt at anbefale, at opgaven varetages af specialuddannede fysioterapeuter inden for gynækologisk og obstetrisk fysioterapi. Se behandlerliste her <https://dugof.dk/behandlerliste>

## **Obstipation i forbindelse med graviditet**

Obstipation (forstoppelse) er hyppigt forekommende både under graviditet (op til 44%) og efter fødsel (op til 42%) (Rungsiprakarn, et al. 2015) (Turawa, Musekiwa og Rohwer 2015). Obstipation medfører ubehag, forringet livskvalitet, og risiko for udvikling af hæmorider. På længere sigt kan obstipation muligvis øge risiko for udvikling af inkontinens og forværre eventuel nedsynkning af underlivsorganerne, grundet belastningen af bækkenbunden. Det er derfor af stor betydning, at et uhensigtsmæssigt afføringsmønster under graviditet og efter fødsel forebygges og afhjælpes. Der er stor diskrepans mellem evidensen på området og de råd, som kvinderne modtager af sundhedspersonale eller selv finder på nettet. F.eks. kan man på Sundhed.dk eller på Apoteket.dk læse, at kvinder anbefales at undlade at anvende peristaltikfremmende middel (laksantia). Det beskrives, at laksantia kan være vanedannende og kan skade tarmtømningsreflekse, på trods af manglende videnskabeligt belæg for disse påstande. For at tage højde for denne mytedannelse burde der i Svangreomsorgen være et kapitel, som gav evidensbaserede anbefalinger om forebyggelse og afhjælpning af obstipation - både om kost, motion og brug af laksantia.

## **Graviditetsrelaterede bækkensmerter**

Afsnittet om graviditetsrelaterede ryg- og bækkensmerter er fornuftigt belyst, men teksten synes at være noget forældet. Vi undrer os over, at en ny diagnose "bækkensyndrom" introduceres – som afløser for "bækkenløsning", som ligeledes kan være misvisende. Ingen af diagnoserne er retvisende, og kan være med til at sygeliggøre den gravide med graviditetsrelaterede

bækkensmerter. Desuden henvises til et bilag 6, som ud fra meget forældede referencer anbefaler, at kvinder med bækkensmerter testes med tre smerteprovokationstests. Nyere internationale anbefalinger angiver, at man bør anvende et større "testbatteri" for at kunne verificere, at der er tale om graviditetsrelaterede bækkensmerter, og den Modificerede Trendelenburg anbefales ikke som en valid test (Robinson, Brox, et al. 2007). Desuden kan positive smertetests ikke alene verificere årsagen til smerterne og heller ikke graden af smertepåvirkning. Manglende viden hos den sundhedsprofessionelle om udførelsen og tolkningen af smerteprovokationstests kan medføre, at kvinden tilbydes forklaringsmodeller på hendes smerter, som kan skabe unødigt bekymring (Palsson, et al. 2019). Det foreslås i stedet, at udredning og behandling af graviditetsrelaterede bækkensmerter anbefales foretaget af kvalificerede fysioterapeuter. Bilag 6 bør derfor fjernes, og i teksten beskrives, at jordemoder eller læge bør udføre en grundig smerteanamnese, hvor kvindens beskrivelse af funktionstab på aktivitets- og deltagelsesniveau samt psykiske og fysiske ressourcer er i fokus (Stuge, et al. 2011). Dette med henblik på relevant viderehenvvisning. Henvisninger til tests på s. 130 bør derfor også fjernes. Alternativt skal afsnittet uddybes, således at de nyere anbefalede tests gennemgås med henblik på korrekt udførelse (Robinson, Veierød, et al. 2010).

### **Sphincterruptur**

I forbindelse med retningslinjer vedrørende sphincterruptur på side 149 bør det tydeligt fremgå, at Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, i deres nyeste anbefalinger, anbefaler tidlig opfølgning hos læge og fysioterapeut efter obstetrisk anal Sphincter ruptur (DSOG 2019).

Med venlig hilsen

Ulla Due

Formand, Dansk Selskab for Urologisk, Obstetrisk og Gynækologisk  
Fysioterapi

Sille Frydendal

Chef for profession og karriere, Danske Fysioterapeuter

Lars Henrik Larsen

Formand, Dansk Selskab for Fysioterapi

## Referencer

- DSOG. *Sphincterruptur: Diagnostik, behandling og opfølgning. Obstetrisk guideline*. 2019.
- Palsson, Thorvaldur S, et al. »Changing the Narrative in Diagnosis and Management of Pain in the Sacroiliac Joint Area.« *Physical therapy*, 2019.
- Robinson, Hilde Stendal, Anne Marit Mengshoel, Elisabeth Krefting Bjelland, og Nina K. Vøllestad. »Pelvic girdle pain, clinical tests and disability in late pregnancy.« *Manual Therapy* 15, nr. 3 (6 2010): 280-285.
- Robinson, Hilde Stendal, Jens Ivar Brox, Roar Robinson, Elisabeth Bjelland, Stein Solem, og Trym Telje. »The reliability of selected motion- and pain provocation tests for the sacroiliac joint.« *Manual Therapy* 12, nr. 1 (2 2007): 72-79.
- Robinson, Hilde Stendal, Marit B. Veierød, Anne Marit Mengshoel, og Nina K. Vøllestad. »Pelvic girdle pain - Associations between risk factors in early pregnancy and disability or pain intensity in late pregnancy: A prospective cohort study.« *BMC Musculoskeletal Disorders* 11 (2010).
- Rungsiprakarn, Phassawan, Malinee Laopaiboon, Ussanee S. Sangkomkamhang, Pisake Lumbiganon, og Jeremy J. Pratt. »Interventions for treating constipation in pregnancy.« *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Årg. 2015. nr. 9. John Wiley and Sons Ltd, 4. 9 2015.
- Stuge, Britt, Andrew Garratt, Hanne Krogstad Jenssen, og Margreth Grotle. »The Pelvic Girdle Questionnaire: A Condition-Specific Instrument for Assessing Activity Limitations and Symptoms in People With Pelvic Girdle Pain.« *Physical Therapy* (Oxford University Press (OUP)) 91, nr. 7 (7 2011): 1096-1108.
- Turawa, Eunice B, Alfred Musekiwa, og Anke C Rohwer. »Interventions for preventing postpartum constipation.« *The Cochrane database of systematic reviews*, nr. 9 (9 2015): CD011625.
- Wesnes, Stian Langeland, og Gunnar Lose. »Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: A review.« *International Urogynecology Journal*. Årg. 24. nr. 6. Springer London, 2013. 889-899.
- Woodley, Stephanie J., Rhianon Boyle, June D. Cody, Siv Mørkved, og E. Jean C. Hay-Smith. »Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women.« *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Årg. 2017. nr. 12. John Wiley and Sons Ltd, 22. 12 2017.

**From:** Iben Mortensen  
**Sent:** 28. januar 2020 13:04 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen

Kære Christine

Region Nordjyllands høringssvar vedr. retningslinjer for svangreomsorgen skal godkendes af regionens Forretningsudvalg d. 3. februar.

Sundhedsstyrelsens vil derfor først modtage høringssvaret d. 5. februar.

Mvh iben

Med venlig hilsen

Iben Mortensen  
Sundhedsfremmekonsulent  
22 88 80 18  
[im@rn.dk](mailto:im@rn.dk)

**Region Nordjylland**

Patientforløb og Økonomi  
Sundhedsplanlægning – Tværsektoriel Enhed  
Niels Bohrs vej 30  
9220 Aalborg Ø  
[www.rn.dk](http://www.rn.dk)



Den 28. januar 2020

### **Høring af Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen**

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen.

Dansk Sygeplejeråd mener overordnet set, at principperne for svangreomsorgen er gode. Ændringerne i retningslinjerne er meget fine og relevante.

Vi finder det meget positivt, at svangreomsorgen nu i højere grad end tidligere anbefaler en ligeværdig involvering af både den gravide og partneren i svangreomsorgen, da det bl.a. er vigtigt for tilknytningen mellem forældre og barn. Ligeledes bifalder vi det øgede fokus på det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

### **Specifikke kommentarer**

DSR har desuden en række anbefalinger til de enkelte afsnit. Kommentarerne har fokus på, hvordan retningslinjerne bliver tydeligere og dermed mere anvendelige i praksis.

DSR mener, at retningslinjerne bør konsekvensrettes ift. hvornår der bruges begreberne 'fødeafdeling' og 'barselsafsnit'.

#### *Kap. 2.3 Differentiering*

DSR mener, at svangreomsorgen bør skærpes, så det er et 'skal' at inddrage barselssygeplejersker og sundhedsplejersker i det tværprofessionelle samarbejde om kvinder på niveau 3 og 4.

#### *Kap. 2.4 Ansvar og koordinering*

Jordemoderen har fået ansvaret for at koordinere og tilrettelægge de ukomplicerede svangreomsorgsforløb og de komplicerede forløb varetages af den obstetriske speciallæge, men her bør barselssygeplejersken også nævnes.

Det bør som minimum være et 'skal', at gravide på niveau 3 og 4 tilbydes graviditetsbesøg af sundhedsplejersken.

### **Dansk Sygeplejeråd**

Sankt Annæ Plads 30  
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00  
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55  
Fax: +45 33 15 24 55

[www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)  
[dsr@dsr.dk](mailto:dsr@dsr.dk)

### *Kap. 2.5 Faggrupper og opgaver*

Der bør tilføjes et afsnit om barselssygeplejerskens ansvar og opgaver, især ift. kvinder der er indlagt med komplikationer.

### *Kap. 2.7.3 Ved hjemmefødsel*

DSR mener, at det bør fremstå klart, at private jordemoderordninger har samme forpligtelse til at informere sundhedsplejen om fødslen som de offentlige.

### *Kap. 3.1.1 Tidspunkt for prækonceptionel rådgivning*

Det er positivt, at der nu kan tilbydes en rådgivende samtale til kvinder, der overvejer at blive gravide. Det foreslås, at den praktiserende læge drøfter det ifm. konsultationer om fx prævention, screening for livmoderhalskræft. En enkelt samtale med lægen vil formentligt ikke være nok ift. livsstilsændringer.

DSR vil foreslå, at der derudover iværksættes en informationskampagne ift. at få spredt viden om det nye tilbud hurtigst muligt. Sundhedsplejerskerne kan være en af aktørerne til at sprede viden om tilbuddet i folkeskoler og ungdomsuddannelserne. Samtidig bør der etableres rådgivningstilbud og hjælp i kommunerne målrettet kommende gravide, som lægen kan henvise til ift. ændringer i livsstil for eksempel rygestop og vægttab. Heri er sundhedsplejersken en væsentlig aktør i samarbejde med andre faggrupper.

### *3.2. Grundforløbet i graviditeten*

Det er positivt, at svangreomsorgen anbefaler differentieret forløb med fokus på familiens behov. DSR vil dog anbefale, at alle gravide tilbydes et graviditetsbesøg af sundhedsplejersken, da vi ikke på forhånd ved, hvilke familier der er særligt sårbare. Netop i det generelle tilbud om hjemmebesøg til alle gravide kan sundhedsplejersken opspore en familie, der har ekstra behov for sundhedsplejerskens eller andre faggruppers tilbud inden fødslen.

### *Kap. 3.5 Indhold i konsultationerne*

DSR vil anbefale, at de sundhedsprofessionelle fra starten spørger ind til om den gravide kvinde har fået foretaget en brystoperation, da erfaringer viser, at brystopererede kvinder har flere udfordringer ift. at fuldføre en amning.

### *Kap 4. Sårbare og socialt udsatte gravide*

DSR anbefaler, at det tværfaglige team har fast deltagelse af en sygeplejerske og/eller en sundhedsplejerske, afhængig af familiens problematik og niveau for svangreomsorg, de er indplaceret på.

### *Kap. 10 Fødsels- og forældreforberedelse*

DSR vil anbefale en skærpelse af anbefalingerne for fødsels- og forældreforberedelseskurser – så kurset ledes i et partnerskab mellem jordemoder og sundhedsplejerske, da sundhedsplejersken er den gennemgående fagperson efter fødslen og derved har mere fokus på forældres nye rolle og er med til at sikre tilknytningen til barnet i dets

første år. Samtidig vil sundhedsplejersken bedre kunne sammensætte mødre/fædre-grupper efterfølgende, som bygger på en allerede etableret relation med andre forældre.

DSR anbefaler også, at tilbuddet om forældrekurset bør være ekstra timer og ikke som det ofte sker ved at tage timer fra sundhedsplejerskens antal hjemmebesøg i familien.

#### *Kap 13.5 Basistilbud fra fødeafdelingen efter udskrivelse*

DSR vil anbefale en skærpelse i forhold til tilbuddet efter udskrivelsen fra fødegangen.

Ved ambulante fødsler og hjemmefødsler bør anbefalingen være, at sundhedsplejersken tilbyder et hjemmebesøg på 1.-2. dagen efter fødslen, da det er essentielt for etableringen af amningen og forældrenes afkodning af barnets signaler og samspil med barnet. Det kan være med til at forebygge en del genindlæggelser, ligesom et tidligt hjemmebesøg vil sikre ro i familien, så de ikke skal ud at køre med den lille ny baby. Dette bør gælde for både førstegangsfødende og flergangsfødende.

Sundhedsplejersken er den fagperson der skal følge familien fremover. Derfor er det uhensigtsmæssigt, at en jordemoder skal bruge meget tid på at køre langt for at komme på hjemmebesøg, når sundhedsplejersken er specialuddannet til at varetage barselsomsorgen for både mor, far og barn samt har sin daglige gang i familiens område og er derved let tilgængelig.

#### *Kap. 14.3.1 Fødselsdepression*

Der kan med fordel også tilføjes Gotland skalaen ift. screening af fødselsdepression hos forældrene, da erfaringer viser den opfanger flere mænd.

#### *Kap. 14.4 Forældre, der mister et barn under graviditet, fødsel eller barsel*

Der er nogle børn, som tvangsfjernes lige efter fødslen. Her kan retningslinjerne med fordel beskrive proceduren i efterforløbet, fx hvilken hjælp forældrene bør tilbydes.

Med venlig hilsen



Grete Christensen  
formand



**From:** Svend Aage Lykke Madsen  
**Sent:** 28. januar 2020 09:43 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen

Kære Sundhedsstyrelsen, Forebyggelse,  
og Christine Brot

Hermed høringsvar fra undertegnede.

Bedste hilsner  
Svend Aage

**Svend Aage Madsen**

Forskningsleder, ph.d., Rigshospitalet  
Formand for Forum for Mænds Sundhed



Vesterbrogade 74,3.  
1620 København V  
Tlf: 26212851

Høringssvar til

**Høringsudkast Retningslinjer for svangreomsorgen 22. oktober 2019**

Fra Forum for Mænds Sundhed

**1. For det første:**

Det er et super godt fremskridt, at der nu er en klar familieorienteret tilgang, og at det fastholdes, at de psykologiske og sociale m.fl. processer i familiedannelse og tilknytning tillægges den væsentlige betydning, som det gør.

Det er også rigtig godt, at dette perspektiv - det familieorienterede og støtten til den psykologiske forældredannelsesproces – bredes ud til en tilgang, som alle instanser i forløbet bør have.

Særligt flot er det, at faderens perspektiv og tilstedeværelse er indarbejdet og at der er særlige fokuspunkter i forhold til ham. Samtidig med at enlige mødre, lesbiske og regnbuefamilier også respekteres og afspejles.

**2. For det andet:**

MEN når det gælder integrationen af faderen, partneren, familien, så er det desværre kun sket halvhjertet.

En hurtig gennemsøgning i teksten fra udkastet på ordene 'kvinde' og 'mor' viser, at der for ordet 'kvinde' 89 gange og for ordet 'mor' 26 gange lige så godt kunne - eller rettere: burde – have stået: 'forældre', 'vordende forældre', 'mand og kvinde', 'mor og far/partner' 'og faderen/partneren', 'parret', 'og manden/partneren' mv

Det anbefales kraftigt, at der sker en gennemsøgning på ordene 'kvinde' og 'mor' og at der hver gang det er muligt og relevant ændres til 'forældre', 'vordende forældre', 'mand og kvinde', 'mor og far/partner', 'parret', 'og manden/partneren' etc.

Se fx her, hvor der er lavet rettelser med STORT og gult:

**"Niveau 1** er det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje til VORDENDE FORÆLDRE, HVOR KVINDENS graviditet vurderes som normal uden øget risiko – OG HVOR DER IKKE ER ANDRE RISIKOFORHOLD HOS DE VORDENDE FORÆLDRE. Ydelserne tilbydes af jordemoderen og praktiserende læge.

**Niveau 2** er et udvidet tilbud til kvinder OG DERES PARTNER, som har behov for flere ydelser fra jordemoder og/eller fødselslæge eller praktiserende læge end det der tilbydes sunde og raske VORDENDE FORÆLDRE uden risikoprofil. Det kan fx dreje sig om gravide, der ryger, tilbud til gravide med overvægt, kvinder der venter mere end ét barn, eller kvinder som er i risiko for gestationel diabetes. Det kan også dreje sig om kvinder OG MÆND med tidligere dårlig fødselsoplevelse, kvinder OG MÆND som tidligere har mistet et barn, KVINDER DER har haft mislykket ammeforløb eller kvinder OG MÆND med en somatisk eller psykisk lidelse, som er velbehandlet. De VORDENDE FORÆLDRE indplaceret på niveau 2 har behov for ekstra eller længere konsultationer, der kan imødekomme de problemer eller erfaringer, der kan få betydning for FORÆLDRENE og/eller barnets sundhed, og som kan håndteres inden for svangreomsorgens tilbud. Ydelserne tilpasses PARRETS individuelle behov. Der kan henvises til særlige tilbud, der er etableret i regionen eller kommunen fx rygestop- eller vægtstop-kurser.

**Niveau 3** er et udvidet tilbud, som involverer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper end de, der arbejder indenfor svangreomsorgen og barselplejen i regionen. For gravide med komplicerede somatiske lidelser kan det dreje sig om behandling på specialiserede afdelinger. For VORDENDE FORÆLDRE vurderet til at tilhøre niveau 3, som følge af sårbarhed og socialt udsatte kan der desuden være behov for tværsektorielt samarbejde med sundhedsplejerske, socialforvaltning, psykolog og andre i kommunen. DE VORDENDE FORÆLDRE kan være sårbare og /eller socialt udsatte af forskellige årsager og kan have behov for meget forskellige ydelser. Det er væsentligt, at PARRET tilbydes ydelser og indsatser, der iværksættes så tidligt som muligt i graviditeten. Sårbare og socialt udsatte VORDENDE FORÆLDRE kan vurderes ud fra følgende, hvor der kan være overlap mellem de opstillede grupperinger:

- ☐ Kvinder OG MÆND med psykiske lidelser: angst, depression, spiseforstyrrelse, traumer, ADHD, OCD o.a., som ikke er velbehandlede og derfor kræver inddragelse af psykiater under graviditeten
- ☐ Kvinder med somatiske lidelser: diabetes, epilepsi, svær overvægt, gastric bypass, medfødte eller erhvervede hjertesygdomme/lidelser, funktionelle lidelser, o.a., der fordrer samarbejde med speciallæger udenfor svangreomsorgen. PARTNERENS SUNDHEDSTILSTAND VURDERES LIGELEDES MHT BETYDNING FOR BARNETS OG FORÆLDRESKABET
- ☐ VORDENDE FORÆLDRE med sociale problemer: konfliktfyldte forhold/vold i hjemmet, utrygt eller ambivalent tilknytningsmønster på baggrund af problematisk opvækst, manglende job/uddannelse/bolig, økonomiske problemer, sparsomt netværk, alder/mental umodenhed, uønsket enlig, kulturelle forhold af betydning for graviditet og fødsel OG FORÆLDRESKAB o.a.
- ☐ Kvinder OG MÆND med andre sårbarheder: manglende følelser for eller engagement i graviditeten, tidligere aborter/mistet/handicappet/alvorligt sygt barn, langvarig fertilitetsbehandling forud for graviditet, skiftende partnere/ustabilt netværk, partner i fængsel o.a.

Såfremt PARRETS ELLER DEN ENES problemer kræver tværsektorielt samarbejde og medvirken af kvindens OG MANDENS hjemkommune vil lokale tværfaglige grupper kunne varetage opgaverne i henhold til lov om social service § 49a og sundhedsloven § 123. Læs mere herom i kapitel 4.

**Niveau 4** indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som fx familieambulatorium, familieinstitutter og andre behandlingstilbud, dvs. ydelser på højt specialiseret niveau. DE VORDENDE FORÆLDRE indplaceres på dette niveau, når der er tale om særligt komplicerede problemstillinger som fx rusmiddelproblemer, svære psykiske lidelser og/eller alvorlig social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem FORÆLDRE og barn og varetagelse af barnets tarv. For VORDENDE FORÆLDRE på niveau 4 er det særligt vigtigt at være opmærksom på det tværsektorielle samarbejde med bl.a. den kommunale socialrådgiver og de øvrige regler efter serviceloven. Læs mere herom i kapitel 4. ”

Sådanne rettelser bør gennemføres i hele teksten på alle udkastets 212 sider. Det er vigtigt for at sikre, at alle professionelle har øje for den familieorienterede og partner-inkluderende og ikke kønsdiskriminerende vej, der nu er betrådt. Ikke at gøre det vil mindste svangreomsorgens effektivitet i forhold til de familier og problemstillinger, som den skal være rettet mod, og vil kunne ses som manglende opfyldelse af ligestillingslovens ånd og bogstav.

### 3. For det tredje:

Vedrørende fødselsdepressionens 'Begrebsafklaring':

Her bør retningslinjerne være i overensstemmelse med den definition, der kommer med ICD-11

*"Parent*

*Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium*

*Description:*

*A syndrome associated with pregnancy or the puerperium (commencing within about 6 weeks after delivery) that involves significant mental and behavioural features, most commonly depressive symptoms. The syndrome does not include delusions, hallucinations, or other psychotic symptoms. If the symptoms meet the diagnostic requirements for a specific mental disorder, that diagnosis should also be assigned. This designation should not be used to describe mild and transient depressive symptoms that do not meet the diagnostic requirements for a depressive episode, which may occur soon after delivery (so-called postpartum blues)."*

ICD-11 vil jo nok blive indført inden endnu en ny udgave af 'Retningslinjer for svangreomsorgen' udkommer

### 4. For det fjerde:

Udkastet gentager tal på forekomsten af fødselsdepression hos mænd og kvinder fra 2009:

"Det anslås, at omkring 6-10 % af danske mødre og halvt så mange danske fædre årligt får en fødselsdepression (Nielsen 2000, Munk-Olsen 2006)"

- med referencer der er 20 og 14 år gamle. Der har siden disse internationalt og til dels her i landet været lave undersøgelser, der viser en højere forekomst ikke mindst hos mænd. I nedenstående undersøgelser - både metanalyser og enkeltstudier - ligger næsten

alle resultater på omkring 10 % forekomst hos mænd: Og ingen af dem er under de 5 %, som høringsudkastet angiver med ovennævnte tal:

Carlberg, M., Edhborg, M., & Lindberg, L. (2018). Paternal Perinatal Depression Assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and Possible Risk Factors. *American journal of men's health*, 12(4), 720–729.

Madsen, S.Aa., Bibow, B. & Eliasson, S. (2018) Almen praksis kan opdage fødselsdepression allerede under graviditet. *Månedsskrift for almen praksis, maj*, 424-431

Edward K.-L., Castle D., Mills C., Davis L., Casey J. (2015). An integrative review of paternal depression. *American Journal of Men's Health*, 9(1) 26–34.

Gawlik S, Muller M, Hoffmann L, Dienes A, Wallwiener M, Sohn C, Schlehe B, Reck C. (2014) Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Arch Womens Ment Health*. Feb; 17(1):49-56.

Bergstrom M. (2013). Depressive symptoms in new first-time fathers: Associations with age, sociodemographic characteristics, and antenatal psychological well-being. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 40(1), 32–38.

Hanington, L., Heron, J., Stein, A., Ramchandani, P. (2012). Parental depression and child outcomes: Is marital conflict the missing link? *Child Care, Health & Development*, 38, 520-529

Figueiredo, B., Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 247-255.

Paulson, J. F., Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 303(19), 1961–1969.

Edmondson, O. J. H., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E., Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*, 125, 365-368.

Madsen, S.Aa. & Juhl, T. (2007). Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *Int Journ Men's Health & Gender*. Vol 4 Issue 1, March, 26-31.

Dudley, M., Roy, K., Kelk, N., Bernard, D. (2001). Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 19, 187-202

---

Der kunne nævnes mange flere – se PubMed m.fl.

Det skal dertil bemærkes, at med nedenstående nye forsknings forslag fra Smith-Nielsen (2018) om en cut off for kvinder på 11 point, vil forekomsten hos kvinder være klart over 10 pct.:

Smith-Nielsen et al. (2018) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both

DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry* 18:393  
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1965-7>

At meddele for lav en procentsats for mændene/fædrene vil være ude af trit med den nyeste forskning på området. Med en sådan markant undervurdering af forekomst af mænds psykiske problemer i forbindelse med forældreskabet ville retningslinjerne medvirke til forekomsten af et fortsat mørketal og en under-identificering og under-behandling af mænds fødselsdepressioner til skade for familie og barn. Hvilket igen vil være medvirkende til at der vil være for få behandlingsressourcer til mændene og generelt til forældre med fødselsdepression, eftersom disse ofte vil bygge på retningslinjerne.

#### 5. for det femte:

Det bør bemærkes, at der bør være psykologhjælp på svangre- og fødeafdelinger og i kommunerne knyttet til sundhedsplejen, som kan behandle forældre ed fødselsdepression.

Desuden bør det bemærkes, at den psykologbehandling, der er behov for, bør have specialkompetencer til at udføre perinatal psykologbehandling.

Med venlig hilsen

  
Svend Aage Madsen

Formand for Forum for Mænds Sundhed  
[svendaage@madsen.mail.dk](mailto:svendaage@madsen.mail.dk) - tlf.: 26 21 28 51

Afdeling: Sundhedsplanlægning  
Journal nr.: 20/1189  
Dato: 23. januar 2020

Udarbejdet af: Kirsten Frost Lorenzen  
E-mail: kfl@rsyd.dk  
Telefon: 2159 8152

## Høringssvar fra Region Syddanmark til Sundhedsstyrelsens "Retningslinjer for svangreomsorgen"

Sundhedsstyrelsen har sendt "Retningslinjer for svangreomsorgen" i høring den 26. november 2019. Region Syddanmark takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Helt overordnet byder Region Syddanmarks regionsråd de nye retningslinjer velkomne. Høringsmaterialet fremstår med mange gode initiativer, og det opleves i god overensstemmelse med den udvikling, der er behov for indenfor svangreomsorgen.

Vores fagfolk har meldt tilbage, at det har været en fornøjelse at læse høringsmaterialet, og at det adresserer de udfordringer, der er i dag på området. Samtidigt gør de også enstemmigt opmærksom på, at hvis sygehusene skal imødekomme alle de nye positive tiltag, som retningslinjerne lægger op til, så er dette ikke muligt inden for de nuværende økonomiske rammer. Der opfordres derfor til, at når retningslinjerne er endelige, og indsatser, serviceniveau mm. er besluttet, og disse kan ses i forhold til de eksisterende retningslinjer, at regionerne bør kompenseres ved tilførsel af den fornødne økonomi jf. DUT kompensation.

Derudover udfordrer de mange initiativer også de personalemæssige ressourcer på fødestederne, herunder jordemødre. Der bør derfor i retningslinjerne fremgå, at nogle af opgaverne også kan varetages af andre faggrupper fx sygeplejersker.

"Retningslinjer for svangreomsorgen" er et meget detaljeret dokument. Det vil være ønskeligt, at Sundhedsstyrelsen præciserer de konkrete anbefalinger, herunder hvilke der er *skal* og hvilke der er *kan*. Der anvendes i dokumentet mange forskellige udtryk fx bør, anbefalinger, skal mm. Det er uklart, hvilken betydning dette har.

Derudover vil det være ønskeligt, at Sundhedsstyrelsen definerer hvilken betydning det har, at man har valgt at omdøbe dokumentet fra "Anbefalinger for svangreomsorgen", til "Retningslinjer for svangreomsorgen".

Det er positivt, at graviditeten ses som en del af et livsforløb, som kræver tværfagligt samarbejde både inden og efter en graviditet. Det er positivt, at forløbet omfatter hele familien med vægt på både de fysiske, psykiske og sociale aspekter af familiens sundhed. Dette paradigmeskifte stiller krav til de sundhedsfaglige og socialfaglige aktører, og bør beskrives nærmere i retningslinjerne.

Det er positivt, at den familieorienterede omsorg lægger op til udvikling af tilbud til begge forældre, herunder indretning af de fysiske rammer på fødestederne og betoningen af vigtigheden af mindst mulig adskillelse af forældre og barnet. Det fremgår her, at neonatalafdelingerne bør have familie-barn stuer. Dette er selvfølgelig et ønskeligt scenarie, men det er også en omkostningstung retningslinje, såfremt de nuværende fysiske rammer ikke understøtter dette.

I Region Syddanmark oplever vi, at mange gravide ikke bliver spurgt ind til MRSA ved første kontakt til sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditet. Vi anbefaler derfor, at det fremgår helt tydeligt på side 38, at det er en af de opgaver almen praksis har, når den gravide kommer ind til første lægebesøg i uge 6-10 (ligesom det også står anført i kapitel 8).

### Jordemoderkonsultationer

I forhold til beskrivelsen af jordemoderkonsultationer er det positivt, at første jordemoderkonsultation skal ligge i uge 10 med henblik på den tidlige sundhedsfremmende indsats. Det hænger godt sammen med, at Sundhedsstyrelsen har valgt, at lægge selve hovedansvaret for visitationen over til en

sygehusopgave. Dermed undgår vi den "dobbelte" visitation, der foregår i dag i både almen praksis og på sygehuset. Denne ændring stiller dog også krav til, at fødestederne har et velstruktureret visitationssystem, så man kan nå at tilbyde kvinden en første jordemoderkonsultation i uge 10.

I forhold til antallet af jordemoderkonsultationer er det meget beklageligt, at skemaet på side 35-36 er svært at få et overblik over. Dertil er skemaet ikke i overensstemmelse med den prosatekst, der kommer efterfølgende. Det betyder, at det er meget svært at vide, hvad det konkrete omfang af jordemoderkonsultationer faktisk er.

Set i forhold til praksis i dag, er det umiddelbart vurderingen, at både første – og flergangsfødende vil få enten flere eller samme antal jordemoderkonsultationer som de får i dag. I dag får førstegangsgravide i Region Syddanmark tilbudt 6 jordemoderkonsultationer i grundforløbet. Flergangsgravide får som udgangspunkt tilbudt 5 jordemoderkonsultationer i grundforløbet.

Regionens fagfolk, der har siddet med i Sundhedsstyrelsens arbejdsgrupper omkring de nye retningslinjer påpeger, at der er flere fejl i oversigten på side 35-36.

Det bliver endvidere påpeget, at det ikke er hensigtsmæssigt, at første jordemoderkonsultation er i uge 10 og den næste først er i uge 31, hvis der ikke er behov for at gøre brug af flex- konsultationerne i uge 15 og 29.

Dertil er det den faglige vurdering, at jordemoderkonsultationen i uge 37 skal være en del af grundforløbet bl.a. med henblik på at opspore uhensigtsmæssig fosterstilling mm.

Det er meget vigtigt, at der ikke er tvivl omkring Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til antallet af jordemoderkonsultationer. Der er et stort behov for, at Sundhedsstyrelsen gennemgår dette kapitel igen, og præciserer hvor mange jordemoderkonsultationer gravide skal tilbydes.

I retningslinjerne er det detaljeret beskrevet, hvad indholdet i jordemoderkonsultationerne skal være. Set i forhold til den tid der i dag er afsat til en jordemoderkonsultation, er det vanskeligt at se, hvordan jordemoderen skal nå at komme omkring alle disse emner, undersøgelser mm. For at fødestederne kan leve op til dette vil det betyde, at der skal afsættes mere tid til de enkelte jordemoderkonsultationer.

Endelig vil vi i Region Syddanmark også påpege, at det er uheldigt at skanningerne i graviditetsforløbet ikke fremgår i Sundhedsstyrelsens retningslinjer. I dag tilbydes alle gravide én skanning i 1. trimester og én skanning i 2. trimester. Det er i dag en del af grundforløbet. Hvad er årsagen til, at Sundhedsstyrelsen har udeladt tilbuddet om skanninger i de nye retningslinjer?

#### Kapitel 4 vedrørende sårbare og udsatte gravide

I kapitel 4 vedrørende sårbare og socialt udsatte gravide er der mange retningslinjer, anbefalinger mm. Det er en meget stor opgave, der bliver lagt op til, at der skal løftes i forhold til denne målgruppe. Dette også set i forhold til at målgruppen vokser, og kun forventes at stige yderligere over årene.

I Region Syddanmark har vi allerede et godt tværsektorielt og tværfagligt samarbejde omkring denne målgruppe, der bl.a. er beskrevet i "Samarbejdsaftalen for Familieambulatorier" samt i samarbejdsaftalen omkring "Sårbare gravide". Samtidig er det vurderingen, at Sundhedsstyrelsen med de nye retningslinjer lægger op til, at regionerne skal varetage en endnu større opgave end man allerede gør i dag. Disse tiltag er meget ressourcekrævende både personalemæssigt og økonomisk.

Det fremgår eksempelvis i anbefalingerne, at der skal etableres Kendt Jordemoderordning (KJO) for sårbare gravide. Fagligt giver dette rigtig god mening, men det er bekosteligt at etablere KJO. I Region Syddanmark har vi allerede etableret 13 KJO- teams fordelt på regionens 4 fødesteder. Nogle af fødestederne har meddelt, at det er svært at rekruttere jordemødre til ordningerne, idet arbejdspresset



opleves for stort. I Region Syddanmark støtter vi dog tanken om mere kendthed mellem den gravide og jordemødrene. Dette kan dog også gøres på andre måder end via KJO- teams.

Et andet eksempel er, at hjemmebesøg til gravide i samarbejde med sundhedsplejerske. Dette vil være en ny og meget ressourcetung opgave for sygehusene, hvor der fx er områder i Region Syddanmark, hvor der skal bruges meget tid på kørsel frem og tilbage til borgeren hjem, ligesom hele koordineringsarbejdet med den kommunale repræsentant også tager tid. Det er tvivlsomt om ressourcerne anvendt på et hjemmebesøg, står mål med udbyttet.

Et tredje eksempel er, at det i retningslinjerne fremgår, at man i sygehus regi skal opspore fødselsdepression ved faderen/ partneren og lave opfølgning herpå. Dette er en ny opgave, som sygehusene ikke varetager i dag.

Et fjerde eksempel er, at der skal tilrettelægges fødsels- og forældreforberedelse specifikt til sårbare gravide. Dette vil være en ressourcetung opgave, og det er tvivlsomt, hvor stor efterspørgsel der vil være på et sådant tiltag.

Fremfor at beskrive det som en retningslinje, som forpligter alle fødesteder, kunne det beskrives som eksempler på initiativer, regionerne *kan* etablere. Det er forskelligt regionerne og fødestederne imellem, hvilket set-up der er mest hensigtsmæssigt, og som sårbare gravide profiterer bedst af.

Generelt i forhold til kapitel 4 savnes der en mindre stereotyp beskrivelse af de forskellige udsatte grupper af gravide, fx er afsnittet omkring vold meget entydigt beskrevet i forhold til vold fra partneren. Den voldudøvende kan være mange andre end partneren, og dette bør fremgå tydeligere. Ligeledes savnes der i kapitlet en mere tydelig definition af, hvornår man er en udsat gravid eller en sårbar gravid.

Endelig bør det i underafsnittende i kapitel 4 fremgå, at det vigtigste og det første der skal gøres er, at der laves en underretning til kommunen, som kan håndtere de socialfaglige komplekse problemstillinger.

#### Digital svangrejournel og kommunikation

Vi er meget positive overfor udviklingen af et nyt digitalt redskab for svangreforløbet, og anbefaler, at den digitale løsning bliver udviklet, så den kan rulles ud samtidig med implementering af de nye retningslinjer. Løsningen bør kunne betjenes af fagfolk via regionernes, almen praksis og sundhedsplejens primære EPJ- systemer, så dobbeltregistrering og ekstra opslag kan undgås. Særligt den digitale henvisning fra egen læge og de selv- rapporterede data (PRO) vil være væsentlige forudsætninger for vellykket implementering af det nye grundforløb.

Slutteligt vil vi opfordrer til, at der på landsplan udarbejdes digitalt informationsmateriale om graviditet, fødsel og barsel på relevante sprog. Dette kan fx gøres i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning.

I Region Syddanmark ser vi frem til implementering af de nye retningslinjer, som også vil danne baggrund for, at Region Syddanmark udarbejder en ny fødeplan.

Vedlagt er sygehusenes tekstmære bemærkninger til retningslinjerne.

Regionsrådet i Region Syddanmark får høringsvaret til godkendelse den 23. marts 2020, hvorfor høringsvaret fremsendes med forbehold for politisk godkendelse.

## Bilag 1: Tekstnære bemærkninger

### BEMÆRKNINGER FRA LÆGER OG JORDEMØDRE VED SYGEHUS LILLEBÆLT

#### Afsnit 2.3 Differentiering

Her redegøres for de forskellige niveauinddelinger på fin vis. Det er generelt en god oversigt.

I differentieringen af gravide vil det være at fortrække, at der nedenfor henvises til Svangreomsorgens andre kapitler omhandlende de forskellige grupper. Fx vil niveau 3 og 4 gravide, som i nogle tilfælde kategoriseres som sårbare gravide være indeholdt i denne gruppe. Her kunne det være oplagt samtidig, at henvise til afsnittet vedrørende sårbare gravide i afsnit 4 "Sårbare og socialt udsatte gravide" samt afsnit 14 "Psykologiske aspekter og psykiske lidelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel".

#### Afsnit 2.4 Ansvar og koordinering

For de gravide og kommende familier er det en god prioritering, at det nu er jordemoderen der er ansvarlig for koordinering af kvindens forløb i forbindelse med den ukomplicerede graviditet, fødsel og barsel.

I relation til de økonomiske ressourcer finder vi det hensigtsmæssig og nødvendig at der tilføres ressourcer til den indledende visitation og koordinering for at kunne styrke området tilstrækkeligt. I afsnittet er der desuden beskrevet gruppen af gravide med somatiske sygdomme. Specielt for førstegangsgravide, kan der her blive tale om yderligere ressourcer med henblik på planlægning af graviditetens-, fødsels- og barselsopholdets forløb. Her menes hvilken betydning en graviditet vil have for den pågældende sygdom, og ikke mindst hvad sygdommen har af betydning for graviditet, fødsel og barsel. Hvis det skal være obstetrikerens ansvar, at koordinere indsatsen, bør der være en fleksibel tilgang til jordemoderkontroller. Disse gravide er måske ikke socialt udsatte, men kan have behov for ekstra samtaler vedrørende ammeforløb, fødselsforventninger/afstemninger og ikke mindst graviditetskontrollerne.

#### Afsnit 2.7: Organisering af det sundhedsfaglige tilbud i barselsperioden

Her skrives (s. 23)

*I barselsperioden samarbejder fødeafdelingens personale, den kommunale sundhedstjeneste og den praktiserende læge med og om familien.*

Kommentar:

Her er det vigtigt, at der omformuleres således at det fremgår, at også barselsafsnittets personale kan være involveret.

Her nævnes øverste sundhedsfaglige opgaver (s.24)

Kommentar:

Her bør være en note om fremtidig sundhedstilstand. Hvis kvinden har haft f.eks. diabetes under graviditeten eller præeklamsi, så vil det betyde noget for hendes fremtidige livsrisiko for udvikling af hjertekarsygdomme. Risikoen kan reduceres ved ændring/hensyntagen til livsstil.

### Afsnit: 3.1.1 Tidspunkt for prækonceptionel rådgivning

#### Her skrives (s.28)

*Endvidere kan 8 ugers-undersøgelsen efter fødslen være en mulighed for at tage emnet op med henblik på næste graviditet. Med udgangspunkt i erfaringer fra den netop overståede graviditet og fødsel kan det være relevant at drøfte sundhedsmæssige forholdsregler forud for den næste graviditet.*

#### Kommentar:

Her er det relevant at have et system, hvor det sikres, at oplysninger fra tidligere graviditet, fødsel, neonatalperiode og barsel sikres til evt. kommende graviditeter – dette uanset regionsskifte eller almen praksis skifte.

Desuden kan det her være oplagt med et tværfagligt samarbejde, hvor familien/almen praksis kan kontakte fødestedet for yderligere information ved spørgsmål om forbehold/risikoprofil ved kommende graviditet, fødsel og barsel.

### Afsnit: 3.2.1 Grundforløbets overordnede struktur (side 29)

#### Her står (s.30):

*To udvalgte konsultationer med særligt indhold*

To udvalgte jordemoderkonsultationer i henholdsvis **1.trimester og graviditetsuge 35** har et særligt indhold.

#### Kommentar:

Godt initiativ!

Dog undrer ordlyden side 29: "*Ved jordemoderkonsultationen i graviditetssuge 35 drøftes den forestående fødsel med begge de kommende forældre. Samtalen skal omfatte anbefalinger i forhold til fx. Forebyggende injektion af syntocinon i.m. efter fødslen, K-vitamin til barnet og andre rutiner og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, som forældrene vil blive præsenteret for kort efter fødslen.*"

#### Kommentar

Det er ikke nødvendigvis indholdet af K-vitamin etc. som *skal* lægges som en del af udarbejdelse af en fødeplan, det kan den gravide evt. være informeret om fx gennem fødsels- og familieforbereelse, via skriftlige information/app's etc. Ordet *skal* bør derfor udelades og erstattes af *kan*.

Det primære fokus for samtalen må være den sundhedsfremmende forventning til fødslen og tiden efterfølgende. Det er her meget vigtigt, at der er fleksible rammer for de mange spørgsmål og problemstillinger parrene kan have med sig. For at parret og forældreskabet startes bedst muligt, så er denne samtale meget vigtig og bør prioriteres højt uanset niveau-inddelingen af den gravide.

Som tidligere nævnt kan der være grupper af gravide, som ved denne samtale har behov for yderligere tilbud - og prioritering/ressourcer er herfor essentiel for at forberede parret bedst muligt på fødslen, og det kommende forældreskab.

### Afsnit 3.2.2: Henvisning til grundforløbet

#### Kommentar:

Det er essentielt for visiteringen samt behandling/undersøgelser tidligt i graviditeten at egen læge påfører årsag/indikation til niveauinddelingen. Fx kan der være tilbud om CVS ved tidligere sen abort grundet misdannelser ved barnet, samtale ved føtalmediciner, screening for specifikke blodsygdomme ved tidligere immunisering af barnet osv. Selvom de gravide vil ses ved jordemoderen tidligere i graviditeten end hidtil, så er årsagen til niveau-tilbuddet af afgørende betydning for planlægningen af den gravides forløb. Det vil øge chancerne for kontinuitet og kendthed i jordemoderkontrollerne, da den gravide vil se så få forskellige jordemødre som muligt.

Det er anbefalelsesværdigt, at det ikke blot er afgørende for niveauinddelingen hvad den gravide/parret mener omkring tilbuddet, men også at tidligere forløb, fødsler, neonatal-indlæggelser er indeholdt i denne visitering – derfor er det vigtigt at egen læge gør sig disse erfaringer fra tidligere journaler ved både mor og tidligere børn.

Ofte kan den gravide/parret ikke huske hvad der præcist vil betyde noget ved en eventuel kommende graviditet, og egen læge er ikke altid opmærksom på problemstillinger af neonatal eller obstetrisk relevans ved første svangrekontrol – heldigvis kan jordemoderen følge op ved kontrol inden uge 10, men risikoen for fejl er fortsat til stede.

Det kan fx dreje sig om GBS early onset (forældre...barnet havde en infektion, men hvilken ved vi ikke?), tidligere immunisering (blev barnet gult indenfor 1 døgn...? "Det ved jeg ikke, vi var indlagt med så meget og lægerne var der hele tiden. Men han lå da i lys....")

#### Forslag:

- 1) Et system hvorpå, oplysninger fra tidligere journaler + barnets journaler videreføres til kommende graviditet uanset region, lægeskift eller lignende. Et kort resumé som egen læge orienterer sig i – epikriser på både mor og barn.
- 2) Krav om epikriser med fokus på kommende graviditet, fødsel og barsel udarbejdet af obstetrisk afdeling/jordemødre og ved indlæggelse på neonatal/barselsregi på barnet.

Problemstillingen kan også henføres til afsnittet **3.5.1 Første konsultation i almen praksis - uge 6-10**

### Afsnit 3.4: Former for kontakt

#### Her skrives:

**Hjemmebesøg** med undersøgelser, samtale og vejledning sker, når de kommende forældre ønsker at føde hjemme i forbindelse med at fødslen i hjemmet skal planlægges. Det kan også ske på grund af en kompliceret graviditet, hvor jordemoderen tilbyder en konsultation i hjemmet for at aflaste kvinden. Når det drejer sig om socialt udsatte og sårbare familier anbefales hjemmebesøg sammen med sundhedsplejerske, læs mere i kapitel 4.

**Fødsels- og forældreforberedelse** finder i princippet sted i alle kontakter mellem jordemoder/fødselslæge og de kommende forældre. Fødsels- og forældreforberedelsestilbud af mere struktureret, generel karakter bør også tilbydes til alle kommende forældre jf. kapitel 11 – og i form af individuelt tilpassede forløb til sårbare og socialt udsatte kvinder jf. kapitel 4.

#### Kommentar:

Hjemmebesøg -> ressourcer mhp. tid og fleksibilitet, specielt i tilfælde af koordinering af besøg sammen med sundhedsplejersken.

Fødsels- og forældreforberedelse -> ressourcer til jordemoderkonsultationerne – også de gravide som tilhører niveau 1. IVF gravide, gravide med tidligere spontane aborter (intet abnormt) eller gravide med risikoprofil for igangsættelse kan fx have yderligere spørgsmål, drøftelse og sundhedsfremme mhp. det kommende forældreskab.

### Afsnit 3.5 Indhold i konsultationerne

#### Her skrives:

I 3. trimester bør udgangspunktet for samtalerne være information og tanker om fødslen, opfølgning på tidligere drøftelser om amning og seksualitet, familiedannelse og mestring af nye og uvante forældreroller, barsels-perioden og screeningstilbud af det nyfødte barn. Jordemoderen kan i dette trimester opfordre til at kontakte Den kommunale sundhedstjeneste for graviditetsbesøg, som tilbydes i mange kommuner – også til forældre, som ikke er sårbare og socialt udsatte.

#### Kommentar:

Når jordemoderkonsultationerne skal rumme alt dette udover de fysiske undersøgelser, så skal vi igen tænke fleksibilitet men også flere ressourcer.

Ift. det der står skrevet omkring jordemoderens opfordring til at kontakte sundhedsplejen, så mener jeg her, at sundhedsplejens planlægning må blive udfordret hvis besøget først planlægges fra dette tidspunkt. Opfordringen skal lægge tidligere i graviditeten for alle gravide, således at familien og sundhedsplejen kan planlægge besøget tidsnok.

### 3.5.4 Jordemoderkonsultation - uge 22

#### Her skrives:

*At foretage risikoopsporing af præeklampsi, diabetes, væksthæmning af fosteret og truende for tidlig fødsel*

#### Kommentar:

Umiddelbart er det tidligt at opspore truende for tidlig fødsel – den er der behov for bliver uddybet.

Er der tænkt nye teknologier ind? Ved der arbejdes på fosterovervågningsudstyr, som måler flow i placenta og kan anvendes helt ned til uge 22 (og måske endda tidligere).

#### Her skrives (s. 40 + 41)

Undersøgelser:

- Fostervækst og hjertelyd

### I afsnit 3.5.5 Konsultation i almen praksis uge 25

#### Her skrives (s. 41):

Undersøgelser:

- Livmoderens størrelse

Er det ikke misvisende, at anvende to forskellige terminologier? Desuden efterspørges anbefaling af "redskab" til vurderingsmetode. Menes der SF-mål eller vurdering ud fra uterus, umbilicus, proc x.?

Her skrives (s.41) – samt s. 106 Anbefalinger vedr.urinscreeninger

*Ved fund af gruppe B streptokokker (GBS) i urinen påføres dette kvindens vandrejournal, idet der så behandles med penicillin i.v. under fødslen, se nærmere under GBS i kapitel 8.*

*Ad 8: Blodprøven undersøges for irregulære blodtypeantistoffer. Ved positive fund vurderes resultatet af en speciallæge i klinisk immunologi. På en anden blodprøve foretages bestemmelse af fosterets RhD type, således at fødeafdelingen har svaret, når kvinden kommer til jordemoderkonsultation i uge 29, se afsnit 3.5.6 og kapitel 7.*

Kommentar:

Det skal sikres, udover i vandrejournalen, at fødestedet får besked i begge tilfælde af abnorme fund (positiv GBS-status samt positiv for irregulære antistoffer).

Under GBS beskrives det senere (s. 107), men med fare for at fejllæse nærværende dokument, skal det tilføjes her deslige.

Da den gravide ofte får svar på sin urindyrkning og blodprøver via mail, tlf eller andet (og ikke fysisk fremmøde, og derfor ikke kan få påført svaret på sin vandrejournal) vil det derfor også være en sikring af oplysningerne indtil den digitale vandrejournal er fungerende, at almen praksis videregiver sådanne oplysninger direkte til fødestedet.

Dertil bør det her indføres (i nogle tilfælde...behandles med antibiotika under fødslen). Senere referer de dog til PCR-test og de nyeste tiltag, men det burde også være indeholdt i denne beskrivelse

### **3.5.8 Jordemoderkonsultation uge 35 (side 43)**

Her skrives (s.44)

*Følgende emner kan indgå i den strukturerede samtale og beskrives i fødselsplanen:*

- ☐ *Forventninger til fødslen*
- ☐ *Fødselspartner*
- ☐ *Smertelindring*
- ☐ *Mobilisering og fødestillinger, herunder brug af badekar*
- ☐ *Ve-stimulation*
- ☐ *Når barnet er født*
- ☐ *Hud-mod-hud, den første amning*
- ☐ *Blødningsprofylakse hos mor og barn*
- ☐ *Særlige hensyn*

Kommentar:

Med disse punkter oplistet vil jeg sige, der er tale om generel fødselsforberedelse. Kunne man sørge for, at der på basis af fødsels- og familieforberedelse ikke laves decideret undervisning her, men mere forventningsafstemmer ift. det indhold de gravide/partnere allerede kender fra undervisningen.

Specielt fordi de her lægger op til at det er individuel konsultation?!

### 3.7.2 Undersøgelse i almen praksis 8 uger efter fødslen

Kommentar:

Her bør være en note om rådgivning i forhold til fremtidig sundhedstilstand. Hvis kvinden har haft f.eks. diabetes under graviditeten eller præeklamsi, så vil det betyde noget for hendes fremtidige livsrisiko for udvikling af hjertekarsygdomme. Risikoen kan reduceres ved ændring/hensyntagen til livsstil.

Her skrives (s. 48):

Fødslen drøftes i det omfang, moderen har behov med særligt fokus på, om det overståede graviditets- og fødselsforløb vil have konsekvenser for en evt. kommende graviditet og fødsel eller for mors helbred på sigt.

Kommentar:

Her er det også vigtigt, at medtage barnets forløb specielt med henblik på indlæggelse på neonatalafdeling, ifm. behandlingskrævende icterus eller lignende, som kan have betydning for kommende graviditet, fødsel og barsel.

I tidligere kommentar efterspørges et sikkert system for videregivelse af disse oplysninger til kommende graviditet, fødsel og barsel. Det kunne sikres her også.

Desuden bør almen praksis have de obstetriske og neonatale konklusioner med henblik på evt. kommende graviditet, fødsel og barsel med i denne drøftelse, og ikke kun kvindens behov.

### 4.5.1 Gravide med aktuelt eller tidligere brug af afhængighedsskabende medicin, og/eller rusmidler som alkohol og narkotika – Familieambulatoriet (side 54)

Kommentar:

Overskriften burde vel være suppleret med Familieambulatoriet Plus?

Her skrives (s. 54):

*Praktiserende læger, jordemødre, sundhedsplejersker og andre sundhedsprofessionelle kan henvise gravide til det regionale familieambulatorie. Det har stor betydning for barnets sundhed, at henvisningen sker så tidligt som muligt i graviditeten.*

Kommentar:

I samarbejdsaftalen fra Region Syddanmark er det beskrevet, at alle (også privatpersoner) kan henvise til familieambulatoriet Plus

Se samarbejdsaftalen side 8, hvor der står: *Alle fagpersoner og privatpersoner kan henvise til Familieambulatoriet Plus, herunder bl.a. læger, sundhedsplejersker, pædagoger, (pleje)forældre, m.v.*

Menes der her primært børn til børneopfølgning eller lignende?

Her skrives (s. 54):

Det er nødvendigt med fortsat opfølgning ved børnelæger, også op gennem småbarnsårene, idet følger efter misbruget kan vise sig senere i barndommen og ikke alene ved fødslen. Almen praksis inddrages i behandlingsplanen inden fødslen og orienteres om udskrivelse fra neonatalafdeling/ barselsafdeling forud herfor.

Kommentar:

Betegnelsen *misbrug* bør her erstattes af forbrug eller lign.

#### 4.5.8 Sent erkendt graviditet (side 59)

Her skrives (s. 59):

*Sent erkendt graviditet kan have mange årsager, herunder fornægtelse, angst for hvad det kommer til at betyde, frygt for familiens reaktion og andet. Sundhedspersonalet må derfor som det væsentligste søge at finde ud af baggrunden for, at kvinden først henvender sig sent i graviditeten.*

*Ved sent erkendt graviditet bør kvindens alkoholforbrug eller andet rusmiddelforbrug, frem til graviditeten er erkendt, desuden kortlægges for at afgøre, om kvinden skal henvises til det regionale familieambulatorium.*

Kommentar:

Definition af sent erkendt graviditet?

#### 5.2 Fysisk aktivitet (side 56)

Her skrives (s. 56):

**Boks**

**Anbefalinger:**

☐ *Raske gravide anbefales 30 min fysisk aktivitet af moderat intensitet dagligt samt træning af bækken-bunden*

Kommentar:

Definition på raske gravide? Denne betegnelse af en gruppe gravide anvendes ikke andre steder, og derfor opfattes den en smule udefinerbar.

#### 5.6.2 Sundhedspersonalets konkrete opgaver (side 71)

Her skrives (s. 71):

*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 graviditetsslængden på tidspunktet for medicinindtagelsen i betragtning. Indtagelse af et lægemiddel før erkendt graviditet vil yderst sjældent være indikation for abort. Risikovurdering kan være en kompleks opgave, og lægen bør indhente specialviden ved en af de regionale farmakologiske enheder.*

Kommentar:

Bør lægen ikke indhente specialviden eksempelvis ved obstetriker, familieambulatorie Plus, neonatologer etc.?

#### 5.7.2 Sundhedspersonalets konkrete opgaver (side 73)



Kommentar:

Partner er ikke indeholdt i dette afsnit omkring Rygning og VBA-metoden? Måske det er korrekt nok ift. svangreomsorgen, og der er ej heller beskrevet noget omkring partners rygestatus i afsnit 1. Det vil dog være et stærkt signal at partner skrives med i de forebyggende indsatser, da det er af stor betydning for familiens sundhed og trivsel.

## 5.9 Euforiserende stoffer/narkotika (side 75)

Her skrives (s. 76):

- Ved erkendt forbrug og behov for hjælp henvises til det regionale familieambulatorium

Kommentar:

Her mener jeg det er vigtigt, at udelade ....*behov for hjælp*.... For uanset behovet, så må de vurderes at være i en sårbar situation mhp. graviditet og familiedannelse.

## 6.5.2 Bækkenvurdering (side 85)

Her skrives (s. 85):

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

Kommentar:

Er det ikke af relevans om den pågældende gravide har født før? Dvs. for multipara med tidligere ukompliceret fødsel (og samme pater) bør en vurdering vel ikke være indiceret?

## 6.6.1 Fostervækst(side 85)

Vedrørende Symfyse-fundus mål (s. 85-86)

Kommentar:

Her eftersøges henvisning til tabel, som anbefales.

Er det den tabel der for nuværende er på vandrejournalerne – og skulle de ikke være i et bilag til et dokument som dette?

Her skrives (s. 86):

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

Kommentar:

Henvisning mangler, dvs. hvilket referenceredskab ønskes anvendt? Ville virkelig være godt at være konkret i en faglig retningslinje.

**Afsnit 8.1.1 Side 97**

Vedr. vaccination for variceller: De 2 dots er modsigende: Af den ene fremgår det er vederlagsfrit at blive vaccineret og af den anden at kvinden selv skal betale.

**Afsnit 8.14 Side 108**

Boks vedr retningslinier for GBS:

Der behandles altid med antibiotika ved fødsel før uge 35 eller ved temperaturstigning over 38

## BEMÆRKNINGER FRA BARSELSAFSNITTET PÅ SYGEHUS LILLEBÆLT

**Kapitel 2:** Vi vil i høj grade rose princippet om at mor/familie og barn ikke adskilles, med mindre der er særlige behandlingsmæssige grunde dertil (afsnit **(2.7.1.)**)

I dette kapitel arbejdes der med to begreber, fødeafdeling og obstetrisk afdeling. Generelt mangler der konsensus vedr. benævnelse af de forskellige afsnit. Det foreslås at man finder en konsekvent betegnelse, fx obstetrisk afdeling eller fødestedet, som dækker både fødeafdeling, barselsafdeling, mor-barn afdeling og lignende for at undgå forvirring.

**Kapitel 4:** Under dette afsnit (**4.2**) nævnes, at det typisk er jordemoder, speciallæge i obstetrik og praktiserende læge og sundhedsplejerske, som samarbejder om familien. Her bør også plejepersonalet i barsels- og neonatalafsnit nævnes, da de indgår i samarbejdet omkring familien ved indlæggelse efter fødslen og i neonatalperioden.

**Kapitel 13:** Det foreslås under (**13.1.1**) at der kommer til at stå obstetrisk afdeling i stedet for fødeafdelingen. Obstetrisk afdeling vil i denne sammenhæng også dække sengeafsnittet.

Afsnit 13.1.3. Der står **Mors/barns afdeling**; Hvad dækker det over? Her. Ens ordlyd hele vejen igennem teksten anbefales.

Afsnit 13.3.2: Kommentar: Tilføj under dot 3 efter ....lagt til og diet effektivt (tilføj: **gerne fra begge bryster**). Der kan være forskel på maters brystfacon og vorte, hvilket kan vanskeliggøre barnets evne til at die. Derfor er det vigtigt, at barnet har været lagt til ved begge sider, inden familien udskrives til hjemmet.

Afsnit 13.6.1: Det bør fremgå konsekvent, at forældrene kan henvende sig til fødestedet op til en uge (7 dage) efter udskrivelsen, også i relation til barnets trivsel. I dette afsnit nævnes 7 dage efter fødslen. Måske står det lidt forskelligt? Bør konsekvensrettes i hele dokumentet.

**Kapitel 14:** Afsnit 14.3.1: Kommentar til afsnittet Behandling: tilføj efter... Hvis jordemoderen **og/eller sygeplejersken** eller sundhedsplejersken har mistanke..... Dermed dækker det alle plejegrupper, som er involveret i forløbet, inklusive tiden efter fødslen.

## BEMÆRKNINGER FRA SOCIALRÅDGIVER I FAMILIEAMBULATORIET PÅ SYGEHUS LILLEBÆLT

**Afsnit 2.3** Kommentar: §49a i lov om social service er en paragrafmulighed for forebyggelse i kommunalt regi. §49a muliggør ikke entydigt deltagelse og inddragelse af regionalt personale, hvorfor vi på Sygehus Lillebælt fx ikke bidrager på denne via fra Afdelingen for Kvindesygdomme og Fødsler + Børneafdelingen/neonatalafdelingen. Det er muligvis fortsat relevant at nævne Sundhedslovens §123 af andre årsager. Afsnittet bør slettes i den afdeling der omhandler niveau 3. hvor Servicelovens §153 er gældende på samme vis som niveau 4.

”Såfremt kvindernes problemer kræver tværsektorielt samarbejde og medvirken af kvindens hjemkommune vil lokale tværfaglige grupper kunne varetage opgaverne i henhold til lov om social service §49a og sundhedsloven § 123. Læs mere herom i kapitel 4.”

Lovtekst: 49a

”Skole, skolefritidsordning, sygeplejersker, sundhedsplejersker, læger, tandlæger og tandplejere ansat i den kommunale sundhedstjeneste, dagtilbud, fritidshjem, Familieretshuset og myndigheder, der løser opgaver inden for området for udsatte børn og unge, kan indbyrdes udveksle oplysninger om rent private forhold vedrørende et barns eller en ungs personlige og familiemæssige omstændigheder, hvis udvekslingen må anses for nødvendig som led i det tidlige eller forebyggende samarbejde om udsatte børn og unge.

Udveksling af oplysninger efter [stk. 1](#) til brug for en eventuel sag, jf. kapitel 11 og 12, om et konkret barn eller en ung kan ske én gang ved et møde. I særlige tilfælde kan der ske en udveksling af oplysninger mellem de myndigheder og institutioner, der er nævnt i [stk. 1](#), ved et opfølgende møde.

Selvejende eller private institutioner, private klinikker eller friskoler, som løser opgaver for de myndigheder, der er nævnt i [stk. 1](#), kan indbyrdes og med de myndigheder og institutioner, der er nævnt i [stk. 1](#), udveksle oplysninger i samme omfang som nævnt i [stk. 1](#).

De myndigheder og institutioner, der efter [stk. 1-3](#) kan videregive oplysninger, er ikke forpligtede hertil.”

### Afsnit 2.7.2

Kommentar: Det kan være relevant at tilføje, at en orientering til den praktiserende læge ikke må erstatte underretningspligten jf. Servicelovens §153 – forslag er beskrevet nedenfor

#### Forslag

”Såfremt der er bekymring for barnets sundhed og trivsel eller forældrenes evner og muligheder for at tage vare på deres barn, bør forældrene orienteres om bekymringen og inddrages i samarbejdet med socialforvaltningen om at bedre vilkårene for barnet. Såfremt samtykke ikke kan opnås, kan **orientering af praktiserende læge** og sociale myndigheder ske uden samtykke i henhold til henholdsvis sundhedsloven § 41 og underretningspligten i lov om social service § 153, se kapitel 4 og bilag 1.”

**Afsnit 4.5.8** Kommentar: Ordet ”Misbrug” bør ændres

**Afsnit 4.5.9** Kommentar: Servicelovens §85 er ikke relevant i forbindelse med familieførøgelse. SEL §85 bevilges til voksne indenfor målgruppen. Det er meget muligt relevant med §85 sideløbende støtte, jf. Servicelovens Kapitel 11, men det er ikke med arbejdsopgaver i forbindelse med forældreansvar.

Nedenstående formulering er derfor misvisende, og bør omformuleres uden SEL §85.

"Kommunen er jf. servicelovens § 50, stk. 9 forpligtet til at undersøge de kommende forældres evne til at varetage forældrerollen, herunder undersøge behovet for socialpædagogisk bistand (**Serviceloven § 85**) i forhold til at kunne varetage opgaven, når barnet er født."

Lovtekst:

**"§ 85**

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer."

**Afsnit 5.9** Kommentar: Er ordvalget "stoffer" tilvalgt, frem for rusmiddelforbrug? Eller anden anerkendende formulering.

**Afsnit 13.3.2** Kommentar: Kommunalt regi skal være kontaktet og i kontakt med familien, forud for en udskrivelse, hvis kommunalt regi har anmodet om dette Eventuelt med tilføjelse om kommunale anmodninger og afdelingernes forpligtelse til at mødekomme dele af disse.

## **BEMÆRKNINGER FRA JORDEMØDRE OG LÆGER PÅ SYGEHUS SØNDERJYLLAND**

### **Kapitel 9: Obstetriske problemstillinger**

Afsnit 9.5: Gravide grønlændere, sort-afrikanere og asiater har øget risiko for gestationel diabetes mellitus, men er ikke nævnt under risikofaktorer for gestationel diabetes mellitus. Er det glemt?

Afsnit 9.10: I forhold til risiko for fosterdød ved overbåren graviditet bør det noteres, at fald i mortalitet også kan skyldes forbedret kvalitet af ultralydsscanninger, herunder at fostre uden eller med nedsat overlevelseschance opspores i tidlig graviditet.

### **Kapitel 11: Fødslen**

Afsnit 11.3.4: Prolaps står noteret som en ikke-graviditetsrelateret langsigtet komplikation til kejsersnit (altså øget risiko), og samtidig senere i samme afsnit står, at der er reduceret risiko for prolaps efter kejsersnit.

## BEMÆRKNINGER FRA SYGEPLEJERSKER PÅ OUH

Side 22: *Efter fødslen sikrer jordemoder efter samtykke, at sundhedsplejersken.....* : Der bør tilføjes at sygeplejersker også orienterer sundhedsplejersken om familiens hjemkomst, da sygeplejersker på barsels- og neonatal-afsnittene også varetager denne opgave, såfremt familien har været indlagt efter fødslen. På OUH sendes der en elektronisk korrespondance til sundhedsplejersken ved alle familier, der udskrives fra barselsafsnittene. Fremadrettet vil det være muligt på Fyn ved relevante forløb at etablere/planlægge virtuelle udskrivningskonference og/eller stuegang, hvor sundhedsplejersken og/eller egen læge også har mulighed for at deltage.

Side 23, afsnit 2.7: *Opgaver, der knytter sig til observation af mor og barn efter fødslen samt tilbud om screening, kan ikke løses af primærsektoren alene*: Observation af mor og barn efter fødslen samt at tage hælprøve (PKU) kan umiddelbart godt varetages af sundhedsplejen. Sundhedsplejersker har bl.a. pædiatrisk og/eller obstetrisk erfaring og på flere obstetriske afdelinger tager sygeplejersker/jordmødre PKU. Som på andre områder i sundhedsvæsenet kunne man godt se på opgaveglidning inden for den tidlige barselsperiode med øje for sammenhæng og minimering af overgange i patientforløbet. Sundhedsplejersken vil være tilknyttet familien fremadrettet og følge denne, hvormed dette kunne sikre kontinuiteten og mindske overgange/antallet af kontakter med flere forskellige sundhedsprofessionelle. Vi ved fra LUP at familien ofte oplever forskelligrettet råd og vejledning, hvilket kan resultere i lavere tilfredshed med forløbet og det kan have en negativ indflydelse på oplevelsen af at amme, hvis vejledningen omhandler amning. I og med at der har manglet jordmødre på fødeafsnittene kunne man hermed også frigive jordmødre hertil. I det mindste burde der være en frihed i retningslinjerne til at kommuner og regioner kunne afprøve forskellige set-up ift. opgavevaretagelsen – selvfølgelig med patientsikkerhed og faglighed for øje på alle tidspunkter.

Side 24, afsnit 2.7.1, linje 2: *hvor der er mulighed for at tilkalde sundhedsfaglig hjælp efter behov*: kan det omformuleres til eksempelvis: "hvor der tilbydes sundhedsfaglig hjælp og støtte døgnet rundt". Familien er ikke altid selv klar over om der er behov for sundhedsfaglig hjælp, hvorfor man under indlæggelse bør tilbyde rutinemæssige besøg hos alle indlagte familier. Dette med henblik på at opspore tilstande og problemstillinger, som familien ikke selv har bemærket/opdaget. Linje 9-10: Omformuleres til eksempelvis: Efter kejsersnit bør barnet følge moderen hud-mod-hud. Hvis mor af en særlig årsag, ex. smerter efter kejsersnit, ikke kan have barnet hos sig placeres barnet hos far/partner hud-mod-hud.

Afsnit 2.7.2, linje 3-6 (samme for afsnit 3.7.1): Telefonisk kontakt kan erstattes af '*virtuel kontakt*' (dette rummer både telefon- og videokonsultationer). Videokonsultationer vil i årene frem formentlig også blive testet og vinde indpas i svangreomsorgen inden for flere områder, et område kunne muligvis være den telefoniske kontakt 1. dag efter fødslen.

Der står at alle familier tilbydes konsultation ved jordemoder 48-72 timer efter fødslen. Denne konsultation bør **varetages af sygeplejersker** med særlig erfaring inden for tidlig opsporing af sygdom hos nyfødte og med specialisterfaring inden for amning. Det kræver stor erfaring i at varetage tidlig opsporing af patologiske tilstande hos mor og barn. Idet flere familier udskrives inden for 24 timer efter fødslen ligger der en meget vigtig opgave i at vurdere og observere mor og barn på distancen – dvs. mens de er i eget hjem og når de kommer ind til 48-72 timer besøget. Her vil man skulle spotte børn med infektion (ex. meningitis, uopdaget hjertefejl, late onset infektioner etc. Afsnit 13.1 beskriver så fint hvilke sygdomme der kan støde til de første levedøgn). For at kunne spotte disse børn kræver det, at man har erfaring i at observere nyfødte tæt og over de første levedøgn, eks. fra barselsafsnittet (hvor man har børn liggende til observation) eller neonatalafsnittet (behandler børn for infektion, eller med eks. hjertefejl). Screening for behov for efterfødselssamtale kan varetages af både sygeplejersker, sundhedsplejersker og jordmødre, som herefter kan henvise til uddybende samtale

ved fødejordemoder og/eller fødselslæge. Bristninger er sygeplejersker på barselsafsnittene også vant til at observere. Som minimum bør svangreomsorgen beskrive opgaven som værende med behov for tæt tværfagligt samarbejde imellem jordmødre, sygeplejersker, obstetriker og pædiater, da der kan være behov for at inddrage forskellige kompetencer i opgaveløsningen, dvs. vurdering af mor og barn. Alternativt bør man skrive at familierne tilbydes konsultation på hospitalet 48-72 timer ved en fagperson. Således giver man fødestederne en frihed til selv at vurdere om opgaven varetages af jordmødre, sygeplejersker eller i fællesskab (tværfagligt).

Side 124, afsnit 9.2. Mange gravide anvender akupunktur ved hyperemesis, da de foretrækker non-farmakologisk behandling, og flere sundhedsprofessionelle henviser til behandling i privat regi, da det ikke længere tilbydes på hospitalet. Der bør være en forholde sig til brug af akupunktur ved hyperemesis i svangreomsorgen (baseret på nuværende evidensniveau). Deslige ift. at henvise til akupunktur i det private, da de gravide ikke er sikret at den pågældende akupunktør er certificeret i obstetrisk akupunktur, og dermed kan risikere at gøre mere skade end gavn.

Side 131, afsnit 9.7. Kunne man forholde sig på samme vis til brug af akupunktur ved ryg- og bækkenrelaterede smerter? At der laves en konkret vurdering ift. nuværende evidensniveau, da akupunktur også her har været tidligere anvendt og foretrækkes fremfor smertestillende medicin.

Side 143 BOKS: Omformuleres til: Fødsels- og forældreforberedelse på mindre og faste hold

Side 153, afsnit 11.4: Personalet skal så vidt muligt: Bør omformuleres til, at personalet skal være omkring forældrene de første i de første timer efter fødslen og i det omfang forældrene måtte ønske, så de kan spørge ind til fødselens forløb og den nærmeste fremtid samt observere mor og barns tilstand.

Det er vigtigt, at mor og barn observeres tæt, både ift. barnets velbefindende, når barnet ligger hud mod hud samt den første amning, da nogle forældre angiver i LUP, at der ikke var nogen på stuen til at observere at barnet fik korrekt og godt fat om brystet. Desuden skal vi sikre, at barnets luftveje er frie, når barnet ligger hud mod hud.

Side 153 afsnit 11.4.1 Kan vi overveje at samtykke til syntocinon og K-vitamin indhentes tidligere i forløbet og dokumenteres under bestemt nøgleord så det kan fremsøges ved fødslen. Et samtykke til syntocinon lige efter en fødsel er ikke optimalt da kvinden kan være udmattet/udtrættet og ikke har nok tid til egentlig at have betænkningstid ift. at træffe en beslutning.

Kan man desuden beskrive mere præcist i hvilket tidsrum K-vitamin optimalt gives ift. at barnet er optimalt smertedækket af endorfiner og evt. amning? Lige nu står der bare indenfor et par timer – mon der er forskning, der viser hvornår det er mest optimalt?

Side 154, afsnit 11.4.2 Barnet må kun ligge hud mod hud hos mor hvis hun er vågen og opmærksom. Kan det indskrives at far/partner må observere barnet eller sundhedspersonalet (opvågning) såfremt mor ikke selv kan? Barnet og mor har jo gavn af hud-mod-hud på trods af at mor er påvirket af anæstesi. Kunne far/partner vejledes i observation af barnet? Eller er det vurderet for usikkert/risikabelt af arbejdsgruppen?

Side 164, afsnit 12.7, Høj serum-bilirubin i 1. eller 2. leveuge: Der står, at barnet skal vurderes af en fagperson. Bør det præciseres om det er en sygeplejerske, jordemoder eller læge? Fagperson giver i hvert fald fødestederne mulighed for at vælge hvem de ønsker, skal varetage opgaven.



Der står, at ukompliceret gulsot med fototerapi kan varetages på en børneafdeling eller barselsafsnit. Bør man tilføje at behandling kan foregå både som indlæggelse på hospitalet eller som behandling i eget hjem (pt. tilbydes fototerapi i hjemmet med telemedicinsk kontakt undervejs).

Der står, at børn med mørk hudfarve eller østasiatisk oprindelse skal tilbydes transkutan bilirubinmåling eller blodprøve. Tidligere transkutane bilirubin måleapparatur har ikke kunnet anvendes på disse patientgrupper på grund af stor måle-usikkerhed. Måske skal de tilbydes blodprøve i stedet for da den anden metode ikke giver et validt prøvesvar alt afhængig hvad apparatur fødestederne anvender?

Side 172. afsnit 13.2. Ændres til: Hyppig amning, når barnet gerne vil, gerne mindst 8 gange i døgnet efter 1. levedøgn. Det er først efter 1. levedøgn at barnet skal ammes x 8. Pt. vejledes der ud fra at barnet dier 4-5 gange det første døgn, og herefter min. 8 gange i døgnet.

Side 175, afsnit 13.3.3.

Det beskrives, at førstegangsførældre kan have svært ved at vurdere, om en tilstand og/eller et symptom hos barnet er normalt eller unormalt. Dette gælder også for flergangsførældre. De kan lige så vel som førstegangsførældre være uvidende om en tilstand hos et nyfødt barn er normalt eller unormalt. Hvis man ser på genindlæggelser af nyfødte, vil man kunne se at også flergangsfødende genindlægges med nyfødte i dårlig trivsel og som ikke har 'spottet' at barnet har fået for lidt mad i de første dage efter fødslen. Der kan også være andre/nye vilkår/tilstande til stede ved flergangsfødende, som kan komplicere barselsperioden, men som den flergangsfødende ikke nødvendigvis reagerer på rettidigt, da hun ikke har oplevet det tidligere eller det er mange år siden hun fik sit første barn.

Der står, at førstegangsfødende ikke bør udskrives få timer efter fødslen pga. et særligt behov for observation og vejledning. I Region Syddanmark har man i mange år udskrevet alle kvinder, der føder ukompliceret, inden for 24 timer – dvs. også inden for få timer efter fødslen, hvis familien og personale sammen vurderer at familien er klar dertil. Den kontinuerlige kontakt og opfølgning hos ambulante fødende leveres i dag via hjemmebesøg 1. dag efter fødslen eller telefonisk kontakt (måske fremadrettet tilbud om videokonsultation?), via push-beskeder med særlige opmærksomhedspunkter omkring mor og barns trivsel hver 12. time de første 4 dage samt besøg i barselsklinikken 48-72 timer efter fødslen. Således skabes et sikkerhedsnet om nye familier, da usikkerhed og sygdomstilstande kan opstå uafhængig af paritet. Såfremt alle førstegangsfødende skal tilbydes videre indlæggelse på barselsafsnit/patienthotel, da får hospitalerne et problem ift. lokaler/stuer. Flere hospitaler har nedlagt patienthoteller/sengepladser i relation til ambulante fødsler, hvorfor disse lokaler ej heller findes på de nybyggede super-hospitaler. Heraf følger også, at der skal allokeres personale til de flere indlagte familier.

Derimod bør flergangsfødende med tidligere amme problemer/kompliceret ammeforløb/tidligt uønsket ammeophør tilbydes indlæggelse som minimum, idet forskning har vist, at tidligt ammeophør hyppigt forekommer hos denne gruppe af mødre. Tidlig opfølgning i hjemmet vil ikke være nok for alle i denne gruppe, da amningen ofte vil skulle observeres hyppigt i starten og der er behov for tidlig og hyppig støtte og opmuntring samt sikring af korrekt sutteteknik. Så derfor bør man omformulere til at flergangsfødende med tidligere dårlig ammeerfaring kan tilbydes indlæggelse eller tæt opfølgning i hjemmet.

#### Afsnit 13.5.1

Der bør være krav om, at sundhedsplejersken har været på 1. besøg inden for 7 dage efter fødslen (med mindre barnet er indlagt i over 7 dage efter fødslen). Vejledningen til forældre går på at de har kontakt til fødestedet indtil 7 dage efter fødslen, hvilket både formidles mundtligt og skriftligt. Det skaber forvirring i organisationer (almen praksis, hospitaler, sundhedsplejen) og blandt forældre, når der afviges fra dette. Nyfødte må kun vurderes i obstetrisk afdeling indtil 7 dage efter fødslen, herefter skal de visiteres via egen læge til børneafdelingen. Hvis familierne må kontakte obstetrisk afdeling,

fordi sundhedsplejen endnu ikke har været på besøg 7 dage efter fødslen, vil obstetriske afdelinger også skulle vurdere børn ældre end 7 dage, hvilket ikke praktiseres i dag.

#### Afsnit 13.5.2

Sundhedsplejefaglig karakter – kan dette konkretiseres med et par eksempler for at vejlede fagpersonale om hvilke problemstillinger, der er tale om.

Bør man indskrive at flergangsfødende, hvor det er en mulighed, og hvor det er vurderet relevant, kan tilbydes videokonsultation dagen efter fødslen, da det giver en anden mulighed for at observere ex. amning, barnet osv. Da vil vurderingen ikke kun bero på forældrenes vurdering men også en visuel vurdering af en sundhedsprofessionel (ex. urather i ble, tvivl om tilladelig blødning i bind osv.)

#### Afsnit 13.5.3.

Se beskrevet tidligere. Tidlig opsporing af sygdom samt vurdering af trivsel hos barn og mor bør varetages af sygeplejerske. Konsultationer forudsætter det rette udstyr (ex. apparatur til transkutan bilirubinmåling, sat-måler såfremt barnet frembyder symptomer på infektion, blodprøvetagning hvor indikation), derfor obs. på placering af ambulant virksomhed uden for hospitalerne.

Under klinisk opfølgning af barnet bør tilføjes **tidlig opsporing af evt. sygdom** (infektion, uopdaget hjertefejl, late-onset infektioner). Det er en yderst vigtig sundhedsfaglig opgave, der ligger i denne konsultation, og den kræver særlig erfaring og kompetencer som tidligere beskrevet. Det bør præciseres, at obstetriske afdelinger skal have beskrevne arbejdsgange for, hvornår nyfødte bør tilses af pædiater og ikke kun af en sygeplejerske/jordemoder.

#### Afsnit 13.6.2

Der bør stå, at der som udgangspunkt **skal** tilbydes 4-5 dages besøg af sundhedsplejen til alle familier, der udskrives inden for 72 timer efter fødslen.

Generel kommentar: Der anvendes både fødeafdeling og obstetrisk afdeling. Kan det strømlines i dokumentet – det bruges lidt forskelligt i kapitlerne. Altså;

Obstetrisk afdeling = jordemoderkonsultationer, ultralyd, fødeafsnit, svangre- og barselsafsnit.

Fødeafsnit= det afsnit, der varetager selve fødslen.

Eks. afsnit 12.5 Det er fødeafdelingens ansvar – altså er det fødeafsnittets ansvar eller obstetrisk afdelings ansvar (her kan afdelingen selv bestemme hvilket afsnit/personale der har ansvar for opgaven).

Eks. afsnit 13.1.1. der kræver henvendelse til fødeafdelingen? Menes der obstetrisk afdeling eller fødeafsnittet? Kontakten går ofte via barselsklinikken/barselsambulatoriet

Der mangler, at blive beskrevet vores nye muligheder for kontakt (videokonsultationer, telemedicinske hjemmeophold/indlæggelse i eget hjem) da de formentlig vil vinde indpas i årene fremover.

**From:** Katja Schrøder  
**Sent:** 24. januar 2020 00:03 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen

Modtag venligst vedhæftede høringssvar fra Dansk Jordemoderfagligt Selskab.

Venlig hilsen

Katja Schrøder  
Adjunkt, Jordemoder, ph.d.  
Formand for Dansk Jordemoderfagligt Selskab

*Institut for Sundhedstjenesteforskning,  
Enheden for Brugerperspektiver,  
Klinisk Institut,  
Gynækologisk-Obstetrisk Forskningsenhed,  
Syddansk Universitet*  
Tel. +45 2383 4327  
Mail [kschroeder@health.sdu.dk](mailto:kschroeder@health.sdu.dk)  
Addr. J.B. Winsløvs Vej 9  
DK-5000 Odense C



### Høring af Retningslinjer for svangreomsorgen

Dansk Jordemoderfagligt Selskab (DJS) takker for invitationen til at være høringspart på udkast til Retningslinjer for svangreomsorgen. Vi vil gerne indlede med at kreditere det store og solide arbejde, som er gået forud for tilblivelsen af dette dokument – et arbejde som vi som nystiftet fagligt selskab fremover vil glæde os til at bidrage til. Vi er meget bevidste om, at det kan være betydeligt mere taknemmeligt at afgive hørings-svar og påpege forbedringsforslag, end at være forfattere på selve dokumentet. Intentionen med vores følgende kommentarer er således at bidrage til en yderligere styrkelse af dokumentet, og ikke at kritisere det arbejde, der er udført. DJS vil helt overordnet gerne udtrykke opbakning til høringsudkastet.

### *Brug af referencer*

DJS anerkender, at der er gjort et betydeligt arbejde for at udgive anbefalinger med brug af videnskabelige referencer. Dog er der ikke så konsistent en brug af referencer, som man kunne forvente, og hele afsnit fremstår uden henvisning til kilder. Vi foreslår derfor, at retningslinjerne gennemgås med brug af referencer for øje, således at hele dokumentet fremstår transparent og stringent. Som eksempler på afsnit uden eller med sparsomme referencer kan nævnes afsnittet om præterm fødsel (s. 125), om at epiduralbedøvelse kan forlænge fødslen (s. 146), om CTG, STAN og pH (s. 148), om færdighedstræning (s. 155) og om leverbetinget graviditetskløe (s. 131 – her savnes endvidere angivelse af risikoen i absolutte tal, fremfor den nuværende formulering om at være ”forbundet med en øget risiko for præterm fødsel, føtal distress og intrauterin fosterdød”). Vi opfordrer til særlig opmærksomhed på formuleringer som ”forskning viser” eller ”der er evidens for” uden efterfølgende referencer.

### *Sprog og retorik*

Mens en meget stor del af indholdet fremstår velskrevet, vil DJS alligevel opfordre til en gennemgang af dokumentet med særligt fokus på sprog og retorik. Sprog har i sig selv betydning og i policy-dokumenter kan sproget bidrage til at legitimere bestemte tendenser i samfundet (Nexø, 2011, Koch, 2011, Lehn-Christiansen, 2019). DJS læser dele af høringsudkastet som en intention om en mere individ- og helhedsorienteret tilgang – og alligevel fremstår det samlede dokument i et meget biomedicinsk (apparatfejlsmodel) og risiko-orienteret perspektiv.

DJS hæfter sig særligt ved det indledende kapitel, der – trods gode intentioner – skriver sig ind i den præstations- og perfektionskultur, som synes at være omdrejningspunktet for vores samtids debatter om unge (kvinder) og mental trivsel. ”At blive forældre er en af de mest omvæltende begivenheder, et menneske kommer ud for i livet – både psykologisk, socialt og identitetsmæssigt. Graviditet, fødsel, og barsel er en livsperiode med stort potentiale for personlig vækst for begge de kommende forældre.” (S. 7) Vi læser det som et ønske om at anerkende denne livsperiode som andet og mere end blot den fysiologiske reproduktion, og det vil vi gerne bakke op om. Men vi er ikke begejstrede for, at der også her sniger sig ’potentiale for personlig vækst’ ind. Man fornemmer presset allerede fra start. Det fortsætter med, ”hvordan hendes [kvindens] kost, livsstil og psykiske tilstand kan præge barnets sundhed og risiko for sygdomme resten af livet.” Rent biomedicinsk kan man argumentere for udsagnets relevans og korrekthed. Fra et mere holistisk perspektiv kan man derimod argumentere imod denne diskurs, blandt andet fordi den potentielt bidrager til

følelser af skyld, skam og dårlig samvittighed, som moderskabet også kan være forbundet med. I vestlige samfund er der meget høje standarder for, hvordan man er en god mor (Meeussen, 2018), og man bør som sundhedsmyndighed være forsigtig med at bidrage til det pres.

DJS vil desuden opfordre til, at man konsekvent anvender subjektet (kvinden), når hendes tilstand beskrives. Den gravide *kvinde*, fremfor den gravide, den fødende *kvinde*, fremfor den fødende osv. Enkelte steder omtales kvinden som *mor*, hvor det fremstår upassende, fordi hun ikke omtales i direkte relation til barnet (s. 149; "mad og drikke til mor" og s. 153; "der gives syntocinon injektion intramuskulært til mor").

Ideelt set kunne man udvide tværfagligheden i forfattergruppen til at indbefatte en person med baggrund i humaniora eller samfundsvidenskab med gode, sproglige kompetencer. Dette ville kunne bidrage til at balancere dokumentets budskaber mellem sundhedsfremme, forebyggelse, risikoforståelse og en kvinde- og familiecentreret tilgang.

### *Graviditas prolongata*

Da der aktuelt er et betydeligt fokus på igangsættelse af fødsel efter termin, vil DJS foreslå, at afsnittet om overbårenhed (9.10) udgår af de samlede retningslinjer med samme henvisning til et særskilt dokument, som er beskrevet i afsnit 2.6 om Valg af fødested. Der er kommet nye studier, som endnu ikke er blevet drøftet tilstrækkeligt i de faglige selskaber, og vi mener, at der er et behov for, at der foretages en grundig litteraturgennemgang og drøftelse af læsning og tolkning af litteraturen. For at undgå at dette arbejde forsinkes udgivelsen af de længe ventede Retningslinjer for svangreomsorgen yderligere, foreslår vi derfor, at der i afsnittet henvises til et dokument (eller NKR), som forhåbentligt vil kunne påbegyndes i snarlig fremtid.

### *Familiecentreret omsorg*

Under overskriften "Familiecentreret omsorg" (s. 8) beskrives denne og det, at alle familier skal føle sig velkomne, som et bærende princip i svangreomsorgen. Dette støtter DJS til fulde. Ligeledes støtter vi brugen af "far/partner" som faste benævnelser (med mindre der henvises til studier, der specifikt har set på fædre). Dette er ikke for nuværende ikke anvendt konsekvent. Som eksempler kan nævnes s. 147, 11.2.3. "faren eller anden ledsager" omskrives til "faren/partner eller anden ledsager", s. 176, 13.5.5 "fars mentale tilstand" til "fars/partners mentale tilstand". Familiebegrebet kan også med fordel under afsnittet på s. 8 beskrives som rummende andet end 'to/begge forældre'. Forskellige familieformer og behovet for at gentænke familiedannelse er kommet under debat (Tidsskrift for Jordemødre, nr. 8, 2019), og en tidssvarende og fremadskuende familiecentreret omsorg synes derfor eksplicit at burde rumme familier med både færre eller mere end to forældre. Desuden savner vi en tydelighed af fars/partners rolle. Er han/hun at betragte som støtteperson og pårørende eller bruger af svangreomsorgen? Som eksempel står der på s. 9, at "Gennem de seneste 10-15 år er der kommet stigende opmærksomhed på og viden om farens/partnerens betydning for familiens sundhed og trivsel allerede fra graviditeten i form af interesse, støtte og omsorg for kvinden og for deres kommende barn." Et sådan udsagn beskriver far/partner som støtteperson eller pårørende, der skal bidrage til at øge trivslen i familien, og det efterlader tvivl om, hvorvidt han/hun i sin egen ret anses som bruger af svangreomsorgen. DJS ser gerne, at barnets anden forælder betragtes som medinddraget bruger af svangreomsorgen, og at dette er tydeligt de steder, hvor det er relevant.

### *Fødested fremfor fødeafdeling eller obstetrisk afdeling*

Modsat tidligere anbefalinger benyttes flere steder 'fødeafdeling' eller 'obstetrisk afdeling' fremfor 'fødested' eller 'jordemoder'.

F.eks. i forbindelse med henvisning fra almen praksis: s.25, 2.8.2: "I forbindelse med første graviditetskonsultation i almen praksis oprettes graviditetsmappen samtidig med henvisning til fødeafdelingen", s. 36, 3.5.1. "...henvisning til obstetrisk afdeling", s. 37, 3.5.1. "...til den ønskede fødeafdeling" og overskrift s. 38, 4. "Henvisning til obstetrisk afdeling". I henhold til Sundhedsloven § 61, stk. 2, og i forlængelse heraf Bekendtgørelse om helbredsundersøgelse af gravide § 1. stk. 2 omhandlende information om valg af fødesteder, samt i overensstemmelse med vandrejournalens "Ønsket fødested", henstilles til at sætningerne lyder "...til fødested"/"til det ønskede fødested".

Ligeledes s. 25, 2.7.3, beskrives jordemoderen som kommende fra en obstetrisk afdeling. Dette er tilfældet i nogle regioner, men ikke alle. Jordemoderen vil kunne være tilknyttet en fødeafdeling, men ikke som sådan komme fra denne, dette f.eks. i det regionalt-private samarbejde i Region Sjælland. Ligesom at det ved Kendt Jordemoderordning kan være en eller flere specifikke jordemødre og ikke som sådan en afdeling, der kontaktes. Sætningen bør derfor lyde: "Jordemoderen eller det fødested, som jordemoderen kommer fra, tilbyder åben rådgivning 24 timer i døgnet op til 7 dage efter fødslen".

De tre figurer: s. 32, Figur 3.1, s. 34, Figur 3.2 og s. 35, Figur 3.3. benytter alle 'obstetrisk afdeling' fremfor 'fødested' eller 'jordemoder'.

I henhold til bl.a. Sundhedsloven og nævnte bekendtgørelse vil det for den almene svangreomsorg være mere rammende at benytte 'jordemoder' eller 'fødested', hvilket der også gøres andre steder i dokumentet s. 23, 2.6 Valg af fødested. Der henstilles derfor til at hele dokumentet, ikke mindst afsnit 2.7.3, 2.8. og 3., gennemgås og hvor det er relevant rettes i forhold til ovenstående.

Udover disse overordnede betragtninger, har DJS følgende mere specifikke kommentarer:

#### *Evidens baseres på flere forskningsmetoder end RCT (s. 8)*

Under overskriften "Evidensbaserede indsatser" fremstår sætningen "På de områder hvor der mangler forskning eller hvor lodtrækningsstudier ikke lader sig gennemføre, baserer de sig på best practice og/eller afprøvede evaluerede projekter" som om primært RCT-studier anerkendes som forskning. For at undgå den misforståelse (Zuiderent-Jerak, 2012), kunne sætningen med fordel skrives: "På de områder hvor der mangler forskning, baserer de sig på best practice og/eller afprøvede evaluerede projekter."

#### *Øvelse gør mester (s. 20)*

Af s. 20 fremgår det, at udgangspunktet for retningslinjerne er "jf. sundhedslovens § 2 blandt andet det generelle planlægningsprincip, om at 'øvelse gør mester'". Ordene "øvelse gør mester" fremgår dog ikke af sundhedslovens § 2, og det er uklart, hvad der menes med denne formulering. Er det nyuddannet personale, der sigtes imod? Er det specialeplanlægningen? Eller noget tredje? Vi opfordrer til en tydeliggørelse af, hvad der menes med "øvelse gør mester" og hvor disse ord kommer fra – eller at man sletter det.

#### *Prækonceptionel vejledning (s.28)*

Det er meget positivt, at prækonceptionel vejledning til alle kvinder der ønsker at opnå graviditet anbefales. Det har et stort sundhedsfremmende og forebyggende potentiale og anerkender at svangreomsorgen er vigtig for sundhed i livscyklus perspektiv for både kvinden og barnet (Fowler et al., 2019; Jack et al., 2008; Stephenson et al., 2018). Kvinder giver udtryk for et ønske om at modtage denne prækonceptionelle vejledning og foretrækker at modtage denne af en sundhedsperson, der både kan være en praktiserende læge eller en

jordemoder (van Voorst et al., 2017) (Goossens et al., 2016). I høringsudkastet anbefales det, at den prækonceptionelle vejledning placeres hos den praktiserende læge, da denne har kontakten til kvinden forud for graviditeten og her kan yde prækonceptionel vejledning. Vi anerkender den praktiserende læges vigtige rolle for kvinden og den kommende familie, men ønsker ligeledes at sætte fokus på, at arbejdet med raske gravide kvinder med forventet ukomplicerede graviditeter med fordel kan varetages af en jordemoder, der besidder specialviden om reproduktiv sundhed og kan tilbyde prækonceptionel vejledning til raske kvinder på lige fod med den praktiserende læge.

#### *Rygning (s. 72)*

På s. 14-15 beskrives det hvordan rygning i graviditeten har en social gradient og at der er ulighed i sundhed i forhold til hvilke sociale grupper der har den højeste andel af gravide rygere. Det pointeres at: *”Det er sundhedsvæsenets ansvar at række ud over denne viden- og kompetencekløft.”* Derfor undrer det DJS, at anbefalingen vedrørende rygestop under graviditeten lægges ud i kommunalt regi og til STOP-linjen, hvor den enkelte kvinde skal tage kontakt for at få et tilbud om rygestopbehandling og/eller vejledning.

Der er stor social ulighed i rygning i før og under graviditeten (Graham et al., 2010). Kvinder der ryger under graviditeten i Danmark har oftere kortere uddannelse, lavere tilknytning til arbejdsmarkedet og er oftere uden en samboende partner end kvinder der ikke ryger under graviditeten (de Wolff et al., 2019; Grøtvedt et al., 2017). Samtidig er rygning i graviditeten den største enkeltstående miljømæssige risikofaktor for negative graviditet- og fødselsudfald (Mund et al., 2013). Kvinder der ryger i graviditeten oplever en høj grad af stigmatisering (Grant et al., 2018).

Vi foreslår derfor, at rygestop interventioner ligeledes bør tilbydes som en integreret del af svangreomsorgen, da kvinden kan modtage rygestopvejledning af jordemoderen som en del af svangreomsorgen og af en allerede kendt sundhedsperson, hvilket vil minimere den barriere, det er for kvinden selv at skulle opsøge anden hjælp i kommunen eller via Stoplinjen. Man ville med fordel kunne placere denne hjælp til rygestop i de allerede foreslåede Flex-konsultationer i graviditeten hos en jordemoder, der er uddannet rygestopinstruktør eller som tilbud om rygestop-konsultation for gravide rygere og deres partnere.

#### *Symfyse-fundus mål (s. 85)*

Vi bemærker, at der på s. 85 i afsnit 6.6.1 skrives *”Efter uge 36 er symfyse-fundus-måling mindre egnet på grund af hovedets placering i bækkenet”*. Det er dog påvist, at SF-mål ikke stagnerer eller aftager i slutningen af graviditeten, men fortsat stiger også efter termin, samt at der også efter uge 36 er prædiktiv værdi af SF-måling (Pay 2013). DJS anbefaler derfor, at denne sætning udgår af de kommende retningslinjer.

#### *Graviditetsrelaterede ryg- og bækkensmerter (s. 130)*

Selvom der ikke er fundet effektiv behandling af lænde-bækkensmerter, vil DJS gerne opfordre til, at man benytter sig af den evidens som viser, at man godt kan gøre noget, selvom effekten er beskeden. Vi foreslår derfor, at man tilføjer følgende sætning (efter *”En vigtig del af behandlingen består af råd og vejledning om ergonomi, fysisk aktivitet og løfteteknik mm.”*): Behandling med akupunktur har vist at kunne bedre evnen til at udføre dagligdags aktiviteter hos gravide med bækkensmerter (Elden 2008) og smerteintensiteten i ryggen, er blev fundet lavere hos raske gravide som trænede gennem 12 uger i vand (Backhausen 2017).

#### *Mindre liv (s. 132)*

DJS mangler dokumenteret belæg for at fraråde køb af doptone til privat brug og foreslår at udelade denne sætning.



### *Latensfasen (s. 146)*

DJS vil gerne gøre opmærksom på, at der på dette års Sandbjerg Guidelinemøde blev vedtaget en ny guideline omhandlende latensfasen. Denne guideline er udarbejdet tværfagligt og indeholder en systematisk gennemgang og GRADE vurdering af evidensen omkring latensfasen. DJS ønsker at fremhæve en kommentar til en af de konkrete anbefalinger der er i høringsudkastet: *”Den gravide bør så vidt muligt være i aktiv fødsel, når hun indlægges. Det øger chancen for, at fødslen forløber spontant, og for at behovet for instrumentelle indgreb nedsættes.”* (s. 146) Der er ikke evidens for at anbefale at afvente med indlæggelse af den fødende kvinde til fødselens aktive fase for at undgå instrumentelle indgreb. Vi ved netop ikke, om det er en evt. bagvedliggende patofysiologi, der er årsagen til, at kvinder med behov for indlæggelse i den latente fase oftere oplever indgreb eller om det er den tidlige indlæggelse i sig selv. I guidelinen fremhæves det, at de kvinder, der oplever latensfasen som uhåndterbar, tilbydes individualiseret jordemoderfaglig og lægefaglig omsorg, der også kan inkludere indlæggelse på fødegangen. Guidelinen er endnu ikke publiceret på DSOG’s hjemmeside i sin endelige version, men forventes snart at blive det (DSOG 2020).

### *Smertelindring (s. 147)*

Koblingen mellem smerter og kultur er meget kompleks og har, bl.a. i forbindelse med begrebet ’etniske smerter’, de senere år været omdiskuteret og stærkt kritiseret for i behandlingssammenhænge at føre til misforståelser og fejltolkninger. Der er intet, der tyder på, at smerteoplevelsen er relateret til etnicitet eller kultur (Kim, 2017). Set i det lys foreslår vi, at ’kulturelle aspekter’ i sætningen s. 147, 11.2.3. udelades, så sætningen lyder: *”Kvindens behov for smertelindring under fødsel varierer meget og skal ses i sammenhæng med den fødende kvindes smerteopfattelse og individuelle copingstrategier”*.

### *Afnavling (s. 153)*

Der er inden for de senere år kommet yderligere viden om afnavling, herunder fordelene ved sen afnavling for både barn og mor. Sætningen s. 153, 11.4.1 *”Med mindre barnets tilstand kræver andet, afventes 2-3 minutter, før der foretages afnavling”* anbefales derfor omformuleret til *”Med mindre barnets tilstand kræver akut behandling, der ikke kan foregå tæt på mor, afventes afnavling til efter pulsationsophør hvor navlesnoren er slap og bleg, eller mindst 3 minutter”* (DSOG, 2017, Mercer, 2017, Zhao, 2019, KC, 2019).

### *Intrauterin og neonatal infektion (s. 166)*

Danske videnskabelige undersøgelser har vist, at hos kvinder med øget risiko for infektion med gruppe B-streptokokker (GBS), kan PCR-undersøgelse under fødslen nedsætte antibiotikaforbruget markant (Helmig and Gertsen, 2017; Khalil et al., 2017). Af Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af antibiotika fremgår, at der som udgangspunkt altid bør foretages prøvetagning inden antibiotisk behandling iværksættes (Sundhedsstyrelsen, 2012). DJS vil gerne appellere til, at man anbefaler PCR-undersøgelse for GBS under fødslen til kvinder i risiko for GBS. Et sådant tiltag vil, udover en reduktion i antibiotikaforbruget, have betydning for behovet for observation af upåvirkede nyfødte børn efter fødslen, hvor familien i stedet vil kunne vælge tilbud om ambulant fødsel. PCR-undersøgelse for GBS under fødslen er allerede indført på Aarhus Universitetshospital, Holbæk Sygehus, Kolding Sygehus og Odense Universitetshospital.

### *Psykologiske aspekter og psykologiske lidelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel (s. 183)*

Det er positivt, at der i de nye retningslinjer er en mere detaljeret beskrivelse af de psykologiske lidelser gravide kan have og som skal tages vare på under graviditet, fødsel og barsel. Men kapitlet blander den normale psykologiske udviklingsproces (som kan udvikle sig patologisk) med manifesterede psykologiske lidelser, og



blander graviditet, fødsel og barselsperioden, hvilket gør det samlede billede af processerne mindre overskueligt, end man kunne ønske. Vores forslag vil være, at de psykologiske lidelser beskrives i kapitlet "graviditeten", mens den psykologiske udviklingsproces efter fødslen beskrives i barselsafsnittet - herunder udviklingen mellem normalitet og patologiske reaktioner. På den måde undgår man også den meget dualistiske inddeling i hhv. fysiologi og psykologi.

Afsnittet vedrørende den normale udviklingsproces efter fødslen er vigtigt, idet normalitet kan forveksles med patologiske reaktioner af såvel de nybagte forældre som sundhedsprofessionelle. Afsnittet om psykiske lidelser fylder meget og får karakter af en håndbog. DJS foreslår, at dette reduceres i omfang, således at karakteristika bevarer, men at der er fokus på det tværfaglige og –sektorielle samarbejde, samt hvad der er vigtigt for den gravide kvinde og hendes partner i processen.

Vi anbefaler med andre ord, at indholdet i dette kapitel fordeles i andre kapitler, og at der lægges vægt på det handlingsrettede fremfor det beskrivende.

DJS står naturligvis til rådighed, hvis man ønsker en uddybning af vores høringssvar.

På vegne af bestyrelsen i Dansk Jordemoderfagligt Selskab,



Katja Schrøder,

Formand for Dansk Jordemoderfagligt Selskab

[kschroeder@health.sdu.dk](mailto:kschroeder@health.sdu.dk)

## Referencer

- Backhausen, M., Tabor, A., Albert, H., Rosthøj, S., Damm, P. Hegaard, H.K. (2017). The effects of an unsupervised water exercise program on low back pain and sick leave among healthy pregnant women. A randomised controlled trial. *PLoS ONE* 12(9): e0182114. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182114>
- de Wolff, M. G., Backhausen, M. G., Iversen, M. L., Bendix, J. M., Rom, A. L., & Hegaard, H. K. (2019). Prevalence and predictors of maternal smoking prior to and during pregnancy in a regional Danish population: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 16(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0740-7>
- DSOG (2017). Afnavling. URL <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/58f49875d2b85703bb01347e/1492424832458/170318+Afnavling.pdf>
- DSOG (2020). Den latente fase af fødslen – håndtering. URL <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/5e1e2d553bbac21209987dbb/1579036008015/191221+Latensfasen+2020+Endelig.pdf>
- Elden H et al. Acupuncture as an adjunct to standard treatment for pelvic girdle pain in pregnant women: randomised double-blinded controlled trial comparing acupuncture with non-penetrating sham acupuncture. *BJOG*. 2008 Dec;115(13):1655-68. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01904
- Fowler, J. R., Mahdy, H., & Jack, B. W. (2019). Preconception Counseling. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441880/>
- Goossens, J., Delbaere, I., Dhaenens, C., Willems, L., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., & Beeckman, D. (2016). Preconception-related needs of reproductive-aged women. *Midwifery*, 33, 64–72. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.10.012>
- Graham, H., Hawkins, S. S., & Law, C. (2010). Lifecourse influences on women's smoking before, during and after pregnancy. *Social Science & Medicine* (1982), 70(4), 582–587. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2009.10.041>
- Grant, A., Morgan, M., Gallagher, D., & Mannay, D. (2018). Smoking during pregnancy, stigma and secrets: Visual methods exploration in the UK. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.012>
- Grøtvedt, L., Kvalvik, L. G., Grøholt, E.-K., Akerkar, R., & Egeland, G. M. (2017). Development of Social and Demographic Differences in Maternal Smoking Between 1999 and 2014 in Norway. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 19(5), 539–546. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw313>
- Helmig, R.B., Gertsen, J.B., 2017. Diagnostic accuracy of polymerase chain reaction for intrapartum detection of group B streptococcus colonization. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 96, 1070–1074. <https://doi.org/10.1111/aogs.13169>
- Jack, B. W., Atrash, H., Coonrod, D. V., Moos, M.-K., O'Donnell, J., & Johnson, K. (2008). The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(6 Suppl 2), S266-279. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.07.067>
- KC, A., Singhal, N., Gautam, J., Rana, N., Andersson, O. (2019). Effect of early versus delayed cord clamping in neonate on heart rate, breathing and oxygen saturation during first 10 minutes of birth - randomized clinical trial. *matern health, neonatol and perinatol* 5, 7.

- Khalil, M.R., Uldbjerg, N., Thorsen, P.B., Henriksen, B., Møller, J.K., 2017. Risk-based screening combined with a PCR-based test for group B streptococci diminishes the use of antibiotics in laboring women. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 215, 188–192. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.019>
- Kim HJ, Yang GS, Greenspan JD, et al. Racial and ethnic differences in experimental pain sensitivity: systematic review and meta-analysis [published correction appears in *Pain*. 2017 Oct;158(10):2055]. *Pain*. 2017;158(2):194–211. doi:10.1097/j.pain.0000000000000731
- Koch, L. (2011). "Tekstanalyse" in *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Vallgård, S. and Koch, L. Munksgaard: 141-156.
- Lehn-Christiansen, S. and Thualagant, N. (2019). "Livets begyndelses politik " *Tidsskrift for Professionsstudier*: 60-69.
- Meeussen, L. and C. Van Laar (2018). "Feeling Pressure to Be a Perfect Mother Relates to Parental Burnout and Career Ambitions." *Front Psychol* 9: 2113.
- Mercer JS, Erickson-Owens DA, Collins J, Barcelos MO, Parker AB, Padbury JF. (2017) Effects of delayed cord clamping on residual placental blood volume, hemoglobin and bilirubin levels in term infants: a randomized controlled trial. *J Perinatol*. 37(3):260–264. doi:10.1038/jp.2016.222
- Mund, M., Louwen, F., Klingelhofer, D., & Gerber, A. (2013). Smoking and pregnancy--a review on the first major environmental risk factor of the unborn. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(12), 6485–6499. <https://doi.org/10.3390/ijerph10126485>
- Nexø, S. and Koch, L. (2011). "Diskursanalyse" in *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Vallgård, S. and Koch, L. Munksgaard: 119-140.
- Pay, A. S., et al. (2013). "A new population-based reference curve for symphysis-fundus height." *Acta Obstet Gynecol Scand* 92(8): 925-933. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.12157>
- Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D. A. J. M., Hutchinson, J., Cade, J. E., Poston, L., Barrett, G., Crozier, S. R., Barker, M., Kumaran, K., Yajnik, C. S., Baird, J., & Mishra, G. D. (2018). Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet (London, England)*, 391(10132), 1830–1841. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30311-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30311-8)
- Sundhedsstyrelsen, 2012. Vejledning om ordination af antibiotika. Kbh.
- Zhao Y, Hou R, Zhu X, Ren L, Lu H. (2019) Effects of delayed cord clamping on infants after neonatal period: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 92:97-108. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.01.012
- Zuiderent-Jerak, Taun; Macbeth, Fergus; Forland, Frode (2012). Guidelines should reflect all knowledge, not just clinical trials. *BMJ* 2012;345:e6702

**From:** Kristina Stenstrup Stenstrup  
**Sent:** 23. januar 2020 19:39 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** " Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen"

Kære Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Christine Brot.

Her har I FSGOS - Fagligt Selskab for Gynækologiske og Obstetriske Sygeplejerskers høringssvar vedr. Svangreomsorgen.

Vi har tilbage i start januar haft sendt vores høringssvar til DSR, men desværre ikke hørt yderlig, så nu får I vores endelig svar.

Jeg deltog som Formand selv i revideringen af den "komplicerede del".

Vi glæder os til at den endelige revidering kommer i trykken og håber I vil tage vores høringssvar med i jeres overvejelser. I er velkommen til at kontakte os.

Venlige hilsner  
Formand for FSGOS  
Kristina Stenstrup-Peters

# Anbefalinger for Svangreomsorgen – Selvstændigt høringssvar fra FSGOS, Det Faglige Selskab for Gynækologiske og Obstetriske Sygeplejersker

1. Det drejer sig vel om *anbefalinger* og ikke *retningslinjer*?
2. Overordnet set er vi fra FSGOS' side meget bekymret over manglen på opmærksomhed på barselssygeplejerskens rolle. Hun nævnes kun ganske få gange (ca. to gange), og det er stort set altid hende, som udskriver patienter/familier ved indlæggelse på barselsafsnittene. Der bør altså være mere fokus på den obstetriske sygepleje, som udføres primært i de komplicerede barselsforløb. Vi er naturligvis klar over, at der både er ansat jordemødre og SOSA'er på de fleste barselsafsnit, men det er fortsat hovedsageligt sygeplejersker. Vi uddyber i nedenstående.
3. Der er behov for begrebsafklaring i forhold til "Fødeafdeling" versus "Føde- og barselsafsnit", og dette er gennemgående. Det kan også være relevant at kalde det for "obstetrisk afdelinger". Der er behov for et dækkende og passe begreb, som også bliver brugt gennemgående for at eliminere misforståelser.

Nedenstående er en sammenfatning af både kritik og forslag.

## 1.1. Principperne for svangreomsorgen

Overordnet er ordet "inddrages" nævnt flere gange i kapitlet i forhold til involvering af far/partner, men er "medinddrages" ikke bedre?

Generel opmærksomhed på forventninger versus forventningsafstemning i mødet med parrene.

Findes der data på, hvor mange hjemmefødsler, der ender med komplikationer, fx atoni og derfor resulterer i indlæggelse?

## 2.1. Generelt

Konsultationer i hjemmet hos gravide der bør aflastes – bør sundhedsplejersken ikke nævnes, da det ofte er hende der bliver inddraget? Dette er der muligvis stor regional forskel på?

## 2.3. Differentiering

**Niveau 4:** Bør det ikke nævnes, at man tilstræber opfølgning af børn, der er eksponeret, hos fx pædiater, psykolog osv. til skolealderen – altså familieambulatorier?

## 2.4. Ansvar og koordinering

Her bør barselssygeplejersken også nævnes!

## 2.5. Faggrupper og opgaver

Barselssygeplejersken bør have sit eget afsnit. Vi stilles os gerne til rådighed til udarbejdelse af dette.

### 2.5.3. Speciallægen i gynækologi og obstetrik

Barselafsnit: Speciallægen i gyn/obst har det overordnet ansvar. Øvrige personaler kan deltage i behandling under speciallægens ansvar. Det er fuldstændig korrekt, men på Barselafsnittene er det ofte forsat sygeplejersker der er ansat og stuegang der varetages af forvagter – dermed sjældent at speciallægen inddrages efter fødslen på nær de meget komplicerede forløb som fx svær præeklampsi.

Sundhedsplejersken sikrer, i samarbejde med jordemoderen, at sektorovergangen finder sted i sammenhængende forløb – men ved de komplicerede forløb som kræver indlæggelse på barselafsnittet er det sygeplejersken der giver besked til sundhedsplejersken (der findes instruks) fx ved brug af suttebrik, atoni (forsinket mælkedannelse), præmature, vægttab > 10 %, icterus, brystoperation, mastit m.m.

## 2.7. Organisering af det sundhedsfaglige tilbud i barselsperioden

Er det mon korrekt at kalde det for en "fødeafdeling" og ikke fx obstetrisk afdeling, når vi taler både føde- og barselsafsnit? Det kan let misforstås.

### 2.7.2. Efter udskrivning

Her nævnes det korrekt med "obstetrisk afdeling" for den åbne rådgivning 24 timer i døgnet op til 7 dage efter fødslen varetages ofte af barselsafsnittet, altså oftest af sygeplejersker. Mange større hospitaler har endvidere klinikker til dette, fx barselsklinikker.

### 2.8.2. Kommende digitalt redskab for svangreforløb

Blot til orientering er der netop i regionernes ammenetværksgrupper udarbejdet en amme-anamnese, som der er forhåbning om kan bruges lige fra 1. jordemoderkonsultation og til sundhedsplejerskens besøg (info Ingrid Nilsson).

### 3.5.2 Første jordemoderkonsultation – senest i uge 10

Vi kan kun støtte op om, at de gravide skal ses/anerkes tidligt, men ligefrem til en individuel konsultation så tidligt? Desuden sendes de fleste svangrehenvisning, på nuværende tidspunkt, pr. post, så det vil rent praktisk ikke kunne lade sig gøre før udviklingen af en digital løsning. Det vil være enormt ressourcekrævende i forhold til at omkring 10 % af alle graviditeter ender i spontan – eller missed abort.

### 3.5.5. Konsultation i almen praksis – uge 25

**Indhold i konsultationen:** Edinburgh Postnatal Depression Scale bruges, men hvordan i forhold til Sven Aage Madsens projekt med kommuner, praktiserende læger og Rigshospitalet, hvor man bruger en kombination af Edinburgh, Gotland og spørgsmål?

### 3.5.7. Jordemoderkonsultation – uge 32

I oversigten på side 36 over kontakter i graviditetsforløbet står der uge 31, og i dette kapitel uge 32.

### 4.4.1. Indsatsens indhold

Tidlig kontakt til hjemkommunen med henblik på etablering af tværsektorielt og tværfagligt samarbejde, herunder socialforvaltningen - *Underretning udfærdiges øjeblikkeligt ift. gravide med en rusmiddelproblematik med henblik på etablering af behandling i et rusmiddelcenter, såfremt kvinden ønsker at beholde graviditeten.*

Tværfaglige netværksmøder, hvis medlemmer defineres lokalt. *Afholdelse af tværsektorielt netværksmøde med de forskellige samarbejdspartnere fra sundheds- og socialsektor samt familien tilstræbes at afholdes, således at der videndeles om familiens problemstillinger og støttebehov, samt at opgaver fordeles fx om hvor og hvor ofte kvinden får screenet urin for rusmidler.*

#### 4.4.2. Kontinuitet i jordemoderordningen

Man kan med fordel vel også stræbe efter, at parrene ser den samme jordemoder igennem graviditeten, men så føder med fast beredskab?

#### 4.5.1. Gravide med aktuelt eller tidligere brug af afhængighedsskabende medicin (...)

Anbringelse, nødvendigt at drage omsorg for forældrene, men hvem følger op på disse forældre der har "mistet"? Ofte står de i "ingenmandsland", udskrives fra Føde- eller Barselafsnit men ingen følger op på dem. Vi er bekendt med, at der arbejdes på "Den gode anbringelse".

#### 4.5.2. Vold i familien

Der står nævnt, at der skal laves en underretning fx ved vold, men det er vel generelt hvis der er en bekymring for barnet, altså skærpet underretningspligt.

#### 7.1.1. Baggrund

Anæmi: Overvejer man til tider med en hgb på fx 4,8 at give serum ferritin på trods af en velbefindende mor, men pga. evidens for bl.a. forsinket mælkedannelse og træthed? Det tager desuden lang tid at spise sig til en normal hgb?

#### 9.5. Gestationel diabetes mellitus

Bør det nævnes at barnet er i risiko for let hypoglycæmi?

#### 9.6.2. Præeklampsi

Ved præeklampsi er et af symptomerne hovedpine, men typisk en frontalhovedpine – bør det nævnes?

Når nu 40 % af eklampsierne opstår op til 1 uge postpartum, bør der ikke stå noget med hvilke patienter der indlæggelse på barselafsnittet fx svær præeklampsi eller BT over 150/100? (En generel visitations instruks).

Bør det nævnes at definitionen er hypertention, + proteinuri + ét af følgende symptomer?

Bør oligouri nævnes?



### 11.2.7. Instrumentel forløsning

Bør der være observation af barnet efter cup-forløsning på barselsafsnittet, da der er øget risiko for neonatale komplikationer?

### 11.3.1. Tidligere kejsersnit – sectio antea

Udløser 2 x tidligere sectio ikke altid et sectio ved ny fødsel?

## 12.2. Måling af navlesnors-pH

Behov for neonatologisk observation og behandling – ved fx moderat risiko indlægges børnene oftest på barselsafsnittet og ved svær risiko på neonatalafdeling.

## 12.7. Gulsot

**Høj serum-bilirubin i 1. eller 2. leveuge:** Inden udskrivelsen fra fødegangen/barselsafsnittet opfordres forældrene til at henvende sig til fødeafdelingen ved synlig gulsot. Barnet vurderes her af en fagperson. *Igen sker henvendelsen som oftest til barselsafsnittet, og ikke fødeafdelingen. Og det er som oftest en barselssygeplejerske, som varetager vurderingen af den nyfødte.*

## 13. Barselsperioden

Formålet med det samlede sundhedsvæsens indsats i barselsperioden er dels at observere mor og barns tilstand, understøtte etableringen af amning eller anden ernæring og følge barnets vækst, dels at støtte forældrene i omsorgen for deres barn i de første dage og uger efter fødslen. *I forhold til familier, der er triageret til omsorgsniveau 3-4, kan en særlig tilrettelagt indsats i perioden på barselsgangen være nødvendig. Dette indebærer observation af forældrenes psykiske tilstand, særligt tilrettelagt vejledning ift. samspil mellem forældre og barn, samt opmærksomhed på søvnplaner og ammeplaner for patienten fx at partner varetager måltiderne om natten, så moren får tilstrækkelig søvn.*

### 13.1.1. Barnets trivsel og sundhed efter fødslen

.. kræver henvendelse til Fødeafdelingen - *igen vil dette oftest være barselsafsnittet.*

### 13.3.2: Tidspunktet for udskrivelse

Barnet skal være rask og stabilt - *Bør i fin trivsel nævnes?*

Henvende sig til Fødeafdelingen op til 7 dage, igen oftest Barselsafsnittet (ofte sygeplejersken) eller bruge Obstetrisk afdeling som fælles nævner.

### 13.4. Opgaver på fødeafdelingen efter fødslen

Igen problematikken i begrebet "fødeafdeling" og hvor er barselsafsnittet og barselssygeplejersken?

#### 13.5.1. Åben rådgivning op til 7 dage efter fødslen

Igen problematikken i begrebet "fødeafdeling" og hvor er barselsafsnittet og barselssygeplejersken?

#### 13.5.4: Fjerde og femte-dagen efter fødslen

Igen lidt rodet omkring fødeafdeling/obstetrisk afdeling.

#### 13.5.5: Komplicerede barselsforløb

Bør det nævnes, at hvis mor er brystopereret fx implantater eller reduktion, kan dette resultere i amme- og trivsels problemer?

#### 13.6.1. Tidligt hjemmebesøg 4-5 dage efter fødslen

Bør vagtlægen nævnes i dette afsnit?

### 13.3.1. Forudsætninger for udskrivelse af mor og barn

For kvinder, der har været indplaceret på niveau tre eller fire i graviditeten kan det være relevant at lave en efterfødselsplan på obstetrisk afdeling, således at familien fortsat får den støtte, de har behov for på barselsgang eller i den kommunale sundhedstjeneste. *Dette kan ske ved at arrangere et udskrivningsmøde med de samarbejdspartnere fra fx sundhedspleje, socialforvaltning, psykiatri, misbrugscenter o.a. og familien, således at overlevering af forløbet overleveres til professionelt netværk, der skal yde støtte til familien fremover.*

### 13.7: Almen praksis opgaver

Igen nævnes "fødeafdelingen".

- At være opmærksom på, om en af forældrene udvikler tegn på fødselsdepression *eller anden psykopatologi*
- At deltage i tværfaglige konferencer vedrørende familier med særlig psykosociale problemstillinger, der påvirker barnets udvikling og trivsel. Kommentar: *Dette sker yderst sjældent i praksis, da de praktiserende læger oftest ikke har tid til dette arbejde, men også fordi fødestederne ikke indkalder dem til tværsektorielle netværksmøder ift. niveau 3-4 patienter. Der kunne være øget opmærksomhed på at praksisreservelæger eller konsultationssygeplejersken deltager.*

#### 14.1.2: Fødsel og barselsperiode

FSGOS har selv været med i revidering af dette afsnit og her nævnes Føde- & Barselafdeling. Og andre steder Obstetrisk afdeling som fælles betegnelse.

Kan ikke se at Poul Videbech er nævnt under bilag 8, som bidragsyder – er det en fejl for han deltog i udarbejdelsen af dette afsnit?

**Opsporing:** Edinburgh-skalaen EPDS nævnes, bør Sven Aage Madsens projekt vedr. Gotland skalaen + spørgsmål nævnes?

**From:** Birgitte Horsten  
**Sent:** 15. januar 2020 15:08 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen

Kære Sundhedsstyrelse / Christine Brot

Tak for tilsendte.

Vi har et par kommentarer til s. 193, så vi sikrer:

1. at det fremgår, hvad man reelt henviser til samt at man:
2. sikrer, at der udelukkende henvises til tilbud, der fagligt arbejder på et specialiseret grundlag, for at sikre sorgstøtte og forebygge komplicerede sorgreaktioner for forældre, der har mistet et spædbarn.

Jeg har indsat kommentarer herunder med rødt samt overstreget med rødt, der hvor det er min faglige vurdering, at der henvises til tilbud, vi ikke reelt kan sikre det faglige indhold og kvalitet af.

Her er teksten det er fra s. 193 i dokumentet:

Inden forældrene forlader afdelingen, tilbydes de henvisning til Landsforeningen Spædbarnsdød, **Landsforeningen Spædbarnsdød tilbyder gratis terapeutiske samtaler, sorggrupper og sorgseminarer til alle forældre, der har mistet et spædbarn. Bogen "Når I har mistet" udleveres til forældrene (Bogen kan rekvireres gratis hos Landsforeningen Spædbarnsdød), og der oplyses om andre muligheder for støtte i form af eksempelvis hospitalets egne sorggrupper og efterfødselsgymnastik for kvinder der har mistet, psykologsamtaler eller samtaler hos en præst.** Med forældrenes samtykke bør egen læge og evt. sundhedsplejerske informeres om forløbet hurtigst muligt og forældrene oplyses om, at besøg af sundhedsplejerske kan være en mulighed. Generelle informationer om sorgprocesser og forventelige reaktioner efter et tab **kan være** en vigtigt del af udskrivelsessamtalen, **afhængigt af hvordan forældrene reagerer. Fødestederne kan kontakte Landsforeningen Spædbarnsdød, der kan undervise fagpersonalet i nyeste viden på området,** (Gold 2007, Ellis 2016, Guldin 2014).

Efter udskrivelse bør afdelingen have en procedure for opfølgning, gerne kort efter udskrivelsen for at følge op på forløbet og sikre sig, at parret har støtte i deres private netværk og/eller hos professionelle behandlere. Derudover tilbydes en lægesamtale, når der foreligger evt. obduktionssvar og andre prøvesvar, hvor betydningen for en eventuel ny graviditet også drøftes (Ellis 2016).

Forældre, der har mistet et barn i forbindelse med fødsel, bør ved efterfølgende graviditet tilbydes individuelt tilrettelagte kontroller hos obstetriker og jordemoder, med mulighed for evt. viderebearbejdelse af oplevelsen ved at miste barnet og opmærksomhed på tegn på kompliceret sorg. **Forældrene kan også henvises til gratis terapeutiske samtaler hos Landsforeningen Spædbarnsdød i forbindelse med ny graviditet**

Parret støttes i at knytte kontakt til det ventede barn og forberede sig på den kommende fødsel (Bakbakhhi 2017, Lundorff 2017, Blackmore 2011, DeBackere 2008, Mills 2014).

Mange hilsner

**Birgitte Horsten**  
Direktør

**Landsforeningen Spædbarnsdød**

Rymarksvej 1

2900 Hellerup

Telefon: 3961 2451

Mobil: 2072 1224

[Birgitte@spaedbarnsdoed.dk](mailto:Birgitte@spaedbarnsdoed.dk)

[www.spaedbarnsdoed.dk](http://www.spaedbarnsdoed.dk)



**From:** Dorte Fischer  
**Sent:** 13. januar 2020 20:53 (UTC +01)  
**To:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse  
**Cc:** Christine Brot  
**Subject:** Besvarelse af høringsmateriale om svangreomsorgen

Til sundhedsstyrelsen  
Hermed høringsvar fra Faglig selskab for sundhedsplejersker.

Med venlig hilsen  
Dorte Fischer  
Næstformand i Faglig selskab for sundhedsplejersker  
Tel: +4561463154



## Høringssvar vedr. svangreomsorgen

### Virkelig godt arbejde som har været ventet på længe.

- Støtter op om formålet med svangreomsorgen (side 7) *Understøtte en sund og stærk familiedannelse & Øge sundhedskompetencerne hos kommende forældre* – hvilket sundhedsplejersker gør i deres daglige arbejde.
- 1.3 Familieperspektivet (side 9) Vi støtter op om den familiecentrerede tilgang – hvor vi får mor og far på banen (+ andre konstellationer). Familier ”lever” i kommunerne og derfor skal perspektivet i svangreomsorgen også lægge vægt på det der, hvor familierne bor.

Afsnit 1.5.2.: ambulante fødsel og hjemmefødsler ---”En del af genindlæggelserne skyldtes, at barnet ikke fik mad nok på grund af vanskeligheder med etablering af amning. Genindlæggelser af denne karakter kan i høj grad forebygges med den rette støtte til forældrene i dagene efter udskrivelse” ...Derfor er det af stor betydning at sundhedsplejersken kommer på tidligt hjemmebesøg, gerne på 2 dagen.

- 2.5.4 Det ville være godt hvis der var graviditetsbesøg til alle, så det blev indplaceret i niveau 1 og 2.  
Sundhedsplejersken (side 23) *Sundhedsplejersken sikrer i samarbejde med jordemoderen efter fødslen, at sektorovergangen finder sted, så det i videst muligt omfang opleves som et sammenhængende forløb for familien.* Sundhedsplejerskerne ønsker, at familierne oplever en sammenhæng, hvor der ikke er sektorovergange, men at de er trygge i forløbet.
- 2.7 Organisering af det sundhedsfaglige tilbud i barselsperioden (side 23) Opgaverne og observationerne, der varetages (beskrevet i kapitel 13) bliver flydende og efter en faglig vurdering, af både jordemoder, barselssygeplejersken og sundhedsplejersken.
- 2.7.2 Efter udskrivning ( side 24) Her tales der om hjemmebesøg ved jordemoder til alle førstegangsfødende, hvilket vi ser som et tilbud, der ikke er realistisk i mange kommuner. Vi oplever, at der ikke er ressourcemæssig mulighed for hjemmebesøget, men et opkald til også førstegangsfødende. Her ville det være godt at præciseres, at fødeafdelingen har mulighed for at kontakte den kommunale sundhedstjeneste om et tidligere besøg end 4.-5. dagen. (som skrevet i 13.5.2)
- 2.7.3 Ved hjemmefødsler (side 25) Tilføjelse omkring privat jordemoderordning, som bør have en forpligtigelse til at videregive oplysninger til den kommunale sundhedstjeneste.
- 3.3 Graviditetsbesøg til alle, ikke kun til kvinder med særlige behov.
- 3.1 Obs overvægtige før graviditeten. grupper – sundhedsplejersken som medspiller. Rygestop før graviditeten – det er vigtigt at rygestop kurserne bliver skræddersyet til gravide, da de ikke må bruge de samme hjælpemidler som ikke gravide, til at stoppe rygningen.
- 3.5.2 Spørge alle kvinden om de er brystopereret. Vigtig information i forhold til amme overvejelser.
- 4. Sårbare og socialt udsatte gravide (side 51) Der er stort potentiale i at udvikle og forbedre det tværsektorielle samarbejde, når vi taler om denne målgruppe. Dette kan mindske følelsen af overgange og sektorskift hos de enkelte forældre, der er sårbare og socialt udsatte. Sundhedsplejersken skal ind der.
- 10. Fødsels-og forældreforberedelse (side 141) *Tilbuddet bør tilrettelægges som et tværfagligt tilbud med jordemoderen som gennemgående underviser..* Vi støtter op om kontinuitet, men hvis det drejer sig om et forløb, hvor man har tænkt kurset som i tiden efter fødslen og ind i forældreskabet er det nødvendigt, at sundhedsplejersken inddrages som

gennemgående, så familierne ikke oplevet er ophør af gennemgående underviser. Der er oplevet bedre samarbejde i de kommuner, hvor jordemoder og sundhedsplejerske har samarbejdet i undervisningen og hvor sektorovergangene bliver "udvisket". BOKS side 143 – Støtter at alle skal inviteres, så der ikke sker en differentiering mellem første- og flergangsfødende osv.

- 12.7.2 Tidlig opsporing af galdevejsatresi. (side 165) Vi ser det som en forbedring, at der står SKAL. Dette vil mindske forvirringen hos forældrene, når sundhedsplejersker henviser til egen læge og egen læge siger nej til blodprøve, da barnet er i trivsel.
- 13.2 Barnets ernæring (side 172) Vi oplever, at familierne ikke er gjort opmærksomme på, at vejledningen ift amning ændre sig i takt med at barnet bliver ældre (her tales om dage). Derfor en præcision af, at vejledningen skal gives jf. gældende udgave af *Amning – en håndbog for sundhedspersonale* og at forældrene får besked om, at vejledningen ændre sig i takt med deres barns alder og udvikling.  
Det er også vigtigt at sundhedspersonalet er særlig opmærksomme på : kvinder der er brystopereret.
- 14.3.1 Fødselsdepressioner (side 187) Er der ikke evidens til at anvende Gotland-screeningen? Der står kun Edingburgh, hvorfor ? Skal der i anbefalingerne skrives, at der med fordel kan screenes i graviditeten og i så fald hvornår ?
- 14.4. Forældre, der mister et barn under graviditet, fødsel eller barsel. ( side 192) Flot kapitel, hvor der forsøges at understøtte familierne bedst muligt. Side 193 linie 5, "*Med forældrenes samtykke bør egen læge og evt sundhedsplejerske informeres*" – der skal ikke stå evt, men "*bør egen læge og sundhedsplejerske informeres*".  
Kan der være anbefalinger til procedure for jordemoder/sundhedsplejersker når forældre, der får fjernet deres barn umiddelbart efter fødslen 8frivilligt eller ved tvang) står med dette tab. Der findes ikke en ensartet sundhedsprofessionel retningslinje, der varetager de forældres situation.



Sundhedsstyrelsen

**Bemærkninger til "Retningslinjer for svangreomsorgen"**

Region Midtjylland takker for muligheden for at kommentere på udkast til "Retningslinjer for svangreomsorgen", som Sundhedsstyrelsen 26. november 2019 har sendt i høring. Der afgives hermed et administrativt høringssvar på baggrund af bemærkninger indhentet fra hospitalerne/fødestederne samt det tværfaglige specialeråd for gynækologi og obstetrik i Region Midtjylland.

*Generelle bemærkninger*

Region Midtjylland har noteret sig, at titlen "*Anbefalinger for svangreomsorgen*" i høringsudkastet er ændret til "*Retningslinjer for svangreomsorgen*". Det står imidlertid ikke helt klart, hvad der ligger i denne ændrede begrebsanvendelse.

I den forbindelse vil Region Midtjylland gøre opmærksom, at det er et vigtigt ønske og behov, at der fortsat eksisterer et råderum i forhold til den lokale udmøntning af de nationale anbefalinger, der tager hensyn til forskelle i såvel lokale behov som de konkrete ressource-mæssige muligheder i forbindelse med den konkrete tilrettelæggelse af svangreomsorgen. Vi finder ud fra disse betragtninger, at titlen "*Anbefalinger for svangreomsorgen*" bør fastholdes.

Der opfordres generelt til, at nye og bindende krav til regionens indsats, serviceniveau mv. sammenlignet med de gældende retningslinjer søges kompenseret ved tilførsel af den fornødne økonomi, jf. DUT-kompensation.

Det bemærkes yderligere, at anbefalingerne/retningslinjerne er ganske detaljerede, herunder i forhold til beskrivelsen af konkrete faglige forhold og procedurer. Det kunne dog overvejes, om der burde være et afsnit/kapitel vedrørende kvalitetsarbejde i svangreomsorgen, herunder hvordan data monitoreres, løbende forbedringsindsats mv. Det synes dog at være vigtigt at være opmærksom på, at egentlige faglige retningslinjer/guidelines bliver udarbejdet i bl.a. DSOG-regi, hvorfor det bør overvejes at holde svangreanbefalingerne på et mere overordnet niveau. Herved bliver anbefalingerne mere robuste i forhold til den løbende opdatering, der sker af retningslinjer og instrukser inden for området.

Dato: 19.12.2019

Sagsbehandler: HBN

hbn@rm.dk

Tel. +45 5152 9750

Sagsnr. 1-30-72-176-07

Side 1

Det foreslås, at de steder, hvor det er muligt, anvendes nyeste tal, jf. siderne 12-13.

#### *Specifikke bemærkninger*

I det følgende gennemgås en række konkrete bemærkninger til høringsudkastet:

### **Kapitel 1 – baggrund og principper**

De opstillede principper bag retningslinjerne stemmer godt overens med prioriteter og sigtelinjer inden for svangreomsorgen i Region Midtjylland, herunder også i forhold til det tværsektorielle samarbejde. Dette gælder ikke mindst ambitionen om at arbejde helhedsorienteret med et forebyggelses- og sundhedsfremmeperspektiv, der på et evidensbaseret grundlag samt ved tæt, løbende involvering af kvinden og hendes partner/familie sigter mod at fremme sundheden for hele familien, herunder understøtte familiedannelsen og selvhjulpenheden i bred forstand.

Region Midtjylland har også fokus på (social) ulighed i sundhed, herunder gruppen af sårbare gravide/familier, og bifalder derfor Sundhedsstyrelsens betoning af, at indsatserne omkring kvinderne og familierne tager afsæt i en ambition om aktivt at håndtere forskelle i livssituation, sundhedskompetencer mv., som måtte have betydning for barnets, kvindens og resten af familiens sundhed, trivsel og udvikling.

### **Kapitel 2 – tilrettelæggelse af svangreomsorgen**

Positivt, at der ikke er sat en fast tidsangivelse på barselsopholdets varighed. Dette afspejler den differentierede og individuelle tilgang til svangreomsorgen, hvor også barselsperiodens tilrettelæggelse afspejler behov, forudsætninger mv. hos kvinden og familien samt den rette udnyttelse af de understøttende tilbud omkring den nybagte familie.

Afsnit 2.5.2. (side 22) - jordemoderen: *"Den gravide bør have tildelt en kontaktjordemoder eller et mindre jordemoderteam for at sikre kontinuitet, koordinering, god kommunikation og inddragelse af kvinden/familien i beslutninger"*. Det foreslås, at sætningen nuanceres og ændres til: *Den gravide bør efter behov have tildelt en kontaktjordemoder eller et mindre jordemoderteam for at sikre kontinuitet, koordinering, god kommunikation og inddragelse af kvinden/familien i beslutninger"*

Afsnit 2.5.4 (side 23) – sundhedsplejersken: Indeholder en beskrivelse af enkelte kommuners praksis og kunne eventuelt med

fordel udbygges i forhold til beskrivelsen af sundhedsplejerskens rolle/funktion og faglige indsats.

Afsnit 2.7.1. (side 24) - barselsophold: "*Neonatalafdelingerne bør have 'familie-barn-stuer', og let syge nyfødte kan observeres, plejes og behandles på barselsafdeling*". Region Midtjylland kan fuldt ud tilslutte sig bestræbelsen på, at mor og barn ikke adskilles efter fødslen, herunder at der findes fornuftige løsninger under de givne vilkår og muligheder, som tilgodeser dette hensyn. Det samme gælder, at faderen/partneren så vidt muligt kan være samme med mor og barn i hele fødsels- og barselsforløbet. Sætningen på side 24 synes dog at rumme et krav om tilstedeværelsen af bestemte fysiske faciliteter/lokaliteter. Dette virker uhensigtsmæssigt, og bør i givet fald ledsages af økonomisk kompensation til regionerne, jf. DUT-kompensation.

Kommunikationsredskaber/digitalisering: Region Midtjylland ser frem til at kunne ibrugtage et digitalt redskab som omtalt på side 25 til erstatning for den eksisterende fysiske graviditetsjournal, og ser i det hele taget udnyttelsen af relevante digitale løsninger som en central komponent i fremtidens svangreomsorg, jf. også side 31 vedrørende PRO.

### **Kapitel 3 – kontakter før, under og efter graviditet**

Det findes formålstjenstligt, at grundforløbets struktur er tænkt at kunne være dynamisk og baseret på, at tilrettelæggelsen af forløbene sker ud fra en differentieret tilgang til sikringen af det rette tilbud til den enkelte gravide, herunder med afsæt i en sundhedsfremmende dialog og fælles beslutningstagning.

Det anbefales, at der foretages en fornyet gennemgang af grundforløbets kontakter i graviditeten i forbindelse med færdiggørelsen af anbefalingerne for svangreomsorgen, herunder således at der er tydelig overensstemmelse mellem teksten og oversigtsskemaet.

Overordnet tyder de indkomne bemærkninger på, at der eksisterer forskellige vurderinger af kontakternes mest hensigtsmæssige placering samt af, hvorvidt den enkelte kontakt skal henregnes til en del af det faste tilbud/standardforløbet, eller om den i praksis kan fungere som en flex-konsultation. Det ser umiddelbart ud til, at der i det foreliggende udkast lægges op til flere kontakter samlet set end i dag, hvorfor et forøget ressourcetræk bør tages op, jf. DUT-kompensation.

I forhold til grundforløbets tilrettelæggelse er det blandt de indkomne bemærkninger anført, at det giver god mening, at tilbud til den

gravide planlægges tidligt og individuelt. Men den gravide bør ikke svare på de samme spørgsmål hos lægen, via PRO og igen hos jordemoderen. Indholdet i den første lægeundersøgelse er foreslået reduceret, da kvinden efter besøget skal svare på et spørgeskema, og dernæst har hun en opfølgende samtale og visitation til det individuelle forløb med jordemoderen.

I forhold til dette forslag foreslås henvisningen til fødestedet at bestå af oplysninger vedrørende kvindens mentale helbred, medicinforbrug og kroniske sygdomme.

Følgende vil kunne varetages af fødestedet:

- Oplysninger, der skal anvendes til den obstetriske anamnese, svarer kvinden selv på i spørgeskemaet, jf. PRO-data.
- Svangreomsorgens tilbud på fødestedet præsenteres for den gravide ved første jordemoderundersøgelse, idet jordemoderen kender de tilbud, der findes på det lokale fødested.

Afsnit 3.2.3. Indhentning af patientrapporterede oplysninger og visitation på obstetrisk afdeling (side 31): "Oplysningerne fra almen praksis kan suppleres med oplysninger fra kvinden selv, som indhentes gennem et standardiseret spørgeskema, som obstetrisk afdeling fremsender elektronisk til kvinden sammen med indkaldelsen til første jordemoderkonsultation". Det nævnes i teksten, at brugen af PRO-værktøjer er et udviklingsområde. Dette kunne måske med fordel stå i indledningen af afsnittet, idet denne vision for udviklingen på området – som vi bakker op – ellers let kan fremstå som om, at det allerede er en realitet/fast praksis på nuværende tidspunkt.

Grundforløbets kontakter, herunder skemaet, side 35-36 (Vejledende oversigt over tidsmæssig placering af kontakter i grundforløbet):

Specialerådet har anført, at i forbindelse med den tidlige jordemoderkonsultation i uge 10, er den gravide ikke scannet. Der kan være tale om *missed abortion*, flerfoldsgraviditet eller andet. Desuden er kvinden allerede set i almen praksis i uge 6-10. Derfor foreslår specialerådet, at den første jordemoderkontrol placeres efter 1. trimester-scanningen, som udføres mellem uge 11+3 og 13+6.

Jordemoderkonsultationen i uge 29 er markeret som en flex-konsultation, men dette fremgår ikke lige så tydeligt i teksten. Blandt de indkomne bemærkninger fra chefjordemødrene er der peget på, at uge 29 vil være en almindelig konsultation, idet der ellers vil være en relativt lang periode fra uge 22/uge 25 til uge 32, hvor kvinden ikke vil blive tilbudt en kontakt (med mindre den gravide – som beskrevet i høringsudkastet – er rhesus negativ).

I skemaet på side 36 står der er uge 31 – det må være uge 32, der skulle have stået i skemaet (?), jf. teksten til afsnit 3.5.7. (side 42).

I skemaet er krydset ved uge 35 sat i parentes for de flergangs-fødende. Mon ikke det er en fejl, idet alle kvinder jo skal tilbydes fælles beslutningstagning og en samtale om den kommende fødsel?

I skemaet for uge 37 står der i bemærkningsfeltet, at det ikke er en del af grundforløbet. Mon det er en fejl? Ellers er der ingen kontakt i en forholdsvis lang periode.

Jordemoderkonsultationen i uge 41 betragtes af chefjordemodergruppen som en del af grundforløbet.

Det er i nogle af de indkomne bemærkninger foreslået, at 1. og 2. trimester-scanningerne indsættes i skemaet på side 35-36 med henblik på at opnå et mere samlet overblik over den gravides (grund)forløb.

Afsnit 3.5.5. (side 41) – konsultation i almen praksis: "Der behandles med antibiotika ved signifikant bakteriuri i urindyrkning og altid ved fund af GBS". Specialrådet har gjort opmærksom på, at dette ikke er den anbefaling, som er gældende. Ifølge denne skal der være 104 kolonier/ml for, at der skal behandles.

## **Kapitel 4 – sårbare og socialt udsatte gravide**

Afsnit 4.2.1. (side 51) – tværfagligt team: "Et tværfagligt team på hver obstetrisk afdeling bestående af minimum en jordemoder, en fødselslæge og en socialrådgiver vurderes fagligt hensigtsmæssigt". Der er i dag socialrådgivere ansat ved Familieambulatoriet, men derudover vil der være tale om behov for ekstra ressourcer, hvis der på den enkelte obstetriske afdeling skal være ansat socialrådgiver. Det er et eksempel på, hvor det er væsentligt, om der er tale om anbefalinger eller bindende, detaljerede retningslinjer, fordi de eksisterende økonomiske rammer ikke nødvendigvis giver mulighed for at leve op til det.

Afsnit 4.3.1. (side 51) – tidlig kontakt til kommunen/sundhedsplejen: Det anbefales her, at jordemoder og sundhedsplejerske tilbyder et tidligt fælles hjemmebesøg allerede i 2. trimester. Dette sker ikke i dag, og vil kræve ekstra ressourcer. Vi indkalder i stedet til fælles gravidteam, se bemærkninger nedenfor vedr. afsnit 4.4.3.

Afsnit 4.4.3. (side 53) – graviditetsbesøg i hjemmet: Den tidlige opsporing og indsats, herunder den tværfaglige og tværsektorielle koordinering, er vigtig og prioriteres allerede, herunder bl.a. gennem

fælles gravid-teams for sårbare gravide med deltagelse af forskellige fagpersoner fra både kommune, praksis og hospital/fødested. Men den konkrete tilrettelæggelse er her meget detaljeret beskrevet. Der kan derfor være behov for at vurdere de ressourcemæssige konsekvenser nærmere bl.a. afhængigt af, hvor bindende det beskrevne skal opfattes. Se bemærkninger ovenfor vedr. afsnit 4.3.1.

## Kapitel 5 – levevis og risikofaktorer

Ingen bemærkninger.

## Kapitel 6 - undersøgelser

Side 6

Afsnit 6.3. (side 83) - blodtryk: Det er anført i de indkomne bemærkninger, at det er for vidtgående, at alle gravide med blodtryk over 140 / 90 SKAL henvises til obstetrisk speciallæge. Det fremgår f.eks. af gældende retningslinje i Region Midtjylland for behandling af kvinder med essentiel hypertension/prægravid hypertension, at obstetrisk kontrol kan varetages i samarbejde med egen læge ved let til moderat hypertension (BT < 150/100 mm Hg).

Afsnit 6.5.1. (side 84) – vaginaleksploration: Det er anført i de indkomne bemærkninger, at det i dag er unødvendigt at skrive, at for tidlig fødsel ikke kan forudsiges ved rutinemæssig vaginaleksploration, da dette efter sigende har været gængs viden gennem en del år.

Afsnit 6.5.2. (side 85) – bækkenvurdering: Der savnes angivelse af, hvornår det vil være hensigtsmæssigt at vurdere bækkenet ved fødselslæge.

Afsnit 6.6.1. (side 86) - vurdering ved ultralydsundersøgelse:  
Bullit nr. 2 - "*når symfyse fundus målet er for lille eller for stort*" vurderes at være meget uspecifikt. I teksten ovenfor på samme side står, når fosterskønnet er "*mindre end 80 % af medianen for den pågældende gestationsalder*". Dette forekommer at være vanskeligt at forstå og omsætte.

Afsnit 6.6.3. (side 87 - boksen) – tilvækst og fosterstilling: Der bør stå, at kvinden skal informeres om at henvende sig på fødestedet, ikke til læge. Egen læge kan være et forsinkende led, hvis barnet er i stor risiko og skal forløses hurtigt.

## Kapitel 7 – blodsygdomme og immunforsvarsreaktioner

Ingen bemærkninger.

## Kapitel 8 – graviditet og infektioner

Afsnit 8.6. (side 102) – hepatitis/HBV-infektion: Specialrådet vurderer, at det er tilstrækkeligt, hvis den obstetriske afdeling får registreret patientstatus, så det kan angives i journalen, og der kan vaccineres post partum.

Afsnit 8.8. (side 104) – HIV-infektion: Det er beskrevet, at de obstetriske afdelinger ikke får henvist gravide, der er HIV-positive. Der står blot, at praktiserende læge sikrer, at obstetrisk afdeling informeres. Det er anført fra specialrådet, at man på de obstetriske afdelinger er nødt til at have mulighed for at tale med kvinden om fødsel og efterforløb – så hun ikke kun ser egen læge, jordemoder og infektionsmediciner.

Afsnit 8.9. (side 104) vedr. syfilis: Samme kommentar som ovenfor. Det vurderes som værende patient-usikkert, hvis man på de obstetriske afdelinger ikke ser disse kvinder og får optaget en journal samt lagt plan for fødsel og opfølgning.

Afsnit 8.12. (side 106) – asymptomatisk bakteriuri: Der er efter specialrådets vurdering ikke grund til at behandle ved meget lavt antal kolonier (se bemærkning ovenfor vedr. afsnit 3.5.5. på side 41).

Afsnit 8.13. (side 107) – urinvejsinfektioner: Specialrådet tilslutter sig følgende vurdering: "*Der er manglende evidens for effekten af rutinemæssig kontroldyrkning efter simpel cystitis, hvorfor dette ikke anbefales*".

## Kapitel 9 – obstetriske problemstillinger

Afsnit 9.2. (side 123) – graviditetskvalme mv.:

I tillæg til det beskrevne foreslås der i teksten at være opmærksomhed på psyko-somatiske problemstillinger, som erfaringsmæssigt kan forværre graviditetskvalmen.

*"Hvis der ikke er effekt af behandlingen eller PUQE score er < 13, anbefales det, at den gravide kvinde behandles i ambulant hospitalsregi".* Der burde formentlig stå, at den gravide kvinde behandles ambulant i hospitalsregi ved PUQE score over eller lig med 13 og/eller hvis kvinden er dehydreret/ernæringstruet samt der er potentiel risiko for barnet - og der ikke kan behandles med i.v. væske eller ernæring i hjemmet via egen læge (+ evt. akutteam).

Afsnit 9.3. (side 124) – flerfoldsgraviditeter: Anbefalet fødselsmåde er ikke beskrevet.

#### Afsnit 9.6. (side 128) – præeklampsii og andre hypertensive tilstande:

Her defineres højt BT anderledes end i boksen side 83. Der skal måles 2 gange med 4 timer imellem. Det skal gerne stå ens de to steder.

Afsnit 9.6.2. (side 129) - præeklampsii: Specialerådet vurderer, at det beskrevne kan medføre mange henvisninger til obstetrisk vurdering. Der henvises i den forbindelse til kriteriet "førstegangsfødende". Specialerådet bemærker endvidere, at det vel er tvivlsomt, om alle disse kvinder med øget risiko for præeklampsii skal tilbydes ASA.

#### Afsnit 9.10. (Side 133) - overbårenhed:

*"Ved konsultation hos jordemoder i uge 39 indgår en samtale om de tilbud, parret vil blive præsenteret for ved graviditet ud over 40 uger, som uddybes ved en konsultation i starten af uge 41".*

Nederst på side 133 står der i boksen "...igangsættelse i uge 41...". Det anbefales, at det tydeliggøres, at igangsættelse er en mulighed fra fulde 41 uger (i teksten står der som nævnt "i uge 40") med henblik på, at fødslen er afsluttet før udgangen af fulde 42 uger.

Det tværfaglige specialeråd har i sit høringssvar bemærket, at man finder det fagligt tilfredsstillende, at der er mulighed for at sætte fødslen i gang hos den gravide fra uge 41+0, såfremt den gravide ønsker det.

## **Kapitel 10 – fødsels- og forældreforberedelse**

Ifølge de gældende anbefalinger fra 2013 fremgår det, at styrelsen anbefaler, at *"der tilbydes fødsels- og forældreforberedelse til alle"*. I høringsudkastet står der på side 141: *"Fødsels- og forældreforberedelse er en integreret del af svangreomsorgen og en væsentlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats, som alle kommende forældre tilbydes"*.

Det bør også her afklares, om udkastet skal opfattes mere bindende end de gældende anbefalinger fra 2013 – eller om der blot er tale om ændrede formuleringer med samme mening og praktiske implikationer. Tilsvarende afklaring efterspørges med hensyn til omfanget og den konkrete tilrettelæggelse af fødsels- og forældreforberedelsen.

## **Kapitel 11 – fødslen**

#### Afsnit 11.3 (side 150) – kejsersnit:

Status i forhold til sectiofrekvens i dag beskrives, men der er ingen tilkendegivelse af Styrelsens vurdering af rette niveau for sectiofrekvensen.



#### Afsnit 11.4.1. (side 153) – blødningsprofylakse og afnavling:

Det fremgår, at der anbefales sen afnavling efter 2-3 minutter. Der står ifølge specialerådet noget andet i DSOG's guideline fra 2017, hvorfor dette bør samstemmes.

#### Afsnit 11.5. (side 155) – hjemmefødsler:

Mange afsnit har kildehenvisninger i kapitel 11, men ikke afsnittet om hjemmefødsler. Der bør også her indsættes referencer til relevante publikationer, der omhandler evidensen på området, herunder forhold vedrørende indgrebsfrekvens og sikkerhed mv. Der er peget på:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537019301191?via%3Dihub> eller denne metaanalyse

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub2/abstract>

samt Sundhedsstyrelsens kommende udgivelse vedrørende organiseringen af fødeområdet.

## **Kapitel 12 - observation og behandling af den nyfødte**

#### Afsnit 12.6. (side 136 - boksen) – hypoglykæmi:

*"Ved risiko for hypoglykæmi lægges barnet til brystet indenfor 30 minutter". Hvorfor er early feeding ikke omtalt i forhold til de tilfælde, hvor mælken ikke er løbet til i kvindens bryster?*

## **Kapitel 13 - barselsperioden**

Det er positivt, at hovedvægten lægges på forudsætninger/hensyn fremfor konkrete anvisninger i forhold til f.eks. varigheden af barselsophold mv. Tilgangen harmonerer med den differentierede og individualiserede tilgang til den mest hensigtsmæssige tilrettelæggelse af efterfødsels- og barselsforløbet for den enkelte kvinde/familie.

#### Afsnit 13.3.3. (side 175) – førstegangsfødsler:

*"Udskrivelse få timer efter fødslen bør kun forekomme, hvis den førstegangsfødende selv ønsker det, og der er et tilbud om støtte i hjemmet, samt hvis ovenstående forudsætninger for udskrivelse er opfyldte". Følgende formulering foreslås i stedet: "Udskrivelse få timer efter fødslen bør kun forekomme, hvis den førstegangsfødende selv ønsker det, og der efterfølgende er adgang til at indhente rådgivning og støtte fra fødestedet, samt hvis ovenstående forudsætninger for udskrivelse er opfyldte".*

#### Afsnit 13.5.2. (side 176) – dagen efter fødslen:

Beskrivelsen på side 176 korresponderer ikke helt med skemaet over tilbud i barselsperioden på side 181. På side 176 differentieres mellem førstegangsfødende og flergangsfødende, herunder beskrives det som en fast procedure, at jordemoderen kommer på besøg i hjemmet, hvis udskrivning af førstegangsfødende sker inden for 24 timer efter fødslen. I praksis ringes der formentlig oftest til den nybagte mor/familie i stedet (uanset om hun er første- eller flergangsfødende), mens fysisk besøg i hjemmet sker efter behov og konkret vurdering. Såfremt der fast skal aflægges besøg fysisk i hjemmet, vil det givetvis kræve yderligere ressourcer.

#### **Kapitel 14 – psykologiske aspekter og psykiske lidelser**

Ingen bemærkninger.

Side 10

Vi står gerne til rådighed i tilfælde af spørgsmål til ovenstående.

Med venlig hilsen

Henrik Bech Nielsen  
Chefkonsulent