



Høringsudkast Retningslinjer for svangreomsorgen



22. oktober 2019

Høringsudkast Retningslinjer for svangreomsorgen

22. oktober 2019

© Sundhedsstyrelsen, 2019.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: [xx]
Versionsdato: [x.xx.xxxx]
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund og principper for svangreomsorgen	7
1.1. Principperne for svangreomsorgen	7
1.2. Livsperspektivet – 9 måneder med betydning for hele livet	8
1.3. Familieperspektivet	9
1.4. Samarbejdet med de kommende forældre	10
1.5. Den generelle udvikling i Danmark	12
1.6. Perinatal, neonatal og maternel dødelighed – set i nationalt og internationalt perspektiv	14
1.7. Social ulighed i reproduktiv sundhed	14
2. Tilrettelæggelse af svangreomsorgen	19
2.1. Generelt	19
2.2. Organisering	19
2.3. Differentiering	20
2.4. Ansvar og koordinering	21
2.5. Faggrupper og opgaver	22
2.6. Valg af fødested	23
2.7. Organisering af det sundhedsfaglige tilbud i barselsperioden	23
2.8. Kommunikationsredskaber	25
3. Kontakter før, under og efter graviditet	27
3.1. Prækonceptionel rådgivning	27
3.2. Grundforløbet i graviditeten	29
3.3. Individualisering af svangreforløbet	32
3.4. Former for kontakt	33
3.5. Indhold i konsultationerne	35
3.6. Henvi sning til obstetrisk speciallæge	46
3.7. Efter fødslen	47
4. Sårbare og socialt udsatte gravide	50
4.1. En særlig indsats er påkrævet	50
4.2. Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde	50
4.3. Tilrettelæggelse af indsatsen	51
4.4. En fleksibel indsats med basistilbud og en bred palet af supplerende tilbud	52
4.5. Særlige grupper af sårbare og socialt udsatte gravide kvinder	54
5. Levevis og risikofaktorer af betydning for graviditeten	63
5.1. Kost og kosttilskud	63
5.2. Fysisk aktivitet	66
5.3. Seksualitet	68
5.4. Arbejdsmiljø	68
5.5. Skadelige miljøstoffer	70
5.6. Lægemidler	70
5.7. Rygning	72
5.8. Alkohol	74
5.9. Euforiserende stoffer/narkotika	75

6. Undersøgelse og vurdering af den gravide	81
6.1. Terminsfastsættelse.....	81
6.2. Vægt og vejning	81
6.3. Blodtryk.....	83
6.4. Urinundersøgelse.....	84
6.5. Gynækologisk undersøgelse.....	84
6.6. Tilvækst og fosterstilling	85
6.7. Celleprøve fra livmoderhalsen (smear)	87
7. Blodsygdomme og immunforsvarsreaktioner.....	89
7.1. Anæmi	89
7.2. RhD (rhesus)-immunisering.....	91
7.3. Hæmoglobinopatii	93
7.4. Graviditetskomplikationer associeret til arvelig og erhvervet trombofili	95
8. Graviditet og infektioner	97
8.1. Forebyggelse af infektioner inden graviditet	97
8.2. Forebyggelse af infektioner under graviditet.....	98
8.3. Forebyggende behandling ved eksposition under graviditet.....	99
8.4. Screening ved første graviditetskonsultation i almen praksis	100
8.5. Undersøgelse ud fra eksposition eller sygdomstegn i graviditeten.....	101
8.6. Hepatitis B virus infektion (HBV)	101
8.7. Hepatitis C virus infektion (HCV)	102
8.8. Hiv-infektion.....	103
8.9. Syfilis	104
8.10. Gonoré	105
8.11. Klamydia.....	105
8.12. Asymptomatisk bakteriuri	106
8.13. Urinvejsinfektioner	107
8.14. Gruppe B-streptokokker (GBS)	107
8.15. Bakteriel vaginose.....	108
8.16. MRSA	108
8.17. Influenza og andre lungeinfektioner	109
8.18. Rubella (røde hunde)	110
8.19. Varicella (skoldkopper)	111
8.20. Parvovirus B19 (lussingesyge).....	112
8.21. Herpes simplex virus	112
8.22. Cytomegalovirus (CMV)	113
8.23. Toxoplasmose (hasesyge)	114
8.24. Listeriose	115
8.25. Q-feber	115
8.26. Undersøgelse ud fra rejserelateret eksposition i graviditeten	116
8.27. Zika	117
8.28. Denguefeber	117
8.29. Malaria.....	118
9. Obstetriske problemstillinger	122
9.1. Blødning	122
9.2. Graviditetskvalme, opkastninger og hyperemesis gravidarum	123
9.3. Flerfoldsgraviditeter	124
9.4. Præterm fødsel	125

9.5. Gestationel diabetes mellitus.....	126
9.6. Præeklamsi og andre hypertensive tilstande i graviditeten.....	128
9.7. Graviditetsrelaterede ryg- og bækkensmerter	130
9.8. Leverbetinget graviditetskløe.....	131
9.9. Mindre liv	132
9.10. Overbårenhed (graviditas prolongata)	132
9.11. Overvægt	134
10. Fødsels- og forældreforberedelse.....	141
10.1. Tilrettelæggelse af fødsels- og forældreforberedelseskurser	141
10.2. Fødsels- og forældreforberedelsens indhold.....	142
11. Fødslen.....	145
11.1. Generelt.....	145
11.2. Den vaginale fødsel	145
11.3. Kejsersnit (sectio)	150
11.4. Tiden lige efter fødslen	153
11.5. Hjemmefødsler.....	155
11.6. Færdighedstræning	155
12. Observation og behandling af den nyfødte	160
12.1. Undersøgelse af den nyfødte efter fødslen	160
12.2. Måling af navlesnors-pH.....	161
12.3. K-vitamin	161
12.4. Anmeldelse af fødslen m.v.	162
12.5. Screening af nyfødte.....	162
12.6. Hypoglykæmi	163
12.7. Gulsot	164
12.8. Børn med særlig risiko for udvikling af allergisk sygdom	165
12.9. Intrauterin og neonatal infektion	166
12.10. Hepatitis B-vaccination af nyfødte.....	167
12.11. Blodtype-immunisering	168
12.12. Genoplivning af nyfødte.....	168
13. Barselsperioden	171
13.1. Barselsperiodens vigtigste elementer	171
13.2. Barnets ernæring	172
13.3. Sundhedsvæsnets opgaver i barselsperioden	173
13.4. Opgaver på fødeafdelingen efter fødslen	175
13.5. Basistilbud fra fødeafdelingen efter udskrivelse	175
13.6. Basis tilbud fra kommunen efter fødslen.....	179
13.7. Almen praksis opgaver	180
14. Psykologiske aspekter og psykiske lidelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel	183
14.1. Normal psykologisk udvikling	183
14.2. Psykologiske problemstillinger og belastningsreaktioner	184
14.3. Psykiske lidelser	185
14.4. Forældre, der mister et barn under graviditet, fødsel eller barsel	192
Bilag 1: Relevant lovgivning vedr. sårbare gravide/familier	197

Bilag 2: Spørgeguide om alkohol og evt intervention	199
Bilag 3: Kvindelig omskæring	202
Bilag 4: Måling af blodtryk	205
Bilag 5: PUQE Score.....	207
Bilag 6: Graviditetsrelaterede bækkensmerter	208
Bilag 7: Klinisk undersøgelse for medfødt hofte luksation	209
Bilag 8: Medlemmer af arbejdsgrupper og referencegruppe samt andre bidragsydere	210

1. Baggrund og principper for svangreomsorgen

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.

Svangreomsorgen har stor betydning for folkesundheden, og der er i Danmark en lang tradition for omfattende universel svangreomsorg. Mange graviditetsrelaterede sygdomme og komplikationer hos mor og barn kan forebygges med den rette rådgivning, behandling og støtte gennem graviditeten. Men de senere års forskning har bibragt en tiltagende erkendelse af, at graviditet og fødsel i langt højere grad, end man tidligere var klar over, har betydning for mor og barns helbred på lang sigt. Der er 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.

Formålet med svangreomsorgen er således at bidrage til at øge folkesundheden i Danmark ved at:

- Barnet fødes raskt med størst mulig sundhedspotentiale
- Kvindens helbred varetages i hele forløbet
- Understøtte en sund og stærk familiedannelse
- Øge sundhedskompetencerne hos kommende forældre

1.1. Principperne for svangreomsorgen

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

Lighed i sundhed

Det danske sundhedsvæsen bygger på et lighedsprincip med let og lige adgang til sundhedsvæsenet med behandling af høj kvalitet for alle. Indsatserne i svangreomsorgen skal understøtte lighedsprincippet og medvirke til mere lighed i sundhed. Dette princip skal være i fokus både ved organiseringen af tilbuddene og ved tilrettelæggelse af et skræddersyet forløb tilpasset den enkeltes behov.

En naturlig livsproces

Svangreomsorgen skal understøtte den naturlige livsproces, det er at få et barn, med de glæder og udfordringer, det rummer. Udgangspunktet er sundhedsfremme, forebyggelse og mestring med den individuelle indsats, der er behov for. Svangreomsorgen for gravide og fødende bør forebygge sygeliggørelse og overbehandling og bør fremme den spontane, normale fødsel. Hvis der tilstøder sygdom og komplikationer til graviditet eller fødsel, skal indsatsen bygge på faglige vurderinger, god klinisk praksis og tilgængelige evidens. Målet er et så godt og sikkert forløb for mor og barn som muligt, støtte til familiedannelse og en god start på forældreskabet.

Helhedsorienteret tilgang

Svangreomsorgen skal bygge på en helhedsorienteret tilgang ud fra flere perspektiver. Indsatsen rummer tidsperspektivet 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.

Medinddragelse

Svangreomsorgen skal sikre respekt for kvindens integritet og selvbestemmelse. Den gravide skal, indenfor svangreomsorgens tilbud, gives en reel mulighed for at træffe informerede valg under hensyntagen til sin viden, præference og ønsker. Individuelle valg skal respekteres under hensyntagen til mors og barns helbred. Den gravides partner skal inddrages.

Familiecentreret omsorg

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; at adskillelse af forældre og barn i timerne og dagene efter fødslen i videst muligt omfang undgås; og at begge forældres tilstedeværelse medtænkes i indretningen af fødestuer samt barsels- og neonatalafdelinger.

Evidensbaserede indsatser

Svangreomsorgens sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende indsatser baserer sig på den tilgængelige videnskabelige evidens, hvor det er muligt. 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.

1.2. Livsperspektivet – 9 måneder med betydning for hele livet**1.2.1. Betydning for barnet**

Den gravides livsvilkår og livsstil i løbet af graviditeten kan have både positive og negative effekter på barnets helbred på både kort og lang sigt.

Livsbetingelserne i livmoderen, altså det fysiologiske miljø, som fostret vokser i, præger fostrets og barnets vækst og udvikling og kan påvirke dets risici for sygdomme i barndommen og voksenalderen.

Teorien om føtal programmering – eller fosterprogrammering –, som er et forskningsfelt i rivende udvikling, peger på, at faktorer i fostertilstanden, fx mors ernæring, rygning eller psykiske tilstand, kan påvirke udviklingen af fostrets organer og deres funktioner. Dette kan forbindes med udvikling af mange udbredte sygdomme senere i livet som fx overvægt, type-2 diabetes, allergi, psykiske lidelser og knoglesygdomme. Mere og mere tyder på, at en række påvirkninger lægger spor eller koder fostrets celler til at opføre sig på en særlig måde, længe efter fostret har forladt livmoderen, de såkaldte epigenetiske forandringer. Epigenetiske forandringer åbner eller lukker for nogle af genernes funktioner. Det vides ikke med sikkerhed hvor tidligt dette kan observeres, men der sker en kodning, som senere viser sig at gøre mennesket mere eller mindre sårbar over for forskellige sygdomme.

1.2.2. Betydning for moderen

Også for kvinder har graviditet og fødsel helbredsmæssige konsekvenser både på kort og lang sigt. Langt de fleste kvinder går sunde og raske ind i en graviditet, og et af svangreomsorgens vigtigste formål er at medvirke til, at de forbliver sunde og raske.

Graviditet og amning er en tidsperiode af stor betydning for en kvindes senere risiko for at udvikle en lang række sygdomme såsom kræft, leddegigt, diabetes og hjertekarsygdomme. Alder ved første fødsel samt antal børn er af betydning, ligesom ammeperiodens længde ser ud til at have en beskyttende effekt mod brystkræft og med nogen evidens mod kræft i æggestokkene. De bagvedliggende mekanismer – om de er hormonelle, metaboliske eller mekaniske – kendes endnu ikke helt.

Mange danske kvinder er allerede overvægtige før deres første graviditet. Hertil kommer, at en graviditet naturligt medfører en betragtelig vægtøgning, herunder større fedtdepoter, hvor mange mødre har svært ved at komme tilbage til deres vægt før graviditeten. Hos nogle ser man efter en eller flere graviditeter en så stor vægtøgning, at det influerer på deres risiko for en lang række sygdomme senere i livet såsom infektioner, hjerte-karsygdomme, diabetes og muskel-skeletsygdomme.

Der er også tiltagende opmærksomhed på, at andre graviditetskomplikationer er forbundet med en højere sygdomsrisiko senere i livet. Således er hjerte-karsygdomme hyppigere hos kvinder, der har haft fertilitetsproblemer, svangerskabsforgiftning eller har født for tidligt. Ligeledes er type-2 diabetes langt hyppigere hos kvinder, der i graviditeten har haft gestationel diabetes. Hvorvidt det er fornuftigt at implementere en form for screening af disse kvinder i årene efter fødslen med forebyggende indsatser er endnu kun sparsomt belyst, men det er et område af potentielt stor betydning for mødres helbred på langt sigt. Graviditetskomplikationer er beskrevet i kapitel 9.

1.3. Familieperspektivet

Selvom det er en selvfølge, er det vigtigt at holde sig for øje, at meningen med graviditet og fødsel er at få et barn og skabe en familie. Derfor skal svangreomsorgen have en familiecentreret tilgang, som understøtter familiedannelsen og tilknytningen mellem forældre og barnet.

Kvaliteten af tilknytningen mellem forældrene og barnet er af afgørende betydning for barnets følelsesmæssige udvikling, personlighedsdannelse, robusthed og evne til at klare sig i livet. Tilknytningen starter i graviditeten, og hos de fleste sker det helt af sig selv. Den prænatale tilknytning er beskrevet i kapitel 14.

Der er store ligheder mellem de kommende forældres tanker, følelser og måder at forholde sig på til den store omvæltning som graviditet, fødsel og forældreskab er, men også visse forskelle. De kommende forældre har fx ikke den samme familiehistorie med sig eller de samme måder at reagere på under stor glæde og stort pres og sjældent heller ikke de samme behov for at tale om tingene, når der opstår vanskeligheder. Der vil ved siden af tanker om barnets sundhed og fremtid, fødsel og forældreskab også være mange tanker om, hvordan det nu skal gå med, at der kommer en ny person ind i parrets og den enkeltes liv - tanker om, hvordan det skal gå i forhold til arbejdet, om hvorvidt man kan klare det selv og som par, og om man bliver gode forældre. De sundhedsprofessionelle bør derfor også have viden om og tage højde for de forskelle, der kan være behov for i kommunikationen.

1.3.1. Svangreomsorgens tilbud til fædre/partnere

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.

En samtale om og vurdering af den kommende fars eller partners forventninger til den nye rolle, personens trivsel og mentale sundhed bør indgå i de tidlige konsultationer. Desuden kan opsporing af evt. misbrug, voldsadfækt, mm., indgå i den første svangrekonsultation, såfremt det vurderes relevant ud fra visitationsoplysningerne. Særligt i sårbare og/eller socialt udsatte familier er en vurdering af farens/partnerens ressourcer og/eller behov for støtte og evt. henvisning til relevante tilbud påkrævet, se kapitel 4.

Også hos kommende fædre kan udvikling af fødselsdepression ske under graviditeten, se kapitel 14.

Kommende forældre efterspørger råd om pleje, kontakt, søvn, om at kunne trøste, om forestillinger og forventninger til fx amning og til at komme hjem med den nyfødte og meget mere. Grundlæggende søger de en tryghed i den nye livssituation og i forhold til de nye opgaver, de står overfor.

Den kommende far/partner inviteres til at deltage i graviditetsundersøgelser og fødsels- og familieforberedelse, og de fleste fædre/partnere ønsker at være til stede under fødslen. De har brug for at indgå aktivt og deltage i processen, ligesom de har behov for at blive forberedt på deres rolle under fødslen. Kvinden ønsker i næsten alle tilfælde, at deres partner er til stede. Derfor er fødselsoplevelsen, foruden at være tæt knyttet til kvindens kropslige oplevelser, i høj grad også parrets fælles oplevelse. Jo bedre begge forældre kommer tilfredse og mentalt velbefindende igennem fødslen, des mindre vil fødslen påvirke den første tid med den nyfødte. Langt de fleste forældre ønsker endvidere, at de kan blive sammen og få den første tid lige efter fødslen som en fælles oplevelse.

Sundhedspersonalet bør direkte og specifikt understøtte parrets ønsker om fællesskab i forløbet og sørge for eksplicit at invitere og inddrage fædrene/partnere, hvor det er muligt og ønskeligt – herunder efter samtykke fra moderen.

1.4. Samarbejdet med de kommende forældre

1.4.1. Sundhedskompetence

Forudsætningerne for at blive inddraget er, at man får mulighed for at komme til orde, at man bliver hørt, og at man kan forstå og anvende den viden, som opnås i dialog med sundhedspersonalet. Det stiller således krav til de kommende forældre og til sundhedspersonalet om åbenhed over for hinandens perspektiver og motiver samt lydhørhed.

Sundhedskompetence, forstået som det danske begreb for health literacy, er centralt for at føle sig inddraget i svangreomsorgens tilbud. Sundhedskompetence er defineret som individets evne til at tilegne sig, forstå og anvende sundhedsrelateret information (Sundhedsstyrelsen 2009). Der er en sammenhæng mellem ulighed i sundhed og lav sundhedskompetence (Sørensen 2015). Lavt uddannelsesniveau er associeret med dårligere sundhedskompetencer. Et dansk studie viser, at ca. 20 % oplever problemer med at forstå sundhedsinformation og indgå i en dialog med de sundhedsprofessionelle, og at andelen er større blandt personer med lav socioøkonomisk position og personer med migrantbaggrund (Friis 2016). Udenlandske studier viser, at op mod 50 % kan have svært ved at forstå sundhedsvæsenets budskaber. Endvidere kan personer, der er i krise – som følge af fysiske, psykiske eller eksistentielle udfordringer – have situationsbestemte vanskeligheder ved at overskue mængden og indholdet af sundhedsfaglige information.

Sundhedspersonalet skal understøtte kommende forældres sundhedskompetence ved at skabe en professionel relation baseret på tillid, ved at undersøge forældrenes perspektiv gennem aktivt at lytte, og ved at undersøge, hvilken information det enkelte par har brug for i en åben dialog. Det er sundhedspersonalets ansvar at sikre sig, at vejledning og information bliver forstået og er meningsfuld fx gennem feedback ved afslutningen af konsultationen eller ved andre henvendelser. Det er i denne sammenhæng vigtigt, at sundhedspersonalet i deres kommunikation tager hensyn til eventuelle sociale, psykiske eller sproglige udfordringer eller kognitive funktionsnedsættelser hos de kommende forældre.

Bedre sundhedskompetence kan styrke kvindens autonomi, selvværd, selvtillid og mestringsevne og er en forudsætning for meningsfuld involvering.

1.4.2. Involvering

Der er øget fokus på at gøre det muligt for alle brugere af sundhedsvæsenet at deltage mere aktivt i egen behandling, også når det gælder forebyggende indsatser som i svangreomsorgen. Gennem involvering kan behandlingskvaliteten øges, der sker færre fejl på grund af bedre kommunikation, og forløbene opleves mere sammenhængende (Kehl 2015, VIBIS 2018). Det er desuden mere effektivt at planlægge et individuelt forløb, når det sker i samarbejde, hvilket også kan medvirke til at eventuelle uønskede undersøgelser og behandlinger måske kan undgås (Walsh 2014).

Udgangspunktet for svangreomsorgens inddragelse af de kommende forældre er deres individuelle behov og livssituation. At sætte forældrene i centrum kræver indsigt i, hvad der er vigtigt for familien. Indsigt i parrets perspektiv skaber mulighed for at få en fælles forståelse, som er udgangspunktet for den professionelle relation.

Forskning viser, at når brugere af sundhedsvæsenet bliver involveret i egen behandling, bidrager det til højere tilfredshed, højere patientsikkerhed og bedre resultater. Større involvering af de kommende forældre er derfor et vigtigt element i at styrke kvaliteten i svangreomsorgen og skal bidrage til en oplevelse af et godt samlet graviditets- og fødselsforløb og god behandling såvel medicinsk som menneskeligt.

Øget involvering sker bl.a. gennem åbenhed for de kommende forældres perspektiv i konsultationerne, brug af patientrapporterede oplysninger (se afsnit 3.2.3) og fælles beslutningstagen om det forestående.

1.4.3. Fælles beslutningstagen

Fælles beslutningstagen er en systematisk og evidensbaseret patient-inddragelsesmetode, hvor både patienten, her den gravide og hendes partner og behandleren deltager aktivt i beslutninger om omsorg og behandling (Bredahl, 2014). Fælles beslutningstagen anvendes i forhold til beslutninger, der ikke kræver akut sundhedsfaglig indgriben. Det kan fx være screening, forebyggende tiltag og ikke-akutte indgreb.

Fælles beslutningstagning defineres som en særlig kommunikationsform baseret på 4 grundregler hvor:

- Både de kommende forældre og behandler skal være involveret i at tage beslutninger
- Begge parter skal dele deres viden
- Begge parter skal dele deres præferencer
- Parterne skal nå til enighed og har et fælles ansvar for beslutningen

Gennem fælles beslutningstagen bringes såvel parrets som den sundhedsprofessionelles viden i spil i de beslutninger, der skal træffes i løbet af graviditeten. Beslutninger bør tage udgangspunkt i såvel familiens præferencer, forståelser og værdier som den professionelle evidensbaserede, aktuelle og generaliserede viden, ligesom sundhedspersonen skal bidrage med sin professionelle vurdering af situationen og udtrykke den i dialogen med de kommende forældre, således at beslutninger træffes på det bedst kvalificerede grundlag (Bredahl, 2014). Undersøgelser viser, at patienterne er mere tilfredse og føler større ansvar for beslutninger taget i fællesskab (Vibis 2018).

De kommende forældre skal gøres opmærksom på, hvornår der skal træffes beslutninger, og de skal have mulighed for at deltage i beslutningsprocessen i det omfang, de ønsker. Sundhedspersonen informerer om de faglige anbefalinger, der er i den pågældende situation, og herunder at en mulighed også kan være at undlade eller udsætte et indgreb eller tiltag (Patienters medinddragelse i beslutninger, kapitel 5 i sundhedsloven, jf. lov-bekendtgørelse nr. 1286 af 2. november 2018 med senere ændringer). Forældrene skal kunne forstå, hvilke muligheder, risici, fordele og ulemper de forskellige valg indebærer samt sandsynligheden for disse. Sundhedspersonalet skal være opmærksom på at formidle i let forståelige termer under hensyntagen til parrets sundhedskompetencer. I det omfang der er udviklet sådanne, kan beslutningsstøtteværktøjer anvendes (Stacey 2017). Flere teknikker kan støtte god fælles beslutningstagen (Elwyn, 2012).

Beslutninger om afvigelser for standardpraksis fx under fødslen, herunder også beslutninger taget allerede i graviditeten, bør noteres i kvindens journal.

Fælles beslutningstagen kan opleves som udfordrende at gennemføre i praksis både for de sundhedsprofessionelle og for de kommende forældre (Legare, 2014, Stiggelbout, 2015). Den sundhedsprofessionelle skal imidlertid opleve, at muligheden for at sikre en beslutningsproces af høj kvalitet er tilstede, og begge parter skal opleve, at der er respekt for, at den beslutning, der er blevet truffet, er den bedste på det pågældende tidspunkt.

1.5. Den generelle udvikling i Danmark

Data til at belyse den generelle udvikling i Danmark er indhentet fra det Medicinske Fødselsregister og Danmarks Statistik, med mindre andet er angivet.

1.5.1. Udviklingen i fødselstallet

De seneste årtier har fødselstallet i Danmark svinget i takt med, at de store eller de små årgange har fået børn. I første halvdel af 80'erne var fødselsårgangene de mindste siden 70'erne, med 1983 som det år, hvor der blev født færrest børn, kun knap 51.000. Derefter steg fødselstallet indtil midten af 90'erne til knap 70.000 fødsler årligt for så langsomt at falde igen.

Da gennemsnitsalderen for fødende er omkring 30 år, er det de små årgange fra 80'erne, som får børn i 2010'erne. I 2013 nåede man således et nyt lavpunkt for fødselstallet med knap 55.000 nyfødte. Siden har fødselstallet igen været stigende og var godt 62.000 nyfødte i 2017 (godt 61.000 fødsler). Fødselstallet forventes fortsat at stige til omkring 72.500 fødsler i 2025.

Befolkningens fertilitetskvotient har også betydning for fødselstallet. Den har siden 1990 ligget på i gennemsnit mellem 1,7 og 1,9 barn per kvinde.

1.5.2. Ambulante fødsler og hjemmefødsler

Langt de fleste fødsler i Danmark foregår på sygehus. Gennem de seneste 20 år er indlæggelsestiden i forbindelse med en fødsel faldet støt, men den ser ud til at have stabiliseret sig fra 2015. De ukomplicerede fødsler foregår nu enten ambulante eller med en enkelt overnatning. I 2017 kom knap 40 % hjem indenfor 24 timer efter fødslen, og godt halvdelen var hjemme indenfor 2 døgn, mens 20 % var indlagt mere end 3 døgn efter fødslen.

Andelen af hjemmefødsler har tidligere i mange år ligget stabilt på godt 1 % af fødslerne, men de seneste år er andelen af hjemme- og klinikfødsler steget og lå i 2017 på 3,3 %.

Som følge af den ændrede praksis med hurtig udskrivelse efter fødslen så man i starten af 2010'erne en stigning i genindlæggelsen af nyfødte. 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. Siden 2015 har genindlæggelsesfrekvensen ligget stabilt på 2,1 %.

1.5.3. Moderens alder

Gennemsnitsalderen for fødende i Danmark er i perioden 1995-2008 steget fra 27,4 til 30,4 år og har siden 2008 været uændret. To tredjedele af alle fødende er mellem 25 og 34 år. I 2016 var 16,4 % af de fødende 35 år eller derover, mens 2,4 % var 40 år eller ældre. Andelen af mødre under 20 år var 0,9 %.

1.5.4. Fødselsvægt

Den gennemsnitlige fødselsvægt har været stigende siden 1970'erne og er siden da øget med ca. 160 gram. Dette hænger formentlig sammen med, at forekomsten af overvægt i befolkningen generelt har været stigende

i perioden, ligesom antallet af rygere har været faldende. Den gennemsnitlige fødselsvægt for levendefødte har været uændret ca. 3400 g for piger og 3500 g for drenge i perioden 2007-2016. Andelen af nyfødte med en fødselsvægt over 4000 g er næsten fordoblet siden 1970'erne, men der ses en svag faldende tendens de senere år fra 13,9 % i 2007 til 12,8 % i 2016 hos piger og fra 21,1 % til 19,9 % hos drenge. Store børn medfører flere fødselstraumer hos både mor og barn, og børnene forløses oftere ved kejsersnit. Epidemiologiske studier peger på, at børn med høj fødselsvægt har øget risiko for senere udvikling af overvægt og type-2 diabetes samt for pigers vedkommende brystkræft.

Rygning har en væsentlig indflydelse på fødselsvægten. For mødre, der røg over 10 cigaretter dagligt under graviditeten, var den gennemsnitlige fødselsvægt ca. 300 g lavere end for ikke-rygere i 2016 (3195 g versus 3491 g). For gravide, der var stoppet med at ryge i 1. trimester, var den gennemsnitlige fødselsvægt næsten det samme som for ikke-rygere (3477 g). Endvidere fødte 24,6 % af dem, der røg mindst 10 cigaretter dagligt, børn som var små for gestationsalderen (SGA), mens det kun var tilfældet for 11,1 % af ikke-rygerne. Dette understreger betydningen af rygestopindsatser i graviditeten, jf. kapitel 5.

1.5.5. Kejsersnit

Frekvensen af kejsersnit har været stigende i en årrække fra 12,7 % i 1994 til 22 % i 2014, mens niveauet har været let faldende til omkring 20 % i 2016 og 2017. Der er også betydelig mindre variation i frekvensen af kejsersnit på tværs af obstetriske afdelinger nu end tidligere.

Årsagerne til den tidligere stigning i kejsersnitfrekvensen har blandt andet været de ændringer, der er sket i den gravide population: højere alder, flere overvægtige, stigende fødselsvægt, flere IVF-graviditeter og herunder stigning i flerfoldsgraviditeter. Men andre forhold har også spillet en rolle, fx en ændret praksis for fostre i sædepræsentation, ønsket hos nogle gravide om at føde ved kejsersnit og den forbedrede teknologi, som generelt har ført til nedsat komplikationsfrekvens. De senere år har der været fokus på at nedbringe frekvensen af kejsersnit. Se endvidere kapitel 11.

1.5.6. For tidlig fødsel

Et barn født før 37 fulde graviditetsuger betragtes som for tidlig født. Er barnet født før 28 fulde uger, betegnes det som født ekstremt for tidligt. Jo tidligere fødsel, jo større overdødelighed og sygelighed såvel perinatalt som neonatalt samt hyppigere handicaps sammenlignet med børn født til terminen.

Andelen af børn født for tidligt har været svagt faldende de sidste 10 år, fra 7,1 % i 2007 til 6,2 % i 2016. Ca. 0,5 % bliver født ekstremt for tidligt (før 28. gestationsuge).

For tidlig fødsel kan have mange årsager, men kun en del af risikofaktorerne er kendte. Flerfoldsgraviditet er den største risikofaktor således endte 43,2 % med for tidlig fødsel i 2016. Andre risikofaktorer er rygning, et dagligt alkoholforbrug på 1-2 genstande eller mere, stående eller gående arbejde, tidligere præterm fødsel og tidligere cervixinsufficiens.

Mors alder udviser en u-formet kurve, hvor risikoen for for tidlig fødsel er lavest i alderen 30-34 år. Det samme gør sig gældende i forhold til mors vægt. I 2016 fødte 5,9 % af de normal-vægtige for tidligt, mens det skete for 7,0 % af de undervægtige og 8,2 % af de svært overvægtige (BMI ≥ 35).

Der er en social gradient i forekomsten af for tidlig fødsel, hvad enten man måler på indkomsten (6,5 % af den laveste kvartil sammenlignet med 5,6 % af den højeste kvartil i 2016) eller på mors uddannelse (7,4 % med grundskole uddannelse mod 5,6 % med lang videregående uddannelse).

Tilstedeværelse af kendte risikofaktorer kræver særlig opmærksomhed og indsats under graviditeten. Det er vigtigt at visitere kvinder med truende for tidlig fødsel til en obstetrisk afdeling, der kan varetage behandlingen

af mor og barn før, under og efter fødslen. Desuden er det vigtigt at yde støtte til at afhjælpe de psykiske og sociale problemer, som kvinden/parret måtte opleve i forbindelse med en for tidlig fødsel. Se kapitel 9.

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

1.6.1. Perinatal dødelighed

Perinatal dødelighed defineres i henhold til WHO som summen af dødfødte efter 22 uger (indtil 2004 efter 28 uger) og døde inden for de første 7 døgn pr. 1.000 fødte.

I Danmark er den perinatale dødelighed faldet de sidste 10 år fra 7,08 i 2007 til 5,45 i 2016. Den perinatale dødelighed er højere, men ligeledes faldende blandt indvandrere og efterkommere af indvandrere, og var således 11,39 i 2007 og 7,37 i 2016.

1.6.2. Neonatal dødelighed

Den neonatale dødelighed anvendes som en væsentlig og international sammenlignelig indikator for kvalitet i og effekt af sundhedsvæsenets indsats i relation til graviditet og fødsel. Neonatal dødelighedsrate anvendes til internationale sammenligninger og defineres som antal levendefødte, som dør inden for de første 28 levedøgn per 1.000 levendefødte.

Den neonatale mortalitets rate i Danmark var 1,9 i 2015, hvilket er i den lave ende sammenlignet med andre europæiske lande, men dog højere end i de øvrige skandinaviske lande (1,5 i Norge og Sverige, 1,3 i Finland og 1,2 på Island) (European Perinatal Health Report 2018).

De væsentligste årsager til neonatal død er medfødte misdannelser og komplikationer som følge af ekstrem for tidlig fødsel. Således udgør børn født før 28 gestationsuger eller med en fødselsvægt på under 1000 gram 40 % af de neonatale dødsfald (European Perinatal Health Report 2018).

1.6.3. Mødre dødelighed

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. Dødsfaldet kan ske i forbindelse med graviditet og fødsel, men kan også ske i forbindelse med abort eller ekstrauterin graviditet. Siden 2002 har der i Danmark været foretaget systematisk tværfaglig audit på alle maternelle dødsfald. De hyppigste dødsårsager er hjertesygdom, svangerskabsforgiftning, blodpropper og selvmord (Vangen 2017).

Til international sammenligning anvendes den maternelle mortalitetsratio (MMR), som er antallet af maternelle dødsfald pr. 100.000 levendefødte børn. Ifølge en opgørelse fra WHO er MMR i Danmark faldet fra 11 i 1990 til 6 i 2015 og er blandt den laveste i verden (WHO 2015).

1.7. Social ulighed i reproduktiv sundhed

For langt de fleste sygdomme og risikofaktorer er forekomsten højest i de socialt dårligst stillede grupper. Der er i Danmark og i de øvrige nordiske lande fundet betydelige sociale uligheder i forekomsten af en række graviditets- og fødselskomplikationer som dødsfødsel, lav fødselsvægt, for tidlig fødsel, misdannelser og i børnedødeligheden (Bilsteen 2018, Aabakke 2019). Disse sammenhænge består, uanset om man måler social status på moderens uddannelsesniveau, beskæftigelse eller indkomst.

Man kender ikke alle årsager til forekomsten af ugunstige graviditetsudfald hos socialt dårligere stillede, men en række kendte risikofaktorer er overrepræsenteret i disse grupper. Dette gælder især rygning, men også overvægt, uhensigtsmæssige kostvaner, fysisk inaktivitet og anden sundhedsadfærd, der har negativ betydning

for graviditetsudfaldet. Endvidere er kort uddannelse associeret med dårligere sundhedskompetence, jf. afsnit 1.4.1, ikke kun som følge af mindre viden om sundhed og hvordan kroppen fungerer, men også fordi begrænset skolegang kan medføre skjulte barrierer, som vanskeliggør kommunikationen og en fælles forståelse mellem sundhedspersonalet og den gravide, og dermed forringes disse kvinders muligheder for at navigere i sundhedsvæsenet. Hvor højtuddannede kvinder oftere efterspørger sundhedsrådgivning og ydelser, gør socialt dårligt stillede kvinder generelt mindre brug af sundhedsvæsenets tilbud herunder svangreomsorgen. Det er sundhedsvæsenets ansvar at række ud over denne viden- og kompetencekløft.

1.7.1. Migranter fra ikke-vestlige lande

Der ses en tydelig ulighed i sundhed mellem migranter og gravide med dansk oprindelse¹. Der ses ligeledes store individuelle forskelle mellem de forskellige migrations- og flygtningegrupper. Uligheden skal ikke alene findes i migrationsforholdene, men også i de leveforhold, der ofte følger med migration og fx flygtningestatus (Diderichsen 2012).

Derudover har nogle migranter oplevet traumatiske forhold som krig, forfølgelser, tortur, seksuelle overgreb (Fazel 2005, Vu 2014) hvilket øger risikoen for psykiske lidelser som depression og posttraumatisk stress syndrom (Brunello 2001, Norredam 2010, Steel 2009). Trods intensiv terapi kan de psykiske lidelser manifestere sig som kroniske tilstande (Boehnlein 2004, Carlsson 2006) og yderligere øge risikoen for somatiske sygdomme (Lolk 2016).

Gravide migranter i Danmark har en øget risiko for obstetriske komplikationer så som sygdom under graviditeten, akut kejsersnit, samt perinatal dødsfald (Brehm Christensen 2016, Sodemann 2016, Urquia 2014, Urquia 2015, Villadsen 2009). Nogle immigrantgrupper har en øget risiko for præterm fødsel, og for at barnet fødes small-for-gestational-age (SGA) (Pedersen 2012, Gagnon 2009). Blandt immigranter fra Afrika, Latinamerika og Caribien ses en øget risiko for præeklamsi og eklamsi. Særligt blandt gravide kvinder fra Pakistan, Tyrkiet og Sydøstasien ses en øget risiko for gestationel diabetes (GDM). Der er øget risiko for dødfødsel eller fødsel af et barn med svære medfødte misdannelser blandt immigranter fra ikke-vestlige lande (Brehm Christensen 2016, Nybo Andersen 2016). I et dansk studie fandt man blandt kvinder fra Somalia og Pakistan en øget risiko for intrapartum fosterdød, død pga. maternal sygdom, letale malformationer og for tidlig fødsel (Brehm Christensen 2016). Sundhedspersonalet bør derfor være særlig opmærksom på disse risikofaktorer ved undersøgelser i graviditeten hos gravide migranter fra ikke-vestlige lande.

Blandt nogle befolkningsgrupper kan der være særlige determinanter for genetisk rådgivning, se eksempelvis afsnit 7.3 om hæmoglobinopatis. Genetisk rådgivning anbefales også ved beslægtethed mellem forældrene (fætter-kusine ægteskaber), da der er øget risiko for sygdomme med autosomal recessiv arvegang, om end den absolutte risiko er lille (Abbas 2014, Brehm Christensen 2016, Nybo Andersen 2016).

Mødre, som er migranter fra ikke-vestlige lande, har markant øget risiko for fødselsdepression (Onozawa 2003, Shakeel 2015). I et svensk studie fandt man, at det især gjaldt kvinder, som var ankommet indenfor de sidste ti år og ikke talte det nye lands sprog (Skoog 2017). Undersøgelser viser, at almen helbredsstatus herunder også tidligere depression og angst samt social isolation, manglende familiært netværk, dårlige boligforhold, racisme og sprogbarrierer er medvirkende faktorer til den markant øgede risiko for post partum depression hos disse kvinder (Shakeel 2015, Husain 2012). Der bør derfor være særlig opmærksomhed på tidlig opsporing og behandling af depression hos kvinder med migrant baggrund kombineret med dårlige sociale forhold og sprogbarriere, se også kapitel 14. Den kommunale sundhedstjeneste bør i den forbindelse have særligt fokus på den sundhedsfremmende og forebyggende indsats efter fødslen og tilbyde kvinder med migrantbaggrund deltagelse i sociale netværksgrupper som fx mødregrupper og søge at fremme deres deltagelse heri.

¹ Der anvendes Danmarks Statistiks definition: En person har dansk oprindelse, hvis han eller hun har mindst én forælder, som både er dansk statsborger og født i Danmark.

Migration og mulige kulturelle og sproglige barrierer er beskrevet i afsnit 4.5.4.
Vedrørende kvindelig omskæring, se bilag 3.

Referencer til kapitel 1

Abbas HA et Yunis K (2014). The effect of consanguinity on neonatal outcomes and health. *Human heredity*, 77(1-4), pp. 87-92.

Bilsteen JF (2018 b). Educational disparities in perinatal health in Denmark in the first decade of the 21st century: a register-based cohort study. *BMJ Open* 2018 ;8:e023531. doi:10.1136/bmjopen-2018-023531 1

Boehnlein JK et al (2004). A ten-year treatment outcome study of traumatized Cambodian refugees. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(10), pp. 658-663.

Bredahl C (2014). Fælles beslutningstagning. I: Kommunikation for sundhedsprofessionelle. 2014.

Brehm Christensen et al (2016). Higher rate of serious perinatal events in non-Western women in Denmark. *Danish medical journal*, 63(3), pp. A5197.

Brunello N et al (2001). Posttraumatic stress disorder: diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology*, 43(3), pp. 150-162.

Carlsson JM et al (2006). Mental health and health-related quality of life: a 10-year follow-up of tortured refugees. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(10), pp. 725-731.

Diderichsen F et al (2012). Health inequality--determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8 Suppl), pp. 12-105.

Elwyn G. et al (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), pp. 1361-1367.

Euro-Peristat Project (2018). European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. Available at www.europeristat.com

Fazel M et al (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* (London, England), 365(9467), pp. 1309-1314.

Friis K et al (2016). Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. *BMJ Open* 2016 Jan 14;6(1): e009627-2015-009627.

Gagnon AJ et al (2009). Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. *Social science & medicine* (1982), 69(6), pp. 934-946.

Husain N et al (2012). Social stress and depression during pregnancy and in the postnatal period in British Pakistani mothers: a cohort study. *Journal of affective disorders*, 140(3), pp. 268-276.

Kehl KL et al (2015). Association of Actual and Preferred Decision Roles With Patient-Reported Quality of Care: Shared Decision Making in Cancer Care. *JAMA oncology*, 1(1), pp. 50-58.

Legare F et Thompson-Leduc P (2014). Twelve myths about shared decision making. Patient education and counseling, **96**(3), pp. 281-286.

Lolk M et al (2016). Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression - a prospective cohort study. BMC psychiatry, **16**(1), pp. 447-016-1149-2.

Norredam M et al (2010). Risk of mental disorders in family reunification migrants and native Danes: a register-based historically prospective cohort study. International journal of public health, **55**(5), pp. 413-419.

Nybo Andersen AM et al (2016). Stillbirth and congenital anomalies in migrants in Europe. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology, **32**, pp. 50-59.

Onozawa K et al (2003). High EPDS scores in women from ethnic minorities living in London. Archives of women's mental health, **6** Suppl 2, pp. S51-5.

Pedersen GS et al (2012). Preterm birth and birthweight-for-gestational age among immigrant women in Denmark 1978-2007: a nationwide registry study. Paediatric and perinatal epidemiology, **26**(6), pp. 534-542.

Shakeel N et al (2015). A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. BMC pregnancy and childbirth, **15**, pp. 5-014-0420-0.

Skoog M et al (2017). 'There's something in their eyes' - Child Health Services nurses' experiences of identifying signs of postpartum depression in non-Swedish-speaking immigrant mothers. Scandinavian Journal of Caring Sciences, **31**(4), DOI: 10.1111/scs.12392.

Sodemann M (2016). Perinatale dødsfald blandt etniske minoriteter er en blindplet. Ugeskrift for læger, **178**(14), pp. V68111.

Sorensen K et al (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health **2015** Dec;**25**(6):1053-58

Stacey D et al (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. The Cochrane database of systematic reviews, **4**, pp. CD001431.

Steel Z et al (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. Jama, **302**(5), pp. 537-549.

Stiggelbout AM et al (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. Patient education and counseling, **98**(10), pp. 1172-1179.

Sundhedsstyrelsen (2009). Health Literacy – Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner.

Urquia ML et al (2014). Disparities in pre-eclampsia and eclampsia among immigrant women giving birth in six industrialised countries. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology, **121**(12), pp. 1492-1500.

Urquia ML et al (2015). Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. European journal of public health, **25**(4), pp. 620-625.

Vangen S (2017). Maternal deaths in the Nordic countries. Acta Obstet Gynecol Scand **2017**; **96**:1112–1119. DOI: 10.1111/aogs.13172

VIBIS (2018). Om patientinddragelse - <https://danskepatienter.dk/vibis/om-brugerinddragelse>.

Villadsen SF et al (2009). Ethnic disparity in stillbirth and infant mortality in Denmark 1981-2003. Journal of epidemiology and community health, 63(2), pp. 106-112.

Vu A et al (2014). The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. PLoS currents, 6, pp. 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7

WHO (2015). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and the United Nations Population Division.

Walsh T et al (2014). Undetermined impact of patient decision support interventions on healthcare costs and savings: systematic review. BMJ (Clinical research ed.), 348, pp. g188.

Aabakke AJM et al (2019). Socioøkonomiske faktorer har betydning for graviditet og fødsel. Ugeskrift for Læger 2019; 181:V08180590

2. Tilrettelæggelse af svangreomsorgen

2.1. Generelt

Svangreomsorgen omfatter prækonceptionel rådgivning, graviditet, fødsel, den tidlige barselsperiode og støtte til familiedannelse. Graviditet, fødsel og den tidlige barselsperiode er et forløb, hvor konsultationer og øvrige tilbud er del af en individuelt tilrettelagt helhed. Jordemoderen er sammen med den praktiserende læge den hovedansvarlige fagperson, når det gælder den ukomplicerede graviditet. Jordemoderen varetager den ukomplicerede fødsel, mens speciallægen i gynækologi og obstetrik har det overordnede faglige ansvar for komplicerede graviditeter og fødsler, herunder forløb med stor risiko. Hvis der foreligger specifikke risikofaktorer med behov for medicinske, obstetriske og/eller psykosociale interventioner, kan den gravide have kontakt med andre speciallæger og øvrige sundhedspersoner samt de kommunale tilbud, herunder socialforvaltningen.

Forløbet bør være differentieret og tilrettelagt ud fra de individuelle behov og ønsker, se nedenfor i afsnit 2.3 samt kapitel 3 og 4. Den individuelle tilrettelæggelse af svangreomsorgen tager udgangspunkt i en vurdering baseret dels på viden om specifikke medicinske risikotilstande og bagvedliggende risikofaktorer, dels på en vurdering af øvrige belastninger samt kvindens og familiens samlede ressourcer og handlemuligheder. Belastnings-/ressourcevurderingen bør i så høj grad som muligt tage udgangspunkt i kvindens egen opfattelse. Planen for forløbet justeres ved behov.

I almen praksis er kontakterne almindeligvis individuelle. Det anbefales, at den første jordemoderkonsultation og konsultationen i uge 35 er individuelle, mens de øvrige kontakter kan være tilrettelagt enten individuelt eller i grupper. Ud fra de lokale tilbud og på baggrund af samtalen med jordemoderen afklares, hvordan konsultationerne skal forløbe. De kan foregå på obstetrisk afdeling eller uden for afdelingen i decentrale jordemoderkonsultationer eller fx i lokale sundhedscentre. Der kan desuden være mulighed for konsultationer i hjemmet hos gravide, der bør aflastes. Gruppekonsultationer kan give den gravide mulighed for at udveksle erfaringer og etablere netværk. Det anbefales, at der tilbydes fødsels- og forældreforberedelse til alle jf. kapitel 10.

For præsentation af grundforløb og individuelle ydelser i svangreomsorgen henvises til kapitel 3.

2.2. Organisering

2.2.1. Sundhedsplaner og specialeplanlægning

I Sundhedslovens § 3 og § 4 fastslås det, at regioner og kommuner har ansvar for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient, og de skal i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde m.v. Behandlingen omfatter efter sundhedslovens § 5 blandt andet fødselshjælp.

Gravide er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om frit sygehusvalg (§ 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 jordemoder-hjælp, hvis kvinden ønsker at føde i hjemmet jfr. sundhedslovens § 83.

Regionerne skal efter sundhedslovens § 206, stk. 2 indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen ved udarbejdelse af sundhedsplaner, herunder akut- og sygehusplaner, psykiatriplaner, fødeplaner mv., samt ved væsentlige ændringer heri.

Regionerne udarbejder som led i deres sundhedsplanlægning fødeplaner, der beskriver samarbejdet mellem det regionale svangre- og fødetilbud, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. Fødeplanerne er grundlaget for den regionale planlægning af svangreomsorgen, de lokale retningslinjer for visitation, de fælles kliniske retningslinjer m.v.

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, valgfrihed, let adgang til information, et gennemsligt sundhedsvæsen og kort ventetid på behandling.

Som grundlag for Sundhedsstyrelsens rådgivning gælder nærværende anbefalinger og derudover "Styrket akut-beredskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen", "Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet" og "specialeplanen", herunder særligt de gældende specialevejledninger i gynækologi og obstetrik og i pædiatri.

2.3. Differentiering

Der anbefales en differentiering og niveaudeling af svangreomsorgen med henblik på at tilbyde den gravide den nødvendige støtte og omsorg og de individuelle ydelser, der er behov for. Dette i forhold til tidligt at opspore såvel obstetriske som sociale og mentale risikofaktorer og iværksætte relevante og nødvendige indsatser og tilbud. Niveauerne knytter an til ydelser til den gravide og involvering af fagpersoner i forhold til de risici, den gravide og hendes barn er udsat for. Som udgangspunkt er niveau 1 og 2 problemer, der kan løses indenfor svangreomsorgens flerfaglighed, mens niveau 3 og 4 kræver tværfaglige og tværsektorielle indsatser. Niveauidelingen er fleksibel og bør revurderes gennem graviditeten, idet problemer kan opstå og løses undervejs.

Niveau 1 er det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje til kvinder, hvis graviditet vurderes som normal uden øget risiko. Ydelserne tilbydes af jordmoderen og praktiserende læge.

Niveau 2 er et udvidet tilbud til kvinder, som har behov for flere ydelser fra jordemoder og/eller fødselslæge eller praktiserende læge end det der tilbydes sunde og raske gravide 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 med tidligere dårlig fødselsoplevelse, kvinder som tidligere har mistet et barn eller har haft mislykket ammeforløb eller kvinder med en somatisk eller psykisk lidelse, som er velbehandlet. Den gravide indplaceret på niveau 2 har behov for ekstra eller længere konsultationer, der kan imødekomme de problemer eller erfaringer, der kan få betydning for mor og/eller barnets sundhed, og som kan håndteres inden for svangreomsorgens tilbud. Ydelserne tilpasses kvindens individuelle behov. Der kan henvises til særlige tilbud, der er etableret i regionen eller kommunen fx rygestop- eller vægtstopkurser.

Niveau 3 er et udvidet tilbud, som involverer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper end de, der arbejder indenfor svangreomsorgen og barselsplejen i regionen. For gravide med komplicerede somatiske lidelser kan det dreje sig om behandling på specialiserede afdelinger. For kvinder vurderet til at tilhøre niveau 3, som følge af sårbarhed og socialt udsathed kan der desuden være behov for tværsektorielt samarbejde med sundhedsplejerske, socialforvaltning, psykolog og andre i kommunen. Kvinderne kan være sårbare og /eller socialt udsatte af forskellige årsager og kan have behov for meget forskellige ydelser. Det er væsentligt, at kvinderne tilbydes ydelser og indsatser, der iværksættes så tidligt som muligt i graviditeten.

Sårbare og socialt udsatte gravide kan vurderes ud fra følgende, hvor der kan være overlap mellem de opstillede grupperinger:

- Kvinder 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
- Kvinder 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 o.a.
- Kvinder 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 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.

Niveau 4 indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som fx familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud, dvs. ydelser på højt specialiseret niveau. Den gravide 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 mor og barn og varetagelse af barnets tarv. For gravide 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.

Sundhedspersonalets underretningspligt i henhold til serviceloven § 153, stk. 1-2 er beskrevet i bilag 1.

2.4. 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. Visitation til relevant 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.

Det individuelle forløb tilrettelægges sammen med de kommende forældre ved første jordemoderkonsultation. Tilbud og ydelser skal tilpasses i takt med eventuelle ændringer i kvindens obstetriske risikoprofil. Hvis kvinden ønsker et andet tilbud end det der normalt tilbydes, fx individuelle konsultationer i stedet for gruppekonsultationer, drøftes dette. Det er jordemoderens ansvar at drøfte de forskellige tilbud om undersøgelser, undervisning, netværksgruppe etc. med kvinden/familien med henblik på at skabe en solidt grundlag for, at de kommende forældre styrkes i at tage beslutninger om eget forløb.

Jordemoderen er ansvarlig for at koordinere kvindens forløb, når det gælder den ukompliceret graviditet og fødsel, mens den obstetriske speciallæge er ansvarlig for og koordinerer undersøgelser og behandling af komplicerede graviditeter og risikoforløb. Hvis der foreligger specifikke risikofaktorer med behov for medicinske, obstetriske og/eller psykosociale interventioner, kan den gravide have kontakt med andre specialister samt kommunale tilbud, herunder socialforvaltning. Den praktiserende læge varetager udover planlagte konsultationer i grundforløbet også konsultationer, hvor den gravide har behov for at drøfte en eventuel sygdomsmeddelelse eller henvender sig med mistanke om sygdom eller andre bekymringer relateret til graviditeten.

Jordemoderen og/eller speciallægen i gynækologi og obstetrik (fødselslægen) er ansvarlig for at involvere andre faggrupper og/eller kommunale tilbud og koordinerer opgaven indbyrdes. Det kan eksempelvis være tale om læger fra andre specialer, sundhedsplejersker, psykologer, fysioterapeuter eller fagprofessionelle med socialfaglig kompetence. 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.

Den praktiserende læge, jordemoderen og fødselslægen formidler undersøgelsesresultater til øvrigt involveret personale i sundhedsvæsenet ved brug af svangerskabs- og vandrejournalen. Der arbejdes på at udvikle en kommende fælles digital platform, som fremover vil kunne erstatte svangerskabs- og vandrejournalen, se afsnit 2.8.

Efter fødslen sikrer jordemoderen efter samtykke, at sundhedsplejersken, der overtager det sundhedsfremmende og forebyggende samarbejde med familien i hjemmet, orienteres om fødslen og hjemkomsten.

For gravide og kommende forældre med sociale problemstillinger, funktionsnedsættelser eller lignende, er der særlige krav til tilrettelæggelse af svangreforløbet. Se mere herom i kapitel 4.

2.5. Faggrupper og opgaver

2.5.1. Den alment praktiserende læge

Den prækonceptionelle rådgivning varetages som udgangspunkt af kvindens almen praktiserende læge, som også oftest er kvindens første kontakt ind i sundhedsvæsenet i forbindelse med en graviditet. I almen praksis følges kvinden fra før graviditetens indtræden, under graviditeten og i barselsperioden. I almen praksis tilbydes i barselsperioden børneundersøgelsen af det nyfødte barn fem uger efter fødslen og undersøgelsen af moderen otte uger efter fødslen. Ydelserne i almen praksis varetages under ansvar af den almenmedicinske speciallæge, men kan omfatte øvrige personalegrupper som uddannelsessøgende læger, sygeplejersker, jordemødre m.v. Den praktiserende læge kan henvise til graviditetsbesøg ved sundhedsplejerske til gravide i de kommuner, hvor det tilbydes og til gravide med særlige behov i alle kommuner.

2.5.2. Jordemoderen

Jordemoderen² er den fagperson, den gravide hyppigst har kontakt med under graviditeten. 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. Dette er særlig vigtigt, når forløbet kræver inddragelse af specialister og andre tværfaglige samarbejdspartnere. Kontinuitet og relationen mellem jordemoder og den gravide kan være af væsentlig betydning for sundhedsudkommet for mor og barn. Risikoen for præterm fødsel og fosterdød før 24. uge er nedsat for kvinder, hvor svangreomsorgen er varetaget i kontinuitetsmodeller (Sandall 2016). Det er endvidere vist, at brugertilfredsheden stiger betragteligt, når jordemoderindsatsen organiseres i mindre teams, hvor den gravide følges af den samme jordemoder eller en lille gruppe af jordemødre. Det bør derfor tilstræbes at have dette som tilbud på landets fødeafdelinger (WHO 2016). Se også kapitel 4 om kendt jordemoderordning.

Efter fødslen sikrer jordemoderen overlevering af relevant og nødvendig information til almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste – efter indhentet informeret samtykke hos moderen.

² Anbefalingerne retter sig primært mod den regionalt ansatte jordemoder

2.5.3. Speciallægen i gynækologi og obstetrik

Speciallægen i gynækologi og obstetrik har det overordnede faglige ansvar for behandling under graviditet, fødsel og barsel med tilstødende sygdomme og komplikationer. Øvrige personalegrupper som uddannelsessøgende læger, sygeplejersker, jordemødre m.v. kan deltage i behandlingen under speciallægens ansvar.

Gynækologisk-obstetrisk afdeling

Ved behov for indlæggelse på obstetrisk afdeling kan diagnostik og behandling suppleres med indsatser fra tværfaglige teams med særlige fagligheder og funktioner som fx ambulatorium for socialt udsatte og sårbare gravide, gravide med medicinske eller psykiske lidelser, gravide med misbrug m.v. Ved behov kan neonatologisk ekspertise inddrages.

2.5.4. Sundhedsplejersken

Sundhedsplejersken 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.

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.

2.6. Valg af fødested

I Danmark kan man føde på hospital, i hjemmet og i enkelte regioner også på fødeklinikker uden for hospitalsregi. Langt de fleste fødsler foregår i dag på hospital, mens 2-3 % føder hjemme og under 1 % på fødeklinikker (Sundhedsdatastyrelsen, Det Medicinske Fødselsregister).

For nærmere beskrivelse af mulige fødesteder henvises til Sundhedsstyrelsens anbefalinger "*Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet*" (under udarbejdelse), der beskriver en fælles faglig ramme for organisering af fødeområdet og de forskellige fødetilbud i Danmark og skaber en national ramme for indholdet i den information, der gives til de fødende og deres familier, således at de har det bedst mulige grundlag for at træffe beslutninger omkring valg af fødested.

2.7. Organisering af det sundhedsfaglige tilbud i barselsperioden

I barselsperioden samarbejder fødeafdelingens personale, den kommunale sundhedstjeneste og den praktiserende læge med og om familien. Varigheden af barselsindlæggelser er generelt faldet. Forekomsten af genindlæggelser er stagnerende men kræver fortsat opmærksomhed fra de obstetriske afdelinger og den kommunale sundhedstjeneste. Opgaverne, der knytter sig til observation af mor og barn efter fødslen samt tilbud om screeninger kan ikke løses af primærsektoren alene, uanset at forældrene er udskrevet fra sygehuset, idet nogle af opgaverne varetages mest sikkert og sundhedsfagligt bedst af region/fødeafdeling. 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.

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

- screeninger udføres med stor sikkerhed for et validt resultat med hurtig opfølgning ved positiv screeningstest

- genindlæggelse af dehydrerede og/eller ikteriske nyfødte så vidt muligt forebygges
- observation af moderens tilstand efter fødslen og efterfødselssamtalen gennemføres systematisk som afslutning på graviditet og fødsel og med blik for en evt. kommende sund graviditet og fødsel.

Fordelingen af opgaver i hhv. region/fødeafdeling og kommune er beskrevet i kapitel 13.

Sundhedsdatastyrelsen monitorerer såvel indlæggelsestid som genindlæggelser af nyfødte på udvalgte diagnosekoder, der relaterer sig til ovenstående. Udviklingen siden 2007 kan ses på www.sds.dk.

2.7.1. Barselsoophold

Barselsoophold, som ikke kan foregå i hjemmet, kan foregå på barselsafsnit på sygehuset, fødeafdeling, barsel-/patienthotel, og lignende, hvor der er mulighed for at tilkalde sundhedsfaglig hjælp efter behov. Ved komplicerede barselsoophold kan opholdet foregå på et obstetrisk specialafsnit.

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

Fødeafdelinger og klinikker bør tilstræbe, at familien kan være sammen i hele fødsels- og barselforløbet, så vidt det er muligt.

2.7.2. Efter udskrivning

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

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

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

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

Såfremt der er bekymring for barnets sundhed og trivsel eller forældrenes evner og muligheder for at tage vare på deres barn, 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.

Læs mere om ansvar og opgavefordeling i barselsperioden i kapitel 13.

2.7.3. Ved hjemmefødsel

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

Kommunen tilbyder barselsbesøg ved sundhedsplejerske på 4.-5.-dagen. Se også kapitel 13.

2.8. Kommunikationsredskaber

2.8.1. Nuværende svangerskabs- og vandrejournal

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

Svangerskabsjournalen udfyldes i forbindelse med første lægebesøg og fungerer som henvisning til fødeafdelingen. Det er vigtigt, at den praktiserende læge i afsnittet "samlet vurdering af ressourcer og risici" udarbejder et godt resume af anamnesen (sygehistorie), objektive fund, resultat af undersøgelser, sociale og psykologiske forhold og igangsatte undersøgelser. Dette kan forenkle arbejdsgangen og sikre kvaliteten, herunder en korrekt visitation. Desuden anfører lægen, hvilket niveau af svangreomsorgens ydelser, den gravide skønnes at have behov for. Det er muligt at skifte niveau i graviditetsforløbet, hvis der sker ændringer fysisk, psykisk eller socialt.

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

2.8.2. Kommende digitalt redskab for svangreforløb

Der arbejdes på at udvikle et digitalt redskab for svangreforløbet, som fremover vil kunne erstatte den eksisterende fysiske graviditetsjournal. Det digitale redskab forventes at blive implementeret de kommende år. Den vil bl.a. indeholde en "graviditetsmappe", som rummer alle relevante oplysninger vedr. graviditetsforløbet og kan tilgås af de involverede sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer. Graviditetsmappen er et vigtigt redskab i kommunikationen mellem faggrupperne for at sikre kvaliteten i forløbet og for at undgå dobbeltarbejde.

I forbindelse med første graviditetskonsultation i almen praksis oprettes graviditetsmappen samtidig med henvisning til fødeafdelingen. 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, sociale og psykologiske forhold og igangsatte undersøgelser. Dette kan forenkle arbejdsgangen og sikre kvaliteten, herunder en korrekt visitation på fødeafdelingen. Desuden anfører lægen, hvilket niveau af svangreomsorgens ydelser den gravide skønnes at have behov for. Det er muligt at skifte niveau i graviditetsforløbet, hvis der sker ændringer fysisk, psykisk eller socialt. I forbindelse med alle konsultationer hos læge, jordemoder/obstetrisk afdeling og ultralydsafdeling opdateres graviditetsmappen.

Graviditetsmappen sikrer, at de relevante anamnesticke oplysninger, objektive fund og undersøgelsesresultater er til rådighed for de involverede fagpersoner i deres respektive fagsystemer. Den gravide vil også have adgang til graviditetsmappen.

Referencer til kapitel 2

Sandall J et al (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 28;4:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

Sundhedsstyrelsen (2019). Krav og faglige anbefalinger til organiseringen af fødeområdet (høringsudkast)

WHO (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization. ISBN 978 92 4 154991 2

3. Kontakter før, under og efter graviditet

Svangreomsorgens struktur og indhold danner rammen for et dynamisk, målrettet og individualiseret forløb, som dækker helbredsmæssige, psykologiske og sociale aspekter af graviditet, fødsel og familieskab. I forløbet indgår både generel sundhedsfremme, forebyggelse og risikoopsoring, ligesom der kan være behov for medicinsk vurdering og behandling.

Svangreomsorgen forløber fra før graviditeten indtræffer til 8 uger efter fødslen og består af:

- Prækonceptionel rådgivning
- Grundforløb under graviditeten med mulighed for individualisering af forløbet
- Specialiserede og individualiserede kontakter/undersøgelser tilpasset kvindens behov og risikoprofil
- Barselsforløb med efterfødselssamtale og 8 ugers undersøgelse efter fødslen

Med henblik på at understøtte en god dialog mellem de sundhedsprofessionelle og de kommende forældre samt en høj kvalitet i patientforløbet, er det væsentligt at involvere begge parter i tilrettelæggelsen af deres individuelle forløb (Kehl, 2015, VIBIS 2018).

3.1. Prækonceptionel rådgivning

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 prækonceptionel indsats (WHO 2013).

Det bedste udgangspunkt for ukompliceret graviditet og fødselsforløb er, at kvinden ved graviditetens indtræden er sund og rask, ikke ryger, ikke bruger rusmidler og at hun er normalvægtig. Det er derfor væsentligt at optimere kvindens sundhedstilstand forud for graviditeten, såvidt det er muligt, hvilket også indebærer, at en evt. kronisk sygdom er velbehandlet og i rolig fase.

Fosterprogrammering starter fra befrugtningstidspunktet, og de første 8 uger af graviditeten er en kritisk periode, hvor fosterets organer dannes. Interventionsstudier har vist, at en sundhedsfremmende indsat for bedre graviditetsudkomme kan være for sent initieret og for smal, hvis den først påbegyndes i graviditeten (Hemsing et al, 2017). Det gælder eksempelvis tilskud af folsyre, som skal være påbegyndt 3 måneder før undfangelsen for at forebygge neuralrørsdefekt. Overvægt er et andet eksempel, hvor kostændringer under graviditeten kan begrænse moderens vægtstigning, men er utilstrækkelige til væsentligt at bedre graviditetens udkomme.

Det anbefales derfor, at kvinder mellem 18 og 30 år tilbydes en rådgivende samtale om, hvilke sundhedsmæssige tiltag de med fordel kan gøre, inden de bliver gravide. Disse tiltag har potentiale til at bedre kvindens sundhed og det kan virke motiverende, at samtalen tager afsæt i perspektivet om en kommende graviditet og ønsket om at gøre det bedste for sit kommende barn.

Endvidere er prækonceptionel rådgivning et vigtigt bidrag til at reducere ulighed i sundhed, idet nogle af de væsentligste risikofaktorer i forbindelse med graviditet som rygning og overvægt har en klar social gradient. En forudsætning er, at prækonceptionel rådgivning bliver tilbudt systematisk til alle kvinder, inden graviditet opnås.

Den første del af svangreforløbet er derfor et tilbud om prækonceptionel rådgivning til alle kvinder mellem 18 og 30 år med henblik på at optimere deres sundhed, inden de bliver gravide.

3.1.1. Tidspunkt for prækonceptionel rådgivning

Det er en udfordring at finde det rette tidspunkt til prækonceptionel rådgivning. Både fordi ikke alle graviditeter er planlagte, og fordi der er meget stor forskel på, hvor lang tid der går, fra ønsket om graviditet opstår, til graviditeten er en realitet. Det er vigtigt, at samtalen finder sted på et tidspunkt, hvor kvinden begynder at overveje graviditet inden for de kommende år eller måneder, og den derfor giver mening for hende. Nogle emner kan med fordel tages op, længe før en graviditet indtræder, som fx fertilitet, vaccination eller vægttab, mens andre er mere relevante tættere på graviditeten, som fx folsyre, rygning, alkoholforbrug eller justering af en evt. medicinsk behandling.

Ca. 2/3 kvinderne i den fertile alder kommer til lægen i forbindelse med screening for livmoderhalskræft. Første gang når kvinden er 23 år og herefter hvert tredje år. Den praktiserende læge kan ved disse undersøgelser (så længe kvinden er i den fertile alder) kort drøfte evt. planer om graviditet. Hvis kvinden er begyndt at overveje graviditet, kan lægen rådgive om relevante sundhedsmæssige tiltag, kvinden selv med fordel kan gøre for at optimere en sund graviditet og fødsel af et så sundt og raskt barn som muligt. Lægen kan også tilbyde en konsultation til parret, hvor der rådgives om, hvilke sundhedsmæssige tiltag de sammen kan gøre forud for en graviditet fx rygestop eller vægttab.

Ved samtale om prævention eller fjernelse af spiral kan lægen ligeledes spørge til graviditetsønsker og – planer samt rådgive om de sundhedsmæssige fordele for både mor og det kommende barn ved iværksættelse af relevante tiltag, når det tidspunkt nærmer sig.

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.

3.1.2. Indhold i den prækonceptionelle rådgivning

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.

Samtalen i forbindelse med prækonceptionel rådgivning tager udgangspunkt i kvindens og evt. partners tanker, overvejelser om familieplanlægning og forventninger til eventuelt fremtidig graviditet. Den praktiserende læge vurderer på baggrund af sit kendskab til kvinden og hendes partner hvilke emner, der er relevante.

Følgende emner kan drøftes efter behov:

Fertilitet

- Alderens betydning for både undfangelse, graviditeten og fødselens forløb
- Beskyttelse mod seksuelt overførte sygdomme, ikke mindst klamydia (se kapitel 8)

Livsstilsfaktorer

- Folsyre (se kapitel 5)
- Alkohol og andre rusmidler (se kapitel 5)
- Tobak (se kapitel 5)
- Fysisk aktivitet (se kapitel 5)
- Overvægt (se kapitel 9)

Medicinske problemstillinger

- Opfølgning på vaccinationsstatus, herunder MFR, hepatitis B og boostervaccination for DTP, jf. kapitel 8
- Behandling med lægemidler, inkl. information om brug af håndkøbsmedicin under graviditet
- Kroniske behandlingskrævende medicinske eller psykiatriske tilstande
- Forekomst af genetisk betinget sygdomme i familien (cystisk fibrose, hæmoglobinopati, Down syndrom, m.v.)
- Konsangvinitet (forhold hvor parterne er beslægtede, fx fætter-kusine ægteskaber)

Andet

- Trivsel og mental sundhed
- Rejsevejledning ved forestående udenlandsrejser, henvisning til ssi.dk for specifik rådgivning
- Arbejds miljøet (se kapitel 5)
- Evt. sociale udfordringer
- Introduktion til linket Sundhed.dk information om graviditet

Boks

- Alle kvinder og deres partner i den fertile alder tilbydes prækonceptionel rådgivning i almen praksis
- Samtalen kan finde sted i forbindelse med screeningen for livmoderhalskræft, ved konsultation om prævention eller fjernelse af spiral samt ved 8-ugers undersøgelse efter fødslen med henblik på næste graviditet
- Emnerne omfatter bl.a. livsstilsrådgivning, medicinske problemstillinger, fertilitet

Boks slut

3.2. Grundforløbet i graviditeten

3.2.1. Grundforløbets overordnede struktur

Et Cochranereview undersøgte effekten af at reducere antallet af svangrekonsultationer (mellem 4-6 besøg med mulighed for ekstra behovsbesøg) mod 'standard-care' (mellem 13-14 besøg). Man fandt samlet, at den perinatale mortalitet var forøget for dem, der var randomiseret til den reducerede svangreomsorg. Ligeledes viste de individuelt randomiserede studier også, at gruppen med færre konsultationer havde en større risiko for præterm fødsel. Generelt var kvinderne mere tilfredse med tilbuddet i svangreomsorgen i de grupper, som modtog 'standard-care' (Dowswell 2015).

WHO anbefaler, at kvinder på verdensplan som minimum tilbydes 8 kontakter i graviditeten (her ikke iberegnet besøg efter GA 40+0) for at reducere forekomsten af perinatal mortalitet og forbedre kvindernes oplevelse af omsorgen. (WHO, 2016).

På den baggrund er grundforløbet sammensat af 2 konsultationer hos egen læge og 5 - 7 konsultationer hos jordemoderen. Konsultationerne er tidsmæssigt tilrettelagt ud fra obstetriske overvejelser om forhold, som man skal være særligt opmærksom på ved den pågældende gestationsalder. Derudover sikrer grundforløbet, at konsultationerne er fordelt hensigtsmæssigt i graviditeten. Raske gravide uden risici og med ukompliceret graviditet følger grundforløbet.

Alle gravide tilbydes desuden to undersøgelser af fostret i henholdsvis første og anden trimester, som beskrevet i *Retningslinjer for fosterdiagnostik* (Sundhedsstyrelsen 2017).

Grundforløbet er dynamisk, fordi det enkelte forløb varierer i både antal konsultationer og indhold, men også fordi andre relevante tilbud for den gravide kan kobles på. Et eksempel er tilbud om svømning til grupper af gravide med højt BMI eller tilbud fra Mødrehjælpen om særlig rådgivning i forhold til uddannelse og beskæftigelse efter endt barsel. Tilstøder der komplikationer i graviditeten, der gør det nødvendigt at involvere eksempelvis speciallæge, bør der tages fagligt stilling til, om andre kontakter eller undersøgelser i grundforløbet kan udledes.

Antal jordemoderkonsultationer i grundforløbet er fleksible, fordi 2 konsultationer ud af det samlede antal konsultationer er *flex-konsultationer*. Det drejer sig om graviditetsuge 15, og for de flergangsfødende også graviditetsuge 29. Flex-konsultationerne kan anvendes som opfølgning på ønskede iværksatte livsstilsændringer eller opfølgning på fx udtalte graviditetsgener, særlige bekymringer i graviditeten eller risikoopsoring, hvis kvinden har opdaget graviditeten sent.

Alle jordemoderkonsultationer er bygget op omkring en sundhedsfremmende dialog, hvor de kommende forældre sammen med jordemoderen tager beslutning om, hvad der skal ske i graviditeten, under og efter fødslen i forhold til emner, der kan tages beslutninger om i fællesskab. Helbredsundersøgelser, som led i risikoopsoring, er en integreret del af alle konsultationer, og den gravide introduceres til de forskellige tilbud så som fødsels- og familieforbereelse, gruppekonsultationer etc, som regionen tilbyder. Forberedelse til fødslen har et selvstændigt fokus sidst i graviditeten, medmindre kvinden tidligt udtrykker fødselsangst, som der må reageres på med særlige indsatser for at håndtere dette.

To udvalgte konsultationer med særligt indhold

To udvalgte jordemoderkonsultationer i henholdsvis **1.trimester og graviditetsuge 35** har et særligt indhold.

Første jordemoderkonsultationen ligger i 1. trimester fordi det er vigtigt at initiere sundhedsfremmende tiltag tidligst muligt i graviditeten ligesom rådgivning om afhjælpning af tidlige graviditetsgener også bør ske tidligt. Ved jordemoderkonsultationen i 1. trimester anbefales at udforme en individuel plan, hvor fødeafdelingens og de lokale kommunale tilbud kan vælges af den gravide ud fra de behov og ønsker, der er på dette tidspunkt. Derudover er der ved 1. trimester konsultationen et stærkt fokus på at drøfte og understøtte kvindens eventuelle egne ønsker for sundhedsfremmende aktiviteter og tiltag, samt en drøftelse af tanker og følelser i relation til graviditeten og det kommende forældreskab.

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. Derudover rummer samtalen tanker, ønsker og forventninger til den kommende fødsel. Samtalen afsluttes med at konkrete beslutninger og ønsker beskrives, således at det fremgår, hvad der er aftalt. Parret orienteres om, at det kan blive aktuelt at foreslå fravigelse af konkrete ønsker ved akutte eller sub-akutte kliniske problemer.

Indholdet af de enkelte konsultationer i grundforløbet er beskrevet nedenfor.

3.2.2. Henvisning til grundforløbet

Forudsætningen for at kvindens forløb er relevant, velkoordineret og i overensstemmelse med kvindens ønsker er, at oplysninger indhentes hurtigt, og at visitationen til det relevante forløb sker rettidigt og så korrekt som muligt.

Indgangen til grundforløbet er almen praksis. Når kvinden har konstateret, at hun er gravid, sker første konsultation hos egen læge i uge 6-10. Efter første konsultation fremsender egen læge, efter aftale med kvinden, oplysninger om kvindens helbredsmæssige og familiemæssige forhold til obstetrisk afdeling via svangrejournalen (i fremtiden forventeligt via en digital henvisning, se afsnit 2.8). Såfremt den alment praktiserende læge allerede ved første konsultation er bekendt med, at der er medicinske, obstetriske eller psykosociale forhold hos kvinden (eller i hjemmet), der giver anledning til særlig opmærksomhed, skal det fremgå af henvisningen. Dette med henblik på, at kvinden allerede her indplaceres på det rette ydelsesniveau (se beskrivelse af niveauer i kapitel 2). Det har betydning for kvindens helbred og fostrets udvikling, at der så tidligt som muligt sker henvisning til obstetrisk afdeling i forhold til de særlige omstændigheder, der kan knytte sig til den enkelte kvinde, hendes partner og/eller øvrige familie.

3.2.3. Indhentning af patientrapporterede oplysninger og visitation på obstetrisk afdeling

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 indkaldelse til første jordemoderkonsultation. Brugen af patientrapporterede oplysninger kan øge kvaliteten af visitationen, styrke patientinddragelse og give mulighed for at udnytte tiden i konsultationen bedst muligt (VIBIS 2016). Dette er et udviklingsområde. Der er aktuelt flere projekter i gang, herunder det nationale PRO-projekt, som forventes at offentliggøre et standardiseret spørgeskema til brug i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel i 2020.

Primær visitation på obstetrisk afdeling

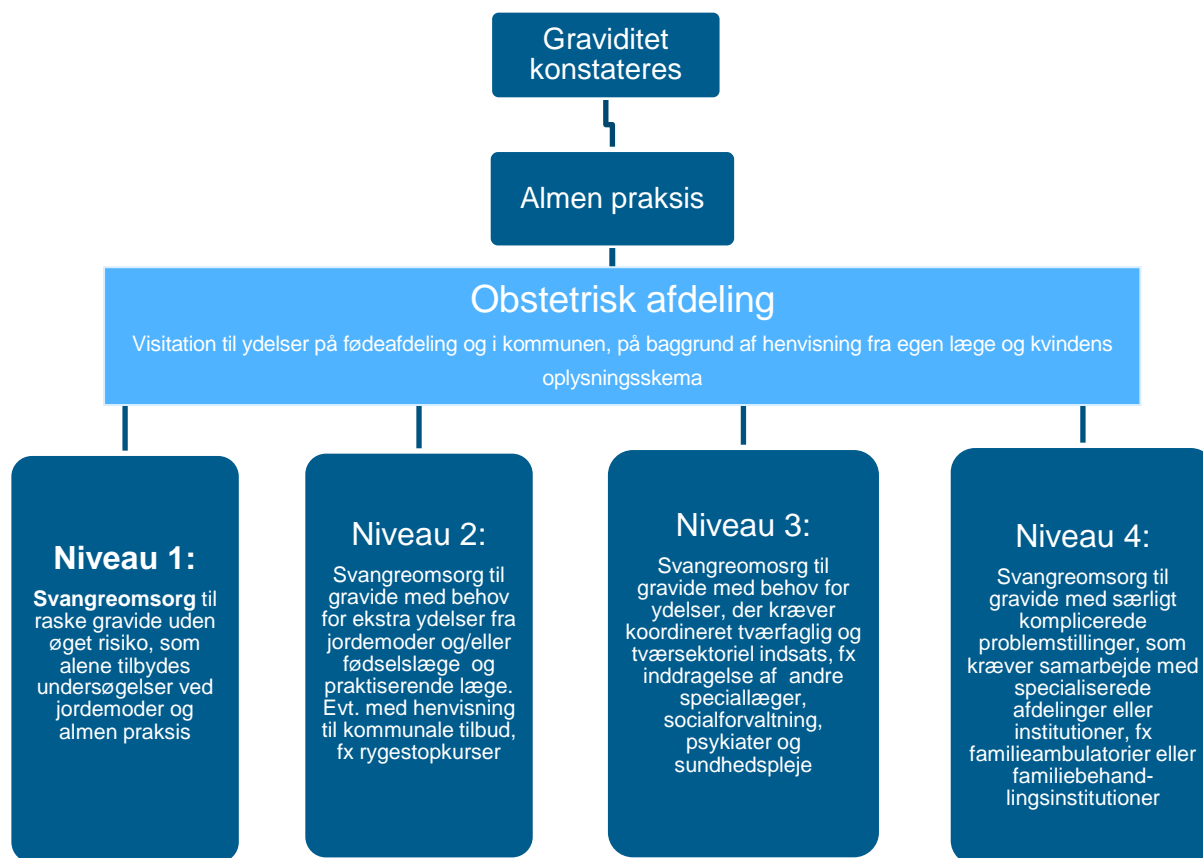
Svangrejournalen fra praktiserende læge og det oplysningsskema, som kvinden selv udfylder, danner således grundlag for den første visiterende vurdering på obstetrisk afdeling, og den initiale indplacering på niveau 1-4 fra almen praksis revurderes på baggrund af de samlede oplysninger. Den første jordemoderkonsultation senest i uge 10 kan således målrettes evt. særlige problemer, kvinden/parret har i forhold til graviditeten og familiedannelse. Erfaringsmæssigt har et fåtal af kvinder vanskeligheder ved at udfylde spørgeskemaet, fx pga læsevanskeligheder eller manglende IT-kundskaber. Såfremt kvinden ikke har udfyldt det fremsendte spørgeskema på forhånd, afsættes ekstra tid til den første konsultation, hvor jordemoderen udfylder spørgeskemaet sammen med kvinden.

Sekundær visitation og ydelser i det individuelt tilrettelagte forløb

Ved den første jordemoderkonsultation aftales det individuelle forløb med den gravide og hendes partner. Jordemoderen vurderer sammen med de kommende forældre indplacering på de fire niveauer, og de visiteres videre til den rette indsats (se afsnit 3.5.2).

Niveauerne knytter sig til de ydelser, kvinden skal tilbydes og dermed den individuelle plan for kvinden og parret – ikke til en vurdering af kvindens samlede situation. Indplaceringen på de fire niveauer kan således ændre sig i løbet af graviditeten. På niveau 1-2 er der tale om monofaglige ydelser ved jordemoder og/eller fødselslæge, på niveau 3-4 er der tale om tværfagligt og tværsektorielt samarbejde (jordemoder, læge på obstetrisk afdeling, praktiserende læge, andre speciallæger, sundhedsplejerske, socialrådgiver, familieambulatorie m.fl.) Se også kapitel 2.

Figur 3.1 viser det initiale forløb i grundpakken efter, at kvinden konstaterer graviditeten



3.3. Individualisering af svangreforløbet

For gravide, som ikke indplaceres på niveau 1 pga fx komplicerende sygdomme/tilstande eller komplicerede psykosociale forhold er grundforløbet udgangspunkt for et fleksibelt tilbud, som individualiseres efter behov.

Individuelle forløb kan have varierende antal af konsultationer og indhold alt efter de aktuelle kliniske og/eller psykosociale problemstillinger. Når der iværksættes individuelle ydelser, er det formålet beskrevet i konsultationerne i grundforløbet, som afgør om grundforløbets ydelser fortsat er relevante, eller om grundforløbet udgår til fordel for det individualiserede forløb. Individuelle forløb justeres løbende undervejs, når problemstillinger opstår, forværres eller løses.

Grundforløbet kan således suppleres med - eller i nogle tilfælde delvist erstattes af - eksempelvis:

- Forløb ved behov for ekstra rådgivning om ændring af livsstil fx i forhold til overvægt, rygning o.a.
- Konsultation med læge på obstetrisk afdeling
- Konsultation med tværfagligt/ tværsektorielt fokus under graviditet, fødsel og/eller barsel fx i forbindelse med psykiske lidelser eller kroniske sygdomme
- Ultralydsundersøgelse(r) med efterfølgende samtale med en jordemoder eller læge på obstetrisk afdeling og opfølgning på fosterdiagnostiske problemstillinger
- Specialiserede forløb til gravide, der venter tvillinger, kvinder der tidligere har mistet børn under graviditet og fødsel, andre med særlige behov som er beskrevet i kapitel 4, 9 og 14

- Besøg af sundhedsplejerske til sårbare og udsatte gravide, som beskrevet i kapitel 4
- Forberedelse til igangsættelse af fødsel

3.4. Former for kontakt

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

Individuel konsultation: samtale og vejledning med de kommende forældre. Den første jordemoderkonsultation sker altid som en individuel konsultation. Kontakterne i almen praksis er almindeligvis også individuelle konsultationer.

Gruppekonsultation: den enkelte gravide/parret vælger et forløb hos jordemoderen, hvor 4-8 gravide og deres partnere mødes ca. 1½ time pr. gang. Ved gruppekonsultation adskilles samtalen og den kliniske undersøgelse. De kliniske undersøgelser placeres før eller efter gruppekonsultationen, så gruppen har mulighed for at samles før jordemoderen kommer eller fortsætte deres samtale og samvær uden jordemoderen. Her skabes der mulighed for, at kommende forældre kan diskutere holdninger og erfaringer, udveksle ideer, forslag og løsninger i forhold til graviditet, fødsel og forældreskab. Desuden giver gruppekonsultationer mulighed for at udvikle personlige relationer, hvilket kan bidrage til netværksdannelse ud over graviditeten (Catling 2015).

Åben konsultation hos en jordemoder er et tilbud, som findes på flere hospitaler. Der er gode erfaringer med en ugentlig åben konsultation, hvor de kommende forældre har mulighed for at komme og drøfte spørgsmål, der bekymrer dem lige nu og her, men hos en jordemoder de ikke kender. De åbne konsultationer fungerer som en ekstra nødkontakt og er ikke en del af grundforløbet. De kan medvirke til, at fødeafdelingerne ikke opleves som svært tilgængelige, og kan til dels forebygge akutte henvendelser.

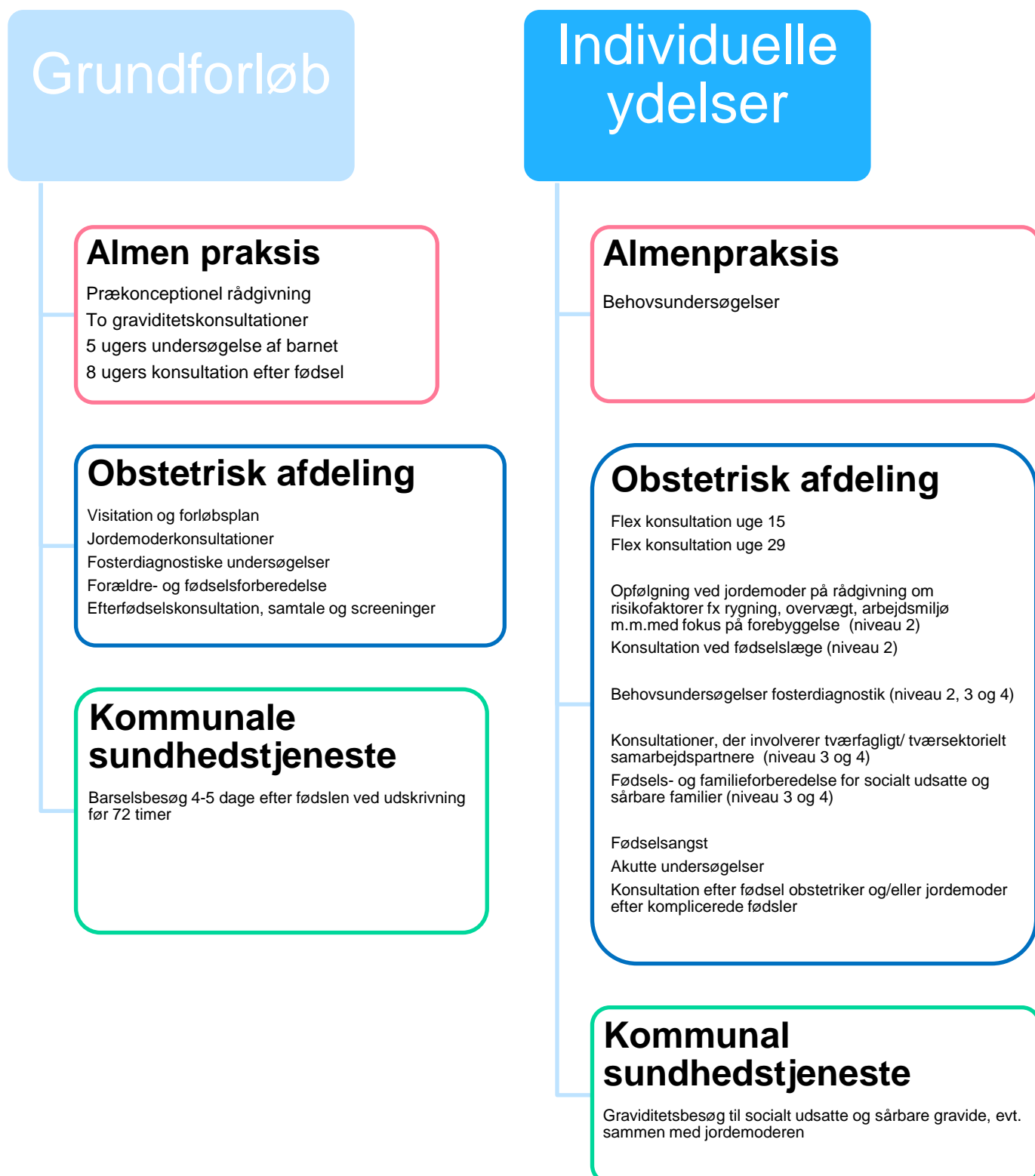
Hjemmebesøg med undersøgelser, samtale og vejledning sker, når de kommende forældre ønsker at føde hjemme i forbindelse med at fødslen i hjemmet skal planlægges. Det kan også ske på grund af en kompliceret graviditet, hvor jordemoderen tilbyder en konsultation i hjemmet for at aflaste kvinden. Når det 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.

Andre former for kontakter: endvidere kan der tilbydes åbent hus-arrangement med forskellige temaer, besøg på fødegang o.l.

Brugen af digitale muligheder som eksempelvis telemedicinsk kontakt ved jordemoder eller fødselslæge og digitale platforme med forskellige funktioner så som chat, facetime og app's er et område under udvikling.

Figur 3.2: struktur for svangreomsorgen



3.5. Indhold i konsultationerne

Det overordnede indhold i konsultationerne tager udgangspunkt i de fysiologiske, mentale og sociale aspekter, der er relevante i løbet af graviditeten. Risikoopsporing er altid en del af formålet med konsultationerne, ligesom der ved alle konsultationer tages udgangspunkt i de emner, de kommende forældre har behov for at drøfte med de fagprofessionelle. Kvindens mentale og fysiske velbefindende, graviditetsgener, arbejdssituation, særlige faresignaler i relation til gestationsalder samt tanker og overvejelser i forhold til den kommende fødsel, familiedannelse og forældreskab er ligeledes relevante emner i kontakterne med de kommende forældre.

Alle konsultationer indledes med en forventningsafstemning med henblik på at sikre inddragelse af forældrenes perspektiv, således at de oplever konsultationen som meningsfuld og relevant. Ved afslutning af konsultationen afklarer den sundhedsprofessionelle gennem feedback, om parret har fået talt om de emner, de ønskede, og om de er trygge frem mod den næste kontakt.

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

I 2. trimester bør der især være fokus på de fysiologiske forandringer, evt. arbejdsmæssige belastninger, forestillinger om det ventede barn og tilknytning til barnet, viden om-, ønsker til- og erfaringer med amning, forandringer i seksualiteten samt levevis.

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 forælderroller, barselsperioden 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.

Figur 3.3. Vejledende oversigt over tidsmæssig placering af kontakter i grundforløbet

Gest. uge	Indhold	Førstegangsfødende*		Flergangsfødende*		Bemærkninger
		Prakt læge	Jdm	Prakt læge	Jdm	
Uge 6 - 10	Henvisning til obstetrisk afdeling	X		X		
Uge 10	Visitation, individuel plan, sundhedsfremme og forebyggelse		X		X	
15	Flex-konsultation		(X)		(X)	Visitation ved sent opdaget graviditet og ved behov for opfølgning på første jordemoderkonsultation
22	Risikoopsporing, sundheds-		X		X	Hvis kvinden er tilknyttet for-

	fremme og opfølgning på beslutninger/tiltag					løb hos fødselslægelæge kan denne konsultation udelades
25		X		X		
29	Flex-konsultation		(x)		(X)	Rhesus neg + behov for konkret opfølgning
31	Risikoopsporing, sundhedsfremme og opfølgning på beslutninger/tiltag		X		X	
35	Fødselssamtale: Beslutninger om fødslen, ønsker og forventninger		X		(X)	
37	Risikoopsporing, sundhedsfremme og opfølgning på ønsker/beslutninger/tiltag		X		X	Ikke en del af grundforløbet
39	Risikoopsporing, sundhedsfremme og opfølgning på ønsker/beslutninger/tiltag		X		X	
41	Ikke en del af grundforløbet		(X)		(X)	
48-72 timer efter fødslen			X		X	
8 uger efter fødslen		X		X		

* Inden for begge grupper gravide tilpasses forløbet til den enkelte, således at der tilbydes flere eller færre konsultationer afhængig af de individuelle behov.

I det følgende beskrives kontakterne i almen praksis og hos jordemoderen i henhold til svangreomsorgens grundforløb, se figur 3.3. Ved alle kontakter er formålet med kontakten, undersøgelserne og samtalen beskrevet i hovedtræk.

3.5.1. Første konsultation i almen praksis - uge 6-10

Første undersøgelse i almen praksis omfatter helbredsundersøgelse, samtale og henvisning til obstetrisk afdeling. Den første konsultation bør ske så hurtigt som muligt, efter kvinden har konstateret graviditeten, idet der er et stort forebyggelsespotentiale i at iværksætte sundhedsfremmende tiltag så tidligt som muligt i graviditeten. Når kvinden bestiller tid opfordres hun til, at begge de kommende forældre deltager i konsultationen.

Formålet med den første graviditetskonsultation i almen praksis er:

- at vurdere kvindens helbredstilstand og psykosociale forhold i forhold til graviditet og fødsel med henblik på at lave den første indplacering på svangreomsorgens fire niveauer
- at informere om svangreomsorgens grundforløb og mulighed for individuelle ydelser samt tilbud om prænatal diagnostik
- at drøfte relevante forhold omkring kvindens og partnerens livsstil og mulighed for forandring, hvor det er ønskeligt i forhold til kvindens og barnets sundhed og helbred
- at henvise kvinden til den ønskede fødeafdeling

Undersøgelser

- Undersøgelser/urinmikroskopi/urinstix for nitrit og leucocytesterase, asymptomatisk bakteriuri. Ved positivt resultat suppleres med urindyrkning
- Urinstix for glukose og protein
- Måling af blodtryk
- Blodprøve til undersøgelse for blodtype og irregulære blodtypeantistoffer samt screening for hepatitis B, HIV og syfilis
- Doubletest (hvis kvinden ønsker prænatal diagnostik)
- MFR status (hvis kvinden ikke kender sin vaccinationsstatus)
- Baseret på anamnese undersøges ved særlig risiko for klamydia, gonorré, hæmoglobin, MCV, serumjern, D-vitamin status og screening for gestationel diabetes
- Gynækologisk undersøgelse/vaginaleksploration foretages kun på indikation

Læs mere i kapitel 6, 8 og 9 om de enkelte undersøgelser.

Indhold i konsultationen

Samtalen med de kommende forældre omfatter følgende emner:

1. Vurdering af kvindens helbredstilstand

Der optages grundig anamnese indeholdende vurdering af såvel fysisk som mentalt velbefindende, herunder om graviditeten har været planlagt. Evt. kroniske sygdommes betydning for graviditet og fødsel vurderes, herunder medicinindtag, og kvinden/parrets psykosociale forhold drøftes. Evt. arbejdsmiljømæssige risici for skadelig påvirkning af fostret og /eller kvindens helbred under graviditeten indgår ligeledes i anamnesen.

I samtalen indgår også forhold omkring evt. tidligere aborter og fertilitetsbehandlinger, tidligere graviditeter og fødsler, arvelige sygdomme i familien samt hvor det er relevant en vurdering af risici pga konsangvinitet med henblik på evt. henvisning til genetisk rådgivning.

Kvindens evt. graviditetsgener (kvalme, opkastninger, træthed) drøftes og vurderes i forhold til betydningen for graviditeten.

2. Generel information om svangreomsorgens grundforløb og øvrige tilbud

Svangreomsorgens fire niveauer og de ydelser, der knytter sig hertil præsenteres, og indplacering drøftes med parret. Der orienteres om tilbud om prænatal diagnostik og henvises til Sundhedsstyrelsen informationsmateriale på sst.dk herom.

Der informeres om og aftales tidspunkt for influenzavaccination, hvis det er det relevante tidspunkt på året.

3. Livsstil og kosttilskud

Kvindens evt. tobak- og alkoholforbrug drøftes og kvinden søges motiveret for rygestop og stop af brug af euforiserende stoffer, såfremt der er et forbrug. Parret orienteres om, at der vil ske henvisning til det regionale fami-

lieambulatorie ved brug af alkohol eller euforiserende stoffer. Kvinden orienteres om kosttilskud, herunder betydningen af folsyre, hvis kvinden ikke allerede er i gang. Øvrige emner præsenteret i kapitel 5 drøftes efter behov og relevans.

4. Henvi sning til obstetrisk afdeling

På baggrund af ovenstående udfyldes svangre- og vandrejournalen (i fremtiden forventeligt en digital henvi sning, jf. afsnit 2.8). Ved indplacering på niveau 3 eller 4 skal dette fremgå klart af henvi sningen til fødeafdelingen, således at det tværfaglige samarbejde kan etableres snarest muligt efter modtagelse af henvi sningen. Af henvi sningen skal desuden fremgå:

- Somatisk sygdom og/eller psykisk lidelse hos kvinden, herunder hvilken medicin kvinden tager
- Arvelige sygdomme i familien og konsangvinitet samt behovet for genetisk rådgivning
- Arbejds mæssige forhold af betydning for graviditeten

3.5.2. Første jordemoderkonsultation – senest uge 10

Den første jordemoderkonsultation er en individuel konsultation.

Henvi sningen fra praktiserende læge og det oplysningsskema, som kvinden selv udfylder, danner grundlag for fødeafdelingens primære visitation. Denne visitation følges op ved den første jordemoderkonsultation. Den første jordemoderkonsultation kan således på baggrund af de modtagne oplysninger målrettes de særlige problemstillinger kvinden kan have og som i så tilfælde skal varetages i forhold til parret.

Formålet med den første tidlige jordemoderkonsultation er primært sundhedsfremme med fokus på mulige tidlige livsstilsinterventioner samt at styrke parrets self-efficacy (Tilden 2016). Ved første konsultation tilrettelægges et individuelt tilpasset forløb i samråd med de kommende forældre. Desuden skal konsultationen give mulighed for at drøfte kvalme, træthed og andre graviditetsgener.

Derudover skal der i den første tidlige jordemoderkonsultation være opmærksomhed på, om der er sociale eller psykiske problemstillinger af en sådan karakter hos de kommende forældre, at der kan være behov for en forebyggende indsats eller særlig støtte til de kommende forældre og/eller til barnet efter fødslen. Se mere herom i kapitel 4.

Indhold i konsultationen

Samtalen tager udgangspunkt i henvi sningen fra almen praksis og kvindens selvrapporterede oplysninger og fokuserer på de emner, der er relevante for kvinden og hendes partner. Relevante punkter fra det elektroniske spørgeskema kan drøftes og uddybes. I løbet af samtalen danner jordemoderen sig et overblik over kvindens/familiens situation og baggrund, herunder både fysisk og psykisk helbred, mentale sundhed og trivsel med henblik på at tilrettelægge det forløb, der er behov for.

Samtalen med kvinden og hendes partner kan omfatte følgende temaer:

1. De forandringer graviditeten medfører

- Graviditetens udvikling og tanker om forældredannelse
- Graviditetsgener typiske for denne periode: kvalme, pletblødning, hovedpine, svimmelhed, træthed, brystspænding, ligamentsmerter, fysiologiske forandringer.
- Kroppens forandringer og kvindens kropsofattelse
- Parforholdet, seksualitet, bækkenbundstræning
- Hos flergangsfødende fokus på tidligere graviditet og fødsel.

2. Hvordan den gravide kan fremme egen og barnets sundhed

Jordemoderen undersøger, hvad parret i forvejen ved om sammenhængen mellem mors og barns sundhed under graviditeten, herunder viden om betydningen af mors livsstil i forhold til kostvaner, vægtøgning, rygning, alkohol og motionsvaner, som kan påvirke barnets udvikling og graviditetens forløb. Jordemoderen bygger videre på parrets viden og ved behov motiveres til konkrete positive livsstilsændringer og henvises til relevante tilbud.

Mental sundhed og de kommende forældres forhold og trivsel bør være et gennemgående tema ved alle konsultationer. Ved første konsultation er det et væsentligt tema, idet støtte og vejledning ved senere konsultationer kan tage afsæt heri, ligesom det kan have betydning for indplacering på det rette niveau og dermed tilbud om de rette ydelser.

Hvis relevant drøftes kvindens arbejdsmiljø.

3. Svangreomsorgens tilbud og det videre forløb

Formålet med jordemoderkontakterne og svangreomsorgens tilbud præsenteres og drøftes med parret. Sammen med kvinden og hendes partner tilrettelægger jordemoderen en individuel tilpasset plan for graviditeten og drøfter kvindens indplacering på svangreomsorgens fire niveauer med parret. Det vurderes i den forbindelse, om der er behov for at iværksætte særlige tilbud eller særlig støtte, som fx livsstilsrelaterede og/eller psykosociale interventioner. Sådanne tiltag bør iværksættes så tidligt som muligt i graviditeten af hensyn til både mor og barn. Nogle af disse tilbud vil være forankret i jordemodercentret eller på en obstetrisk afdeling, mens andre kan være forankret i kommunalt regi. Behov for særlige tilbud eller støtte indgår i den plan, der lægges for forløbet. Planen såvel som indplaceringen kan ændres efter behov i løbet af graviditeten.

Jordemoderen aftaler med de kommende forældre, om efterfølgende jordemoderkonsultationer skal foregå individuelt eller som gruppekonsultation, hvor den mulighed eksisterer. For gravide, som vælger gruppekonsultationer, kan fødsels- og forældreforberedelsen integreres i jordemoderkonsultationerne. Gravide, som vælger individuelle jordemoderkonsultationer, tilbydes at deltage i et fødsels- og forberedelseskursus jf. kapitel 10.

Undersøgelser

- Urinstix for glukose og protein
- Måling af blodtryk

3.5.3. Jordemoderkonsultation uge 15 – Flex-konsultation

Flex-konsultation i uge 15 tilbydes når:

- der er behov for opfølgning på emner, der blev drøftet ved første jordemoderkontakt herunder opfølgning på iværksatte initiativer fx rygestop eller vægttab eller svære graviditetsgener
- den gravide har meget udtalte graviditetsgener og har brug for opfølgning og fortsat rådgivning
- den gravide er visiteret til niveau 3 eller 4 (dog ikke hvis det skyldes kompleks somatisk sygdom, der involverer flere lægelige specialer)
- den gravide er sent visiteret til obstetrisk afdeling, og derfor ikke er blevet set af jordemoder i 1. trimester
- hvis en fødeafdeling ikke har tilbud til familier, der tidligere har mistet et barn i graviditeten (fx. tilbud om kendt jordemoderordning) kan man ved behov tilbyde et opfølgende besøg i uge 15

Konsultationens indhold, undersøgelser og dialog tager udgangspunkt i, hvad den gravide har brug for, og hvad jordemoderen vurderer er relevant.

Undersøgelser

- Urinstix for glukose og protein
- Måling af blodtryk

3.5.4. Jordemoderkonsultation - uge 22

Konsultationen kan være individuel eller i gruppe.

Ved gruppekonsultation deltager en mindre gruppe bestående af 4-8 gravide og deres partnere om muligt. Ved individuel konsultation deltager de kommende forældre.

Evt. kønsopdelte grupper ved gruppekonsultation

Afhængig af emne og ønsker kan de kommende forældre deles i to grupper i noget af tiden, så de har mulighed for at tale med andre af samme køn om emner som fx forældreskab, identitetsforandringer og ændringer i parforholdet. Det kræver forberedelse og pædagogisk tilrettelæggelse, hvis man ønsker at tilbyde dette, da processerne skal understøttes didaktisk, for at forældrene får noget ud af det.

Formål

- At vurdere graviditetens udvikling og drøfte kvindens og familiens trivsel
- At foretage risikoopsoring af præeklampsi, diabetes, væksthæmning af fosteret og truende for tidlig fødsel
- At støtte tilknytningen mellem forældre og barn
- At give opbakning i forhold til livsstilsændringer ved behov
- At drøfte forestillinger om, viden om og erfaring med fødsel, amning og barselstid
- At justere planen for resten af graviditeten og det videre forløb og niveau-indplaceringen ved behov

Indhold i konsultationen

Med udgangspunkt i self-efficacy og sundhedsfremme og de kommende forældres behov drøftes emner som forventninger til og ønsker om amning, tilknytning til det ufødte barn, seksualitet, samlivsglæder og -udfordringer, forældreroller og identitet, forberedelse til forældreskab, fysisk aktivitet, sund kost og evt. arbejdsmæssige belastninger.

Jordemoderen spørger til graviditetsgener typisk for gestationsalderen: ligament og bækkensmerter, søvnproblemer, uro i ben/kramper og humørsvingninger og til fornemmelsen af liv. Jordemoderen støtter og vejleder i forhold til de fysiske og mentale forandringer, herunder bækkenbundstræning inkl. instruktion. Desuden informerer hun om faresignaler så som udflåd, tyngdefornemmelse, blødning og smerter, og om hvornår og hvordan kvinden skal reagere på de forskellige signaler.

Undersøgelser

1. Vurdering af fostervækst og hjertelyd
2. Blodtryksmåling
3. Urinstix for glukose og protein
4. Vejning med henblik på rådgivning om vægtøgning, kost og fysisk aktivitet efter behov

3.5.5. Konsultation i almen praksis - uge 25

Formål

- At vurdere kvindens generelle trivsel, herunder evt. familiemæssige og arbejdsmæssige belastninger
- At vejlede i forhold til livsstilsændringer ved behov
- At foretage risikoopsoring af obstetriske komplikationer, herunder diabetes og bakteriuri
- At drøfte samliv og familieforhold

- At tage blodprøve på rhesus-negative gravide til bestemmelse af fosterets blodtype og undersøgelse for blodtypeantistoffer.

Indhold i konsultationen

Samtalen har fokus på kvindens familiemæssige og arbejdsmæssige situation. Den omfatter en drøftelse af det hidtidige graviditetsforløb på baggrund af spørgsmål og refleksioner fra de kommende forældre. Der følges op på vurdering af kvindens arbejdsmiljø, og hun informeres om at henvende sig, hvis hun får problemer med at varetage sit arbejde pga. graviditeten. Lægen kan orientere om muligheder for aflastning, omplacering eller evt. fraværsmedling. På dette tidspunkt vil graviditeten ofte berøre parrets samliv og/eller familiemønstre og evt. konflikter.

Der spørges til, om den gravide mærker liv, og hvornår hun skal reagere på ikke at mærke dette. Der spørges ind til evt. graviditetsgener typisk for gestationsalderen: Ligament og bækkensmerter, søvnproblemer, uro i ben/kramper og humørsvingninger.

Fødselsdepression kan starte i graviditeten og er vigtigt at opspore, da det kan få stor betydning for forældre og barns mentale sundhed og trivsel. Ved bekymring for tidlig udvikling af fødselsdepression hos enten kvinden eller den kommende far/partner kan lægen undersøge dette ved hjælp af den validerede Edinburgh Postnatal Depression Scale, der også kan anvendes i graviditeten. Læs mere i kapitel 14.

Undersøgelser

1. Livmoderens størrelse
2. Fosterets hjertelyd
3. Den gravides almentilstand, inkl. ødemer
4. Blodtryksmåling
5. Urinstix for glukose og protein
6. Urinundersøgelse for asymptomatisk bakteriuri
7. Vejning mhp fortsat rådgivning om vægtøgning, kost og fysisk aktivitet efter behov
8. Tage blodprøve på rhesus-negative gravide til bestemmelse af fosterets blodtype og undersøgelse for blodtypeantistoffer

Ad 5: Undersøgelsen kan foregå enten ved urinmikroskopi eller urinstix. Ved positiv urinmikroskopi eller ved urinstix positiv for nitrit eller leukocytter suppleres med urindyrkning. Der behandles med antibiotika ved signifikant bakteriuri i urindyrkning og altid ved fund af GBS. Læs mere i kapitel 8.

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.

Næste kontakt i almen praksis

Parret informeres kort om tidspunkt for første børneundersøgelse hos praktiserende læge 5 uger efter fødslen samt lægeundersøgelse af kvinden 8 uger efter fødslen, da familien forventeligt først møder lægen igen, når barnet er født.

3.5.6. Jordemoderkonsultation - uge 29

Konsultationen tilbydes individuelt eller i gruppe. Rhesus-negative gravide tilbydes altid konsultation i uge 29. For rhesus-positive er det en flex-konsultation, som kan tilbydes i tilfælde af:

- Behov for opfølgning på iværksatte initiativer ex. rygestop, vægtøgning i graviditet og særlige bekymringer i relation til graviditeten eller den kommende fødsel uden at have decideret fødselsangst
- Tidligere præeklamsi, væksthæmning eller præmatur fødsel
- Visitation til niveau 3 og 4
- Graviditet med udtalte graviditetsgener herunder smerter, hvor kvinden har brug for opfølgning og fortsat rådgivning

Formål

- At vurdere graviditetens udvikling og foretage risikoopsporing af præeklamsi, diabetes, væksthæmning af fosteret og truende for tidlig fødsel
- At drøfte den gravides velbefindende og parrets/familiens trivsel
- At foretage rhesus-profylakse

Indhold i konsultationen

Samtalen tager udgangspunkt i opfølgning på tidligere samtaler og undersøgelser samt den gravides eller parrets deltagelse i særlige interventioner som fx rygestop. Jordemoderen tager initiativ til en samtale om kvinden/parrets trivsel og tanker i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Barselstilbud og familiedannelsesproces drøftes. Der spørges til at mærke liv, og hvordan det opleves samt vejledes om at reagere ved mindre liv eller andre væsentlige forandringer med henblik på skabe tryghed og viden om, hvornår det er relevant at henvende sig til fødeafdelingen.

Undersøgelser

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

Rhesus profylakse

Gravide med RhD (rhesus)-negativ blodtype, som bærer et RhD-positiv foster, tilbydes indsprøjtning med 250-300 mikrogram anti-D immunglobulin, som beskrevet i afsnit 7.2.

3.5.7. Jordemoderkonsultation - uge 32

Konsultationen tilbydes individuelt eller i gruppe.

Formål

- At vurdere den gravides generelle trivsel, herunder blandt andet behovet for aflastning
- At tale om forventninger til fødsel og barselsperiode, evt introduktion til struktureret fødselssamtale ved næste konsultation
- At drøfte ønske om amning og forventninger hertil
- At foretage risikoopsporing af præeklamsi, diabetes, væksthæmning af fosteret og truende for tidlig fødsel
- At justere planen for resten af graviditeten og niveauindplacering ved behov

Indhold i konsultationen

Samtalen omfatter drøftelse af evt. graviditetsgener typisk for gestationsalderen: tyngdefornemmelse, søvnproblemer, plukkeveer, åreknuder, strækmærker, sure opstød, følelse af stød ned i skeden.

Kvinden informeres om særlige faresignaler så som blødning og smerter, tiltagende plukkeveer, kløe og om, hvornår og hvordan hun skal reagere på symptomerne.

Jordemoderen vurderer kvindens oplevelse af belastning i graviditeten, eksempelvis plukkeveer m.v. med henblik på at forebygge for tidlig fødsel (aflastning, fraværmelding, hjælp i hjemmet o.l.). Endvidere spørges til den gravides oplevelse af fosterets aktivitet, og jordemoderen opfordrer den gravide til at henvende sig, hvis hun mærker mindre liv.

Tanker, overvejelser og forestillinger om fødslen og barselsperioden drøftes, herunder partnerens rolle og opgaver under fødslen, ligesom netværk og barselsmuligheder for partneren er relevante emner ved denne konsultation.

Med udgangspunkt i *Amning – Håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen (nyeste udgave) supplerer og styrker jordemoderens den gravides og parrets self-efficacy og viden om amning, såfremt kvinden ønsker at amme. Jordemoderen vejleder om partnerens rolle i forhold til en velfungerende amning samt betydningen af hud-mod-hud kontakt efter fødslen, hyppig amning og gode ammestillinger. Se også afsnit 11.4 og 13.2.

Undersøgelser

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

3.5.8. Jordemoderkonsultation - uge 35

Konsultationen er individuel - Fødselssamtale

Formål

- At forberede de kommende forældre på fødslen gennem en struktureret fødselssamtale
- At vurdere graviditetens udvikling og drøfte den gravides velbefindende
- At foretage risikoopsoring af diabetes, præeklamsi og væksthæmning af fosteret
- At undersøge fosterstilling med henblik på at finde fostre, der ikke ligger i hovedstilling og visitere disse til ultralydsundersøgelse og evt. vendingsforsøg
- At vurdere fostervækst og -trivsel
- At have særlig opmærksomhed på svangerskabsforgiftning og leverbetinget graviditetskløe

Indholdet

Konsultationen i graviditetsuge 35 har, ud over risikoopsoring som ved alle konsultationer, især til hensigt at forberede de kommende forældre på fødslen. Det kan ske gennem en struktureret fødselssamtale, der indeholder en række på forhånd definerede relevante emner, som kan inspirere til samtalen om parrets ønsker og beslutninger i forhold til den kommende fødsel.

Styrkelse af kvindernes self-efficacy er set associeret til større evne til at håndtere fødselssmerter (Manning 1982) og til bedre perinatalt udkomme (Tilden 2016), hvorfor samtalen bør tilrettelægges ud fra dette. I samtalen om den forestående fødsel indgår tanker og overvejelser om fødslen, parrets mestringsstrategier samt hvordan kvinden/parret i forbindelse med fødslen kan udnytte egne ressourcer, reducere risici og fremme sundhed. Eventuel tidligere fødselsforløb drøftes.

Det er vigtigt, at jordemoderen understreger, at fødsler udvikler sig meget forskelligt, og at der kan blive behov for at afvige fra det ønskede og planlagte.

Ved jordemoderkonsultationen i uge 35 tilpasses konsultationsindhold i forhold til følgende grupper:

- Førstegangsfødende der sammen med jordemoderen skal aftale en individuel plan for den kommende fødsel og introduktion til fødeafdelingens barselstilbud. Se nedenstående beskrivelse af indhold til individuel plan til fødsel
- Flergangsfødende, som har kompliceret forløb bag sig, eller som har oplevet forløbet mindre tilfredsstillende, tilbydes en samtale. Gravide, som er tilknyttede andre tilbud så som konsultationer ved fødselsangst (se kapitel 11 om maternal request), sårbare gravid team, kendt jordemoderordning m.fl., laver plan for fødsel og barsel i det relevante regi. Se nedenstående beskrivelse af indhold til individuel plan til fødsel
- Flergangsfødende, som har et ukompliceret og godt fødselsforløb bag sig, tilbydes en kort konsultation med fokus på risikoopsoring, fosterstilling og tilvækst

Jordemoderen vejleder om vejtrækning, bevægelse, afspænding, fødselens stadier, muligheder for smertelindring, vandfødsel og indgreb under fødslen. Ligeledes informeres om kejsersnit, idet ca. hver femte fødsel foregår ved kejsersnit.

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

Jordemoderen skal sikre, at de aftalte beslutninger og ønsker videregives hensigtsmæssigt og i en form, der er let tilgængelig, så det er muligt hurtigt at orientere sig i planen, når den gravide indlægges til fødsel.

Undersøgelser

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

3.5.9. Jordemoderkonsultation - uge 37

Konsultationen tilbydes individuelt eller i gruppe

Formål

- At vurdere fostervækst og fosterstilling og drøfte den gravides velbefindende
- At foretage risikoopsoring af obstetriske komplikationer, herunder diabetes, præeklamsi, leverbetting graviditetskløe og væksthæmning af fosteret
- At drøfte spørgsmål til fødslen og forberede de kommende forældre til tiden efter fødslen, modtagelsen af det nyfødte barn og den allerførste tid med barnet

Indhold i konsultationen

Samtalen omfatter den gravide/parrets trivsel og evt. graviditetsgener typisk for gestationsalderen drøftes: søvnproblemer, plukkeveer, halsbrand, besværet ved fysiske aktivitet, hyppige vandladninger, ødemer og uro i ben.

Der følges op på fødselssamtalen i uge 35 med udgangspunkt i parrets tanker omkring den forestående fødsel. Samliv og prævention efter fødslen kan drøftes. Parret orienteres om, hvilke signaler, de skal være opmærksomme på, og hvor og hvorledes de henvender sig, når fødslen går i gang.

Hvis det ikke er drøftet i uge 35, gives information om undersøgelse og behandling af det nyfødte barn, herunder jordemoderens kliniske undersøgelse og de anbefalinger Sundhedsstyrelsen har i forhold til indgift af K-vitamin efter fødslen, tilbud om screening for medfødte metaboliske sygdomme og cystisk fibrose samt hørescreening mellem 48 og 72 timer efter fødslen.

Jordemoderen informerer om tilbud om efterfødselssamtale i forbindelse med undersøgelse af barnet på fødeafdelingen på tredjedagen.

Undersøgelser

- Vurdering af fostervækst, fosterstilling og hjertelyd
- Blodtryksmåling
- Urinstix for glukose og protein
- Vejning ved behov

3.5.10. Jordemoderkonsultation - uge 39

Konsultationen tilbydes individuelt

Formål

- At vurdere fostervækst og fosterstilling og drøfte den gravides velbefindende
- At drøfte den forestående fødsel og tilbud ved overskridelse af termin
- At foretage risikoopsoring af obstetriske komplikationer, herunder diabetes, præeklamsi og væksthæmning af fosteret

Indhold i konsultationen

Samtalen omfatter emner, som den gravide og hendes partner har behov for at drøfte samt opfølgning på de forrige konsultationer, herunder planen for fødslen og de kommende forældres forestillinger om fødslen.

Der spørges ind til evt. graviditetsgener typisk for gestationsalderen: søvnproblemer, plukkeveer, halsbrand, besværet ved fysiske aktivitet, hyppige vandladninger, ødemer og uro i ben.

Parret forberedes på de muligheder, parret vil blive præsenteret for ved graviditet ud over 40 uger.

Undersøgelser

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

3.5.11. Jordemoderkonsultation - uge 41

Konsultationen er en individuel konsultation og ikke en del af grundforløbet.

Formål

- At vurdere fostervækst og fosterstilling
- At foretage risikoopsoring af præeklampsi
- At drøfte beslutningsprocessen vedr. evt. igangsættelse af fødsel

Samtale

Jordemoderen taler med de kommende forældre om deres trivsel og tanker om den forestående fødsel og evt. bekymring over at gå over tiden. Fordele og ulemper ved igangsættelse og mulighederne for fortsat opfølgning drøftes. Læs mere i afsnit 9.10.

Undersøgelser

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

Jordemoderen henviser den gravide til fødselslæge med henblik på tilbud om igangsættelse senest ved uge 42+0.

3.6. Henvisning til obstetrisk speciallæge

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

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

3.6.1. Årsager til primær henvisning til læge på obstetrisk afdeling

- Usikker termin
- Arvelige sygdomme i familien
- Tidligere kirurgisk indgreb på uterus, fx myomectomi, conisatio
- Tidligere større abdominale indgreb
- Kvindelig omskæring

- Flerfoldsgraviditet eller mistanke herom
- Kronisk sygdom og andre særlige forhold hos den gravide, blandt andet medicinske eller neurologiske sygdomme
- Svær overvægt (BMI > 35) eller undervægt (BMI < 18)
- Psykiatriske lidelser
- Rusmiddelproblematik
- Sociale forhold, se kapitel 4.
- Tidligere kompliceret graviditet og/eller fødsel, blandt andet gentagne aborter (>3 konsekutive aborter i 1. trimester)
- Abort i 2. trimester herunder cervixinsufficiens
- RhD eller anden blodtypeimmunisering
- Svær præeklamsi eller HELLP i tidligere graviditet
- Tidligere kompliceret fødsel
- Tidligere fødsel ved sectio
- Tidligere traumatisk fødsel
- Tidligere dødfødsel eller neonatal død
- Tidligere fødsel af misdannet barn
- Tidligere fødsel af væksthæmmet barn
- Tidligere fødsel af large-for-gestational-age barn.

3.6.2. Årsager til henvisning til obstetrisk speciallæge i løbet af graviditeten

Komplicationer i den aktuelle graviditet som fx:

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

3.7. Efter fødslen

Svangreomsorgens forløb indeholder to kontakter efter fødslen med henblik på at følge op på, afrunde og skabe en afslutning på graviditets- og fødselsforløbet sammen med forældrene.

3.7.1. Jordemoderkonsultation 2.-3. dagen efter fødslen

På tredjedagen efter fødslen tilbydes en jordemoderkonsultation med henblik på at følge op på mor og barns tilstand efter fødslen, rådgive om amning og tilbyde screeningsundersøgelser af barnet. Endvidere drøftes fødsels forløb efter behov, og der informeres om mulighed for uddybende efterfødselssamtale. Der henvises til kapitel 13.

3.7.2. Undersøgelse i almen praksis 8 uger efter fødslen

Formål

- At vurdere moderens fysiske og mentale tilstand efter fødslen
- At drøfte familiens trivsel
- At drøfte prævention

Indhold i konsultationen

Samtalen omfatter moderens restitution efter fødslen samt familiens trivsel og netværk.

De kropslige og mentale ændringer, som finder sted i perioden efter fødslen, drøftes med udgangspunkt i forældrenes egne oplevelser. Der spørges til begge forældres mentale velbefindende og forældre-barn forholdet vurderes på baggrund af forældrenes oplysninger og lægens observationer inkl. 5 ugers-børneundersøgelsen. Især må lægen være opmærksom på tegn på fødselsdepression, manglende mental accept af den nye livssituation eller direkte afmagtsfølelser i forældre-barn relationen.

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.

Der spørges til evt. gener fra fødselsrelaterede traumer (urininkontinens, gener fra bristninger eller episiotomi m.v.), se kapitel 11. Genoptagelse af seksuallivet og valg af prævention drøftes.

Lægen spørger til kontakten til sundhedsplejersken og kan evt. følge op på undersøgelsen efter aftale med forældrene ved behov.

Helbredsundersøgelsen

- Gynækologisk undersøgelse tilbydes til kvinder, der har haft suturkrævende bristning. Kvinder, der har gener fra bristningen ved 8 ugers undersøgelse, tilbydes yderligere opfølgning seks måneder efter fødslen. Ved fortsatte gener på det tidspunkt henvises hun til gynækologisk afdeling for vurdering
- Vurdering af knibefunktion hos alle – gynækologisk undersøgelse ved behov. GU kan dog undlades hvis kvinden kan lukke omkring strålen under vandladningen, og hvis seksuallivet er genoptaget uden problemer
- Cervixcytologisk undersøgelse (smear), såfremt den har været udsat på grund af graviditeten

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

Hvis moderen har kronisk hepatitis B infektion, kan tredje vaccination gives til barnet ved denne lejlighed. Vaccinationen skal indberettes i vaccinationsregistret (DVD) via FMK. Se afsnit 8.9, tabel 8.1 og 12.10.

Referencer til kapitel 3

Beckmann MM et al (2014). Does preconception care work? Aust N Z J Obstet Gyna ecol. 54(6):510-4. doi: 10.1111/ajo.12224.

Catling CJ et al (2015). Group versus conventional antenatal care for women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD007622. DOI: 10.1002/14651858.CD007622.pub3

Dowswell T et al (2015). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub3

Hemsing N et al (2017). Preconception health care interventions: A scoping review. Sex Reprod Healthc. 14:24-32. doi: 10.1016/j.srhc.2017.08.004. Epub 2017 Aug 19.

Stephenson J et al (2018). Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. Lancet 391(10132):1830-1841. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30311-8. Epub 2018 Apr 16. Review. Erratum in: Lancet. 2018 May 5;391(10132):1774.

Sundhedsstyrelsen (2017). Retningslinjer for fosterdiagnostik.

Temel S et al (2014). Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. Epidemiol Rev. 36:19-30. doi: 10.1093/epirev/mxt003.

Tilden EL, Caughey AB, Lee CS, Emeis C. The Effect of Childbirth Self-Efficacy on Perinatal Outcomes. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2016 Jul-Aug;45(4):465-80. doi: 10.1016/j.jogn.2016.06.003. Epub 2016 Jun 9.

VIBIS 2016. Program PRO. Anvendelse af PRO-data i kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen – anbefalinger og vidensgrundlag. ISBN 978-87-996473-3-0

WHO 2013. Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health. Policy Brief.

4. Sårbare og socialt udsatte gravide

Tilrettelæggelsen af særlige indsatser for sårbare gravide, som har belastninger af forskellig karakter og socialt udsatte gravide med alvorlige psykosociale udfordringer og problemer, har stor betydning for forebyggelse af graviditets- og fødselskomplikationer, for barnets sundhed og helbred på både kort og langt sigt og for reduktion af ulighed i sundhed - også i et livsperspektiv.

Der er hyppigere forekomst af for tidlig fødsel, dødfødsler, lav fødselsvægt, misdannelser og spædbarnsdød hos børn født af socialt udsatte kvinder, ligesom sårbarheder i form af psykisk lidelse, svigt og overgreb i opvæksten og traumatiske oplevelser som voksen kan få stor betydning for graviditetens forløb og udkomme (Bilsteen 2018 a og b, Broden 2007, Johansen 2007).

4.1. En særlig indsats er påkrævet

Formålet med særlige indsatser tilrettelagt for sårbare og socialt udsatte gravide, som er vurderet til at tilhøre svangreomsorgens niveau 3 eller 4, er at mindske risikoen for obstetriske komplikationer og bedst muligt understøtte fødslen af et sundt barn uden helbredsmæssige problemer. Formålet er desuden at sikre, at der sker en tidlig opsporing af sociale problemstillinger eller andre vanskeligheder hos de kommende forældre, således at der kan sættes tidligt og forebyggende ind med hjælp og støtte til sårbare og socialt udsatte vordende forældre og nyfødte børn.

Den sundhedsfaglige indsats for socialt udsatte og sårbare forældre indebærer bl.a. at understøtte tilknytningsprocessen mellem barnet og dets forældre allerede i graviditeten og i den første tid efter fødslen, samt at være opmærksom på at underrette kommunen i de tilfælde, hvor det må antages, at der vil være behov for særlig støtte til barnet og/eller familien, se bilag 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).

Tillid mellem kvinden/parret og de sundhedsprofessionelle er essentiel for, at kommende forældre med behov for særlig støtte i graviditeten og i den første tid som forældre får præcis den støtte, de har brug for i forberedelsen til at blive forældre. Forældrenes behov kan være af meget forskellig karakter og være betinget af såvel mentale, sociale som fysiske og andre sårbarheder, der ikke nødvendigvis er knyttet til en social udsathed - men kan være det. 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.

4.2. Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde

Det tværfaglige- og sektorelle samarbejde mellem sundhedspersonale og socialforvaltning i kvindens kommune er af største betydning, når det gælder den tidlige indsats for at sikre barnets sundhed og trivsel. Sårbare og socialt udsatte gravides problemstillinger er som oftest multifacetterede. Det kræver tillid og tæt samarbejde mellem den gravide og en lang række forskellige fagpersoner og myndigheder med henblik på at forebygge både fysiske og mentale skader hos barnet og styrke familiens mestringsevne og sundhed i bred forstand. Det drejer sig typisk om samarbejde mellem jordemoder og speciallæge i obstetrik og praktiserende læge, sundhedsplejerske, psykiater og/eller andre lægefaglige specialister, socialforvaltningen, familieambulatorier og andre fx lokale frivillige eller mentorer.

Tværasektorielle samarbejdsaftaler fx i regi af sundhedsaftalerne og med inddragelse af socialforvaltningen, hvor det er påkrævet, sikre og stabile arbejdsgange, samt gode professionelle relationer er med til at forbedre kommunikationen og fastholde den tillidsfulde relation og det tværasektorielle samarbejde til gavn for de sårbare og socialt udsatte gravide og det ventede barn. Samarbejdet vil ofte være ved gensidig orientering, herunder underretninger, når dette vurderes nødvendigt, jf. bilag 1.

4.2.1. Tværfagligt team med særlig ekspertise i forhold til sårbare og socialt udsatte

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.

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. En individuel tilrettelagt indsats kræver overblik over alle regionens og kommunernes tilbud samt koordinering mellem de mange relevante parter. Det anbefales derfor at beskrive en tovholderfunktion, se nedenfor.

4.3. Tilrettelæggelse af indsatsen

Såfremt en systematisk og målrettet samtale i forbindelse med den første graviditetsundersøgelse afdækker, at den gravide kvinde eller parret har udfordringer, der betyder, at kvinden skal have ydelser på niveau 3 eller 4 (se afsnit 2.3 for beskrivelse af niveauerne) tilbydes kvinden et skræddersyet forløb, jf. kapitel 3. Kvindens/parrets problemstillinger afgør herefter, hvilke samarbejdspartnere, der inddrages i indsatserne. Såfremt de sociale problemer er af et sådant omfang, at der kan være behov for særlig støtte til barnet efter fødslen, skal kommunen inddrages med henblik på at foretage en børnefaglig undersøgelse efter servicelovens §50, stk. 9, jf. bilag 1. De kommende forældre inddrages aktivt i prioriteringen af indsatserne i forhold til familiens øvrige samlede situation. Indsatsen og niveauindplaceringen justeres gennem graviditeten i dialog med kvinden/parret og relevante parter, herunder socialforvaltningen.

4.3.1. Tidlig kontakt til kommunen/ den kommunale sundhedstjeneste

Så tidligt som muligt etablerer den praktiserende læge eller jordemoderen kontakt til kvindens hjemkommune med henblik på at etablere en langsigtet indsats i forhold til de vanskeligheder, kvinden/parret har. Jordemoderen motiverer tidligt i graviditeten kvinden til at indlede samarbejde med sundhedsplejersken og faciliterer et møde, således at en vidensdeling omkring den gravide tidligt i forløbet kan komme både de kommende forældre og det nyfødte barn til gode. 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.

4.3.2. Tidlig inddragelse af obstetrisk speciallæge

På grund af øget risiko for obstetriske komplikationer henvises socialt udsatte gravide til obstetrisk vurdering så tidligt som muligt. Jordemoderen og lægen på den obstetriske afdeling tager stilling til behovet for en tværfaglig- og -sektoriel indsats og lægger sammen med den gravide og hendes partner en plan for forløbet. Sundhedsfaglige personer, der varetager specielle obstetriske opgaver, har kun relativ kort tid til at etablere samarbejdet med den gravide, og identificere de behov, der skal imødekommes samt iværksætte indsatser, der er

nødvendige af hensyn til både mor og barns sundhed. Det gælder både i forhold til selve graviditeten og i forhold til familiens levestandard og livsomstændigheder. Det er derfor vigtigt med en systematisk opsporing af sårbare og socialt udsatte gravide tidligt i graviditeten, således at der er den nødvendige tid til at etablere et godt samarbejde med parret.

Opstår der undervejs i graviditeten nye problemer eller tilstande, som betyder, at kvinden skal indplaceres på et andet niveau, revideres planen og de ydelser, kvinden/parret tilbydes i resten af graviditeten. Det kan fx dreje sig pludselige sociale begivenheder som tab af job eller bolig, alvorlig sygdom i nærmeste familie, skilsmisse eller psykosociale problemer som fx partnervold, angst eller depression opstået i løbet af graviditeten. Det sundhedsfaglige personale omkring familien skal derfor være opmærksom på, at det kan være nødvendigt at justere planer og indsatser undervejs, når problemer opstår, udvikler sig eller løses, herunder også at inddrage andre faggrupper.

4.4. En fleksibel indsats med basistilbud og en bred palet af supplerende tilbud

4.4.1. Indsatsens indhold

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.

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 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

For kvinder med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler er etablering af kontakt til regionens familieambulatorier påkrævet. Gravide kvinder med et alvorligt rusmiddelforbrug tilbydes en kontrakt om tilbageholdelse, læs mere i afsnit 4.5.1 og bilag 1.

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
- 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.

4.4.2. Kontinuitet i jordemoderordningen

Kontinuitet i jordemoderordningen som fx kendt jordemoderordnings formål er, at den gravide/parret følges af samme jordemoder eller et lille antal jordemødre igennem graviditet, fødsel og kort tid efter fødslen. Kendt jordemoderordning giver en oplevelse af sammenhæng gennem graviditet, fødsel og barsel, hvilket de sårbare og socialt udsatte gravide har særlig brug for (Jepsen 2016, Sandall 2016).

Der er evidens for, at kontinuitet i såvel omsorg som omsorgsperson fører til en oplevelse tryghed og tillid (Beake 2013, Jepsen 2016, Jepsen 2017, Sandall 2016, Perriman 2018). Tryghed og tillid er helt afgørende for at sikre udviklingen af tilknytnings- og familiedannelseskompetencer hos gravide på niveau 3 og 4 samt deres partnere (Beake 2013).

Forskning om sårbare gravide i kendt jordemoderordning viser:

- at oplevelsen af tryghed og tillid får sårbare par til i højere grad at stille spørgsmål og deltage mere aktivt i jordemoderkonsultationen (Jepsen 2017, Beake 2013)
- at sårbare par tager del/inddrages i ansvaret for graviditeten og familiedannelsen, og at de oplever fælles beslutningstagen (Jepsen 2017)
- at fremmødet øges, fordi jordemoderen kender parrene og er opsøgende (Jepsen 2016)
- at de oplever en individualiseret omsorg eller at jordemoderen prioriterer denne (Jepsen 2017, Beake 2013)
- at partnerskabet og den gode relation fremmes (Beake 2013)
- at ammefrekvensen stiger blandt sårbare kvinder, der går i kendt jordemoderordning (Homer 2017)

International forskning viser generelt flere spontane fødsler og færre indgreb, når der er tale om jordemoderledet 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 dage indlagt (Raymont-Jones 2015). Derudover inddrager jordemødrene hyppigere andre specialiserede personalegrupper (Raymont-Jones 2015).

4.4.3. Tværfagligt graviditetsbesøg i hjemmet og tæt opfølgning i barselsperioden

Erfaringer viser, at det er relevant, at et tværfagligt team (efter aftale med kvinden) tidligt i graviditeten etablerer kontakt til hjemkommunen med henblik på at skabe et sammenhængende graviditets- og barselsforløb. 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. Besøget har til formål at etablere relationer og tillid mellem sundhedspersonalet og familien med henblik på at danne et professionelt netværk, yde støtte til praktiske tiltag samt give konkret rådgivning i forbindelse med den første tid hjemme med barnet. 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 (Sundhedsstyrelsen 2018).

4.4.4. Støtte- og følgeordninger til lokale jordemodercentre og alternative kommunikationsformer

For at fastholde sårbare eller socialt udsatte kvinder i svangreomsorgens tilbud om undersøgelser mm. anbefales at etablere støtte- og følgeordninger, såfremt kvinderne er motiverede for dette. Støtte – og følgeordninger

kan være den hjælp, der gør, at kvinderne gør brug af svangreomsorgens tilbud, hvilket øger sandsynligheden for en sund graviditet med fødsel af et raskt barn (Sundhedsstyrelsen 2017).

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 e-Boks anvendes, bør personalet sikre sig, at kvinden ikke er undtaget for brug heraf. Såfremt det er tilfældet, skal indkaldelse ske på anden vis (Sundhedsstyrelsen 2017).

Sociale medier er en brugbar og interaktiv platform, der kan anvendes til at formidle informationer om tilbudene i den skræddersyede indsats og bidrage til at fastholde kvinderne, især i gruppetilbuddene. SMS kan anvendes som erindringsredskab fx i forhold til aftaler, men må ikke indeholde personfølsomme data. Brug af sociale medier, SMS mm skal overholde reglerne i databeskyttelsesloven (lov nr. 503 af 23/5/2018).

4.4.5. Tværfaglige netværksmøder og aktiviteter

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.

4.4.6. Særligt udviklet familie- og fødselsforberedelsestilbud

Socialt udsatte og sårbare gravide kan have behov for særlige tilbud i forhold til familie- og fødselsforberedelse. Det kan dels skyldes vanskeligheder ved at indgå i grupper dels hensyntagen til de særlige problemstillinger, kvinderne kan have, og som de ikke ønsker at dele med andre ud over de sundhedsprofessionelle. Se kapitel 10.

4.5. Særlige grupper af sårbare og socialt udsatte gravide kvinder

Fælles for de nedenfor beskrevne grupper af gravide med behov for særlig støtte gælder, at der er et stort forebyggelsespotentiale i tidlig indsats. Beskrivelsen er ikke udtømmende. Særlige opmærksomhedspunkter beskrives nedenfor som supplement til den øvrige tilrettelæggelse af indsatsen.

Når det gælder gravide med psykiske lidelser, henvises til kapitel 14 for særlige opmærksomhedspunkter.

4.5.1. Gravide med aktuelt eller tidligere brug af afhængighedsskabende medicin, og/eller rusmidler som alkohol og narkotika - Familieambulatoriet

Når det gælder gravide med aktuelt eller tidligere brug af afhængighedsskabende medicin og/eller rusmidler som fx alkohol og narkotika er tidlig indsats af afgørende betydning for det ufødte barns vækst, udvikling og helbredstilstand samt for familiens trivsel og fremtid. De regionale familieambulatorier er ansvarlige for og varetager opgaverne i relation til indsatsen for den gravide og hendes familie, idet opgavens høje kompleksitet kræver særlige kompetencer (Sundhedsstyrelsen 2009, Sundhedsstyrelsen 2010). 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.

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 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.

Personalet på den obstetriske afdeling skal inddrage den kommunale sundhedstjeneste allerede tidligt i graviditeten. Den obstetriske afdeling og kommunen tager i samarbejde med den gravide inden fødslen stilling til hvilken indsats og støtte, der er påkrævet efter fødslen.

Nogle kvinder med psykiske lidelser kan ud over deres psykiske lidelse have et forbrug af alkohol eller andre rusmidler, der kræver henvisning til det regionale familieambulatorie. I den systematiske opsporing af gravide med særlige behov tidligt i graviditeten skal der derfor være særlig opmærksomhed på disse kvinder.

Lovgivningen på området, herunder behandling med mulighed for tilbageholdelse af gravide med misbrug af rusmidler som alkohol og narkotika, er beskrevet i bilag 1.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- at etablere samarbejdsalliance med den gravide og hendes partner og etablere behandling
- at motivere til at reducere og om muligt helt stoppe forbrug af alkohol/rusmidler; dette også i forhold til partner
- at fastholde den gravide og hendes partner i behandling
- at iværksætte psykiatrisk/psykologisk behandling ved behov
- at afklare ønsker om og mulighed for at amme
- at drage omsorg for forældrene såfremt anbringelse bliver nødvendig
- at sikre vejledning om antikonception efter fødslen
- at tilbyde kvinder med aktivt misbrug en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse

4.5.2. Vold i familien

Vold forekommer i alle samfundslag med en overhyppighed blandt socialt udsatte og kan være af både fysisk, psykisk og seksuel karakter. Prævalensen på vold mod gravide anslås i internationale undersøgelser til 4-9 % (Devries 2010). Præcise danske tal savnes. Forekomsten er dog vanskelig at estimere, da den er afhængig af definitionen af vold, anvendt metodologi og kulturelle forhold. Det er vist, at opsporingsraten fremmes, hvis man tager emnet op flere gange under graviditeten (Gazmararian 1996, Stenson 2001).

Kommunen skal altid underrettes ved mistanke om vold i familien, se bilag 1.

Vold forekommer ofte i familier med rusmiddelproblemer og kan være vanskelig at identificere, da det er tabubelagt og forbundet med stigmatisering. Der kan være barrierer hos sundhedspersonalet i forhold til at spørge ind til vold i familien, der yderligere kan vanskeliggøre opsporing og samtale om emnet. I den systematiske opsporing er det derfor væsentlig at spørge konkret til, om der er vold i familien og i givet fald afdække, om der er problemer med alkohol, stoffer og/eller medicin og dermed henvise til regionens familieambulatorium. Der findes ikke et valideret instrument på dansk til at afdække sådanne forhold.

Uanset om volden er relateret til et rusmiddelproblem eller ej, skal der iværksættes specifik behandling og/eller andre indsatser, der tager sigte på at løse såvel voldsproblemet som rusmiddelproblemet. Sundhedspersonale må desuden være opmærksom på at opspore angst og/eller depression under graviditeten, da voldsramte kvinder er i øget risiko for depression, og barnet vil være i risiko for at blive ramt af volden.

Den perinatale dødelighed er forøget, tillige med at risikoen for for tidlig fødsel, lav fødselsvægt og "small for gestational age" forekommer hyppigere blandt børn født af voldsramte kvinder end blandt børn født af kvinder, der ikke er udsat for vold (Coker 2004, Alhusen 2015). En del af dette skyldes, at kvinder, der lever i et voldeligt parforhold, har øget risiko for traumer mod maven og dermed øget risiko for abruption placenta (Leone 2010). En del af forklaringen kan tilskrives, at vold er associeret med andre livsstilsfaktorer, der disponerer til samme komplikationer. (Coker 2004, Alhusen 2015) 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 (Radtko 2011).

Såfremt kvinden er klar til at forlade den voldelige partner, skal hun støttes heri. Personalet må imidlertid anerkende, at det ikke nødvendigvis er kvindens ønske her og nu og må derfor drøfte med hende, hvorledes hun vil håndtere evt. voldelige episoder i graviditeten, herunder hvorledes hendes netværk kan hjælpe hende i en akut situation. Det vil desuden være relevant, såfremt kvinden er enig heri, at inddrage kvindens kommune med henblik på eventuelt at hjælpe kvinden til et kvindekrisecenter. Kvinden har også selv mulighed for at henvende sig til kvindekrisecentret uden forudgående kontakt til kommunen og har mulighed for at opholde sig anonymt på krisecentret.

Kvinder, der har været udsat for vold, er i risiko for flashback pga. smerterne og fødslen i sig selv, hvorfor hun skal støttes særligt i den forbindelse. Fødselsforløbet skal derfor i videst muligt omfang drøftes indgående med kvinden, inklusiv potentieller reaktioner, før fødslen.

Opmærksomhedspunkter:

- Kontinuerlig og stabil kontakt til én sundhedsperson, der på bedst mulig vis kan støtte kvinden (tovholder)
- Underretning til kommunen om bekymring for det kommende barn og for evt. ældre søskende grundet vold i familien, jf. bilag 1
- Understøtte den gravide i at anmelde volden, hvis hun er klar til dette. Hvis ikke, da tilbyde parret eller manden terapi, psykoedukation eller lignende
- Henvise til et krisecenter eller mor-barn-center, såfremt den gravide er klar til dette. Hvis kvinden ikke ønsker at forlade den voldelige partner, klarlægges alternative muligheder, herunder hvad der skal ske i en akut situation
- Identifikation af ressourcer i den gravides netværk
- Om muligt og ønskeligt for den gravide inddrage frivillige med erfaring med voldsramte kvinder

4.5.3. Kommende forældre, som har været udsat for seksuelle overgreb, voldtægt eller tortur

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

For torturofre kan graviditeten, der indeholder vente- og uvishedsaspektet, minde om fængsling og tilbageholdelse og kan derfor opleves som en belastende periode. De fysiske undersøgelser kan fremkalde angst og ubehag. Visse former for tortur kan have medført skader på bækken eller reproduktive organer – skader, der kan føre til graviditets- eller fødselskomplikationer.

Har kvinden været udsat for tortur, henvises altid til obstetrisk speciallæge, der i samråd med kvinden, hendes jordemoder og den praktiserende læge tidligt i graviditeten vurderer behovet for psykologisk/psykiatrisk behandling. Såfremt faderen har været udsat for overgreb i form af tortur eller andet, kan han også opleve, at traumerne reaktiveres i forbindelse med graviditet og fødsel. Hvis han vælger at være med til fødslen, kan det være en fordel, at han har en støtteperson med. Faderens traumatisering kan påvirke familien meget, og han kan ligeledes have behov for støtte og psykologisk hjælp.

Kvinder og mænd, der har været udsat for overgreb, vil sjældent uopfordret nævne det. Selv direkte adspurgt må man forvente, at mange ikke magter eller ønsker at give oplysning om sådanne oplevelser. For sundhedspersonale kan det derfor være vanskeligt at identificere problemets karakter og omfang, og det kan næppe ske med mindre, der spørges – måske gentagne gange – direkte om det. Når overgrebene er identificeret, er det

vigtigt, at tilliden fastholdes gennem samtaler. Sundhedspersonalet bør have særlig opmærksomhed på psykosomatiske symptomer på grund af tidligere oplevelser, der er lagret i kroppen, og gennem målrettet og individuel fødselsforberedelse forebygge angst for fødslen.

Familien kan have behov for ekstra omsorg i barselsperioden, da barnets gråd kan reaktivere traumer. Den tætte kropskontakt med barnet ved amning kan ligeledes reaktivere tidligere traume, fx voldtægter eller tortur. Når det gælder voldtægtsofre, kan sundhedspersonale ved særlige behov søge rådgivning hos de regionale centre for voldtægtsofre.

Opmærksomhedspunkter:

- Der må sikres kontinuerlig og stabil kontakt til den sundhedsperson, der tager hånd om problemet
- Tæt samarbejde med kommunen i forhold til en tværfaglig indsats for familien (fx særlig støtte til familien i hjemmet)
- Der skal tages særlige hensyn til den gravides ubehag ved fysiske undersøgelser
- Sundhedspersonalet må være opmærksom på psykosomatiske symptomer
- Drøfte amning tidligt i graviditeten samt at være opmærksom på kvindens reaktioner, når barnet lægges til og i forbindelse med etablering af amning
- Fødeplan lægges tidligt i graviditeten med henblik på at forebygge angst for fødslen og orientere kvinden om muligheder for smertelindring
- Under fødslen skal jordemoderen være særlig opmærksom på kvindens og/eller mandens reaktioner og sikre effektiv smertelindring i samråd med kvinden

4.5.4. Migration og mulige kulturelle barrierer i sundhedsvæsenet

Stigende migration skaber multiethnisk samfund, og udover de obstetriske komplikationer, der er beskrevet i kapitel 1, kan kultur og sprog være barrierer i adgangen til og kommunikationen med sundhedsprofessionelle (Mengesha 2017 og 2018). Det er derfor nødvendigt at udvikle kompetencer i forhold til mødet med migranter med henblik på at kunne opnå fælles forståelse af betydningen af de sundhedsfremmende og forebyggende tilbud og indsatser i graviditeten (Sundhedsstyrelsen 2007). Det drejer sig fx om rummelighed, kendskab til forskellige kulturer, kommunikative evner og den nødvendige tid i mødet med de kommende forældre.

Der er forskellige fødselskulturer, hvilket også gælder inden for de europæiske lande. Dette må tages i betragtning, når svangreomsorgen tilrettelægges for gravide med anden baggrund end nordisk. Der kan fx efterspørges medicinske behandlinger frem for rådgivende, sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, hvilket kan afspejle den fødselskultur, den gravide kender fra oprindelseslandet eller at den gravide ikke er vant til de hyppige konsultationer i løbet af graviditeten, som tilbydes i Danmark. I nogle kulturer er den kommende fars rolle meget tilbagetrukket, men i et nyt land, måske kun med lille netværk, kan der være behov for at inddrage faderen mere, end det er vanligt i hjemlandet, hvorfor fx forventninger til fars rolle og opgaver må drøftes, gerne tidligt i graviditeten. Mindre brug af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser kan medvirke til graviditets- og fødselsforløb med øget risiko for både mor og barn, hvorfor sundhedspersonalet må søge at skabe fælles forståelse om betydningen heraf med respekt for kvindens forforståelser.

Manglende eller begrænset fælles sprog er en væsentlig barriere for kommunikationen med sundhedspersonalet, for adgangen til sundhedsvæsenet og for håndtering af egen sundhedstilstand. Brug af professionelle tolke i sundhedsvæsenet har positiv indflydelse på patienternes helbred (Flores 2005). Familie og venner bør ikke bruges som tolk, da det giver dårligere kvalitet af samtalen. Ligesom det kan være forbundet med etiske problemstillinger at involvere familiemedlemmer i private anliggender som sundhed og helbred (Norredam 2016, Sodemann M 2015).

Vejledning til den tolkede professionelle samtale kan findes på www.ouh.dk. Se desuden BEK nr. 855 af 23/06/2018 om tolkebistand efter sundhedsloven.

Vedrørende kvindelig omskæring, se bilag 3.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Kontinuerlig og stabil kontakt til få sundhedspersoner, der tager hånd om familien med henblik på at etablere tillid og relation
- Udvis nysgerrighed i forhold til den graviditets- og fødselskultur, der er i oprindelseslandet, herunder faderens rolle i forbindelse med graviditet og fødsel
- Opmærksomhed på psykosomatiske symptomer, der kan være udtryk for angst, depression eller andre forhold, der har rod i familiens baggrund og situation
- Drøftelse af kvindens ønsker om og forventning til amning tidligt i graviditeten under hensyntagen til evt. overgreb eller andre traumer, herunder fx undervejs på flugt
- Drøftelse af faderens rolle og opgaver i graviditeten og ved fødslen
- Fødeplan lægges tidligt i graviditeten med henblik på at forebygge misforståelser og angst for fødslen, herunder muligheder for smertelindring

4.5.5. Kort uddannelse og/eller manglende tilknytning til arbejdsmarkedet

Studier har fundet en vis negativ sammenhæng mellem kort skolegang og/eller manglende tilknytning til arbejdsmarkedet og risiko for fødsel af et væksthæmmet barn (under 2500 g) samt dødfødsel (Johansen 2007). Der er evidens for socioøkonomisk ulighed i perinatal sundhed begrundet i uddannelsesbaggrund, idet studier har vist, at mors uddannelsesbaggrund har betydning for forekomsten af medfødte misdannelser og børnedødelighed, samt at der er et socioøkonomisk mønster i risikoen for præterm fødsel og lav vækst (Bilsteen 2018 b)

Gravide med kort skolegang og lille viden om fødsel og familiedannelse kan være mindre tilbøjelige til at deltage i de almindelige offentlige tilbud om undersøgelser og undervisning i graviditeten og kan derfor have brug for særlig støtte til at følge svangreomsorgens tilbud. Der kan være behov for at etablere kontakt til socialforvaltningen med henblik på at støtte op om en uddannelsesplan eller anden plan for fremtiden.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- at identificere ressourcer i familien og i den gravides øvrige netværk
- kontinuitet og stabilitet i kontakten med sundhedspersonalet og socialforvaltningen, såfremt denne er involveret
- evt. etablere kontakt til frivillige organisationer /mentorer bl.a. med henblik på uddannelsesmuligheder efter endt barsel

4.5.6. Unge forældre

At være unge forældre, fx teenager eller sent modnet ung voksen kan indebære problemstillinger af både social og psykologisk karakter. Såfremt der identificeres problemer hos unge eller umodne kommende forældre kan der fx være tale om et uafklaret parforhold, mangel på egen bolig, manglende tilknytning til uddannelsessystemet eller arbejdsmarkedet. At blive forældre i en ung alder, hvor man ikke er helt modnet kan kræve særlig støtte og opmærksomhed fra familien, relevante fagpersoner og evt. frivillige organisationer, hvis den gravide/parret ønsker det.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- At have et tæt samarbejde med kommunen
- at støtte de(n) unge i at træffe informerede valg
- at vurdere den gravide og hendes partners modenhed og behov for støtte
- at identificere netværk og ressourcer i familien
- evt. etablere kontakt til frivillige organisationer /mentorer

4.5.7. Gravide, som er uønsket enlige

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, væsentligst er støtte til at kunne mestre forælderrollen. Der kan derfor være brug for en del af de supplerende tilbud, som iværksættes tidligt, eller når den gravide bliver alene undervejs i graviditeten. 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 der er tale om sociale problemstillinger, der giver anledning til bekymring for barnet efter fødslen, jf. bilag 1.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- samtaler om den gravides livssituation, aktuelt og i den nærmeste fremtid efter barnets fødsel
- støtte til identifikation af rollemodeller og ressourcepersoner

4.5.8. Sent erkendt graviditet

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.

Opmærksomhedspunkter:

- identifikation af ressourcepersoner i den gravides netværk
- kvindens civilstatus (med partner, single, forladt af partner o.a.) og socioøkonomiske forhold med henblik på økonomisk snarligt forældreskab
- kvindens mentale tilstand, herunder evt. psykiske lidelser og misbrug
- vurdering af, hvorvidt inddragelse af socialforvaltning er nødvendig

4.5.9. Kommende forældre med udviklingshæmning og andre væsentlige kognitive funktionsnedsættelser

1-3 % af befolkningen har en let til moderat udviklingshæmning, mens under ½ % har en svær udviklingshæmning. Den svære udviklingshæmning ses hyppigere hos drenge/mænd end hos piger/kvinder. Kommende forældre, som er udviklingshæmmede, er diagnosticerede som børn (før 18 år) med en IQ på 70 eller derunder. Der er betydelige variationer i, hvor store vanskeligheder personer med udviklingshæmning har i forhold til at klare hverdagslivets opgaver og funktioner. Derfor vil inddragelse af ekspertviden om den enkelte gravides kognitive funktionsnedsættelse ofte være nødvendigt for at kunne tilrettelægge det rette forløb med den rette støtte for kvinden både før, under og efter fødslen.

Det har afgørende betydning for barnets vækst, udvikling og helbredstilstand ved fødslen, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde bliver etableret så tidligt som muligt med fokus på at rådgive kvinden om sunde væner under graviditeten og i øvrigt sørge for, at forældrene får den nødvendige støtte under graviditeten såvel som efter fødslen. Såfremt der er tale om arvelige årsager til udviklingshæmningen, skal genetisk rådgivning

tilbydes - bedst i forbindelse med prækonceptionel rådgivning, men ellers ved første graviditetsundersøgelse i almen praksis.

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. Herudover skal kommunen overveje om der skal iværksættes støtte til at træne forældreevnen i de tilfælde, hvor der vurderes, at borgeren med støtte godt kan varetage forældreopgaven. Udviklingshæmmedes Landsforbund (ULF), der rådgiver mennesker med udviklingshæmning, der overvejer at blive forældre, kan også rådgive sundhedsfagligt personale, der har brug for mere viden på området i forhold til graviditet og fødsel.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- at få etableret tidligt samarbejde med kommunen
- at undersøge hvorledes kvinden sikres følgeskab til undersøgelser mm.
- at identificere og inddrage ressourcepersoner, som kan være en støtte for forældrene både under graviditet, fødsel og barsel, herunder evt. ULF
- at tilbyde individuelt tilpasset forældre- og fødselsforberedelse
- at få lagt en konkret plan for fødsel og barselsophold i samarbejde med kommunen

I medfør af servicelovens § 68 d er det muligt for kommunen at træffe beslutning om bortadoption uden samtykke eller tvangsfjernelse ved fødslen, såfremt en række betingelser er opfyldt.

4.5.10. Kommende forældre uden egen bolig

Enkelte socialt belastede gravide vil opleve at være uden bolig. De kan desuden være enlige. Manglen på bolig kan opleves som et altoverskyggende problem, der kan afholde kvinden fra at forholde sig til graviditeten og vanskeliggøre fastholdelse i svangreomsorgens tilbud og sunde vaner under graviditeten. Samarbejde med socialforvaltningen er derfor essentiel.

Opmærksomhedspunkter:

- straks-henvisning til socialforvaltningen med henblik på akut boligsøgning og anden social bistand
- etablering af støtte- og følgeordning til undersøgelser mv.
- identifikation af ressourcepersoner i den gravides netværk

Referencer til kapitel 4

Alhusen JL et al (2015). Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *Womens Health (Larchmt)* 24(1):100-6.

Beake S et al (2013). Caseload midwifery in a multi-ethnic community: The women's experiences. *Midwifery* 29(8): 996-1002.

Bilsteen JF (2018 a). Gestational age and socioeconomic achievements in young adulthood. A population-based study. *JAMA Network open* 1(8):e186085.

Bilsteen JF et al (2018 b). Educational disparities in perinatal health in Denmark in the first decade of the 21st century: a register-based cohort study. *BMJ Open* 8(11):e023531.

Brodén MB. Graviditetens muligheder. Akademisk Forlag 2007

Coker AL et al (2004). Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol* 18(4):260-9

Devries KMI et al (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters* 18(36):158-70.

Flores G (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical care research and review: MCRR*, 62(3): 255-299.

Gazmararian JA et al (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*. 275(24):1915-20. Erratum in *JAMA* 1997 Apr 9;277(14):1125.

Homer CSE et al (2017). Midwifery continuity of carer in an area of high socio-economic disadvantage in London: A retrospective analysis of Albany Midwifery Practice outcomes using routine data (1997–2009). *Midwifery* 48:1-10.

Jepsen I et al (2016). A qualitative study of how caseload midwifery is constituted and experienced by Danish midwives. *Midwifery* 36: 61-69.

Jepsen I et al (2017). A qualitative study of how caseload midwifery is experienced by couples in Denmark. *Women and Birth* 30(1): e61-e69.

Johansen A et al (2007). Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. Statens Institut for Folkesundhed.

Leone JM et al (2001). Effects of intimate partner violence on pregnancy trauma and placental abruption. *J Womens Health (Larchmt)* 19(8):1501-9.

Mengesha ZB et al (2017). Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: A socio-ecological analysis of health care professional perspectives. *PloS one* 12(7), pp. e0181421.

Mengesha ZB et al (2018). Challenges in the Provision of Sexual and Reproductive Health Care to Refugee and Migrant Women: A Q Methodological Study of Health Professional Perspectives. *J Immigr Minor Health* 20(2):307-316.

Norredam M (2016). Er vi parat til at håndtere kulturel diversitet i det danske sundhedsvæsen. *Ugeskrift for læger* 178(4), pp. V67698.

Perriman N et al (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery* 62:220-229.

Radtke KM et al (2011). Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor *Transl Psychiatry* 1:e21.

Rayment-Jones H et al (2015). An investigation of the relationship between the caseload model of midwifery for socially disadvantaged women and childbirth outcomes using routine data – A retrospective, observational study. *Midwifery* 31(4): 409-417.

Sandall J et al (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 4:CD004667.

Sodemann M et al (2015). Barrierer i lægesamtalen med indvandrerpatienten. Ugeskrift for læger 177:V02150105.

Stenson K et al (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. Midwifery 17(1):2-10.

Sundhedsstyrelsen (2007). Sundhedsprofessionelle i en multikulturel verden. Tilgængelig på <https://www.sst.dk/>

Sundhedsstyrelsen (2009). Vejledning om etablering af familieambulatorier. Tilgængelig på <https://www.sst.dk/>

Sundhedsstyrelsen (2010). Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Tilgængelig på <https://www.sst.dk/>

Sundhedsstyrelsen (2017). Styrket indsats for sårbare gravide. Evaluering. Tilgængelig på <https://www.sst.dk/>

Sundhedsstyrelsen (2018). Projekter for sårbare gravide udviklet for SPU-midler i 2014-2017. Tværgående evaluering. Tilgængelig på <https://www.sst.dk/>

5. Levevis og risikofaktorer af betydning for graviditeten

5.1. Kost og kosttilskud

Boks

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

Boks slut

Den gravides kostvaner og indtag af næringsstoffer og energi påvirker det intrauterine liv og mors sundhed og dermed graviditetens forløb og barnets sundhed på kort og langt sigt.

5.1.1. Generelt

Gravide anbefales at følge De officielle Kostråd for at sikre et passende indtag af næringsstoffer. Især er rådene om at spise varieret, spise mange grøntsager og spise mere fisk hensigtsmæssige at følge under graviditet.

Ernæring og graviditet er et stort komplekst forskningsfelt, som ikke kan gennemgås fyldestgørende her. Følgende emner er udvalgt, fordi der gælder særlige forhold under graviditeten og dermed behov for at udbrede viden herom.

Fisk, specielt de halvfede og fede fisketyper, er hovedkilde til de langkædede omega-3 fedtsyrer DHA og EPA. Fisk indeholder også jod, selen og D-vitamin. Det anbefales at spise 350 g fisk om ugen, heraf 200 g fed fisk (fx sild, laks, makrel, ørred). Bortset fra tun (tunbøffer) kan alle almindelige fisk³ spises frit, både frisk, konserveret eller på dåse. Ifølge den nyeste undersøgelse af danskernes kostvaner indtager kvinder gennemsnitlig kun halvt så meget fisk som de børn, men der er stor individuel variation, og ca. 20% spiser aldrig fisk. Gravide bør tilskyndes til at spise fisk, da det har gavnlige effekter på graviditeten og barnets udvikling på sigt. I den store nationale fødselskohorte har man sammenholdt mødres fiskeindtag i graviditeten med børnenes kognitive funktioner senere i barndommen. Man fandt, at sandsynligheden for optimal motorisk, kognitiv og social funktion hos 1 ½ år gamle børn var 30 % højere for mødre med et højt fiskeindtag i graviditetensammenlignet med dem, der havde et lavt indtag (Oken 2008). Lignende fund er gjort i en stor engelsk kohorte (Hibbeln 2007). Et nyt studie fra den nationale kohorte fandt, at lav koncentration af omega-3 fedtsyrer i moderens blod i graviditeten var en stærk risikofaktor for tidlig fødsel (Olsen 2018). Det optimale niveau i blodet opnås ved det anbefalede fiskeindtag.

Fiskeolietilskud i graviditeten er afprøvet i flere lodtrækningsstudier og resultaterne viser, at:

³ Indtaget af rovfisk bør begrænses på grund af et højt indhold af kviksølv og andre miljøskadende stoffer. Fraset tun drejer det sig om fisk, som de fleste mennesker aldrig eller meget sjældent spiser, som fx rokkevinge og gedde. Listen over de rovfisk, hvis indtag bør begrænses, findes på altomkost.dk

- det øger graviditetslængden og sænker risikoen for tidlig fødsel⁴ (Middleton 2018)
- der er ingen klar effekt på børns kognitive udvikling
- risikoen for astma og allergi i barndommen sænkes måske, men de afprøvede doser var meget høje, og det bør undersøges, om det kan have negative effekter (Bisgaard 2016)

Der er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig evidens til at generelt anbefale tilskud med fiskeolie til gravide. Såfremt den gravide vælger at tage fiskeolietilskud, bør indtaget ophøre i graviditetsuge 35 på baggrund af viden om øget risiko for blødning ved operation og derfor formentlig også øget risiko ved fødsel. Endvidere øger det muligvis risikoen for overbårenhed⁵ (fra 1,6 % til 2,6 %) (Middleton 2018).

Forsigtighedsråd

Gravide bør være tilbageholdende med:

A-vitamin i form af retinol er teratogent i store doser, hvorfor gravide ikke bør overskride et indtag over 3000 RE/dag⁶). Det anbefalede indtag for gravide er 800 RE/dag, og det gennemsnitlige indtag fra kosten hos danske kvinder er 1100 RE/dag, mens de med de højeste indtag (90 percentilen) får 1900 RE/dag (DTU Fødevareinstituttet 2015).

Gravide frarådes at spise lever, levertran og paté, som kan indeholde store mængder A-vitamin. Leverpostej indeholder mindre A-vitamin og kan spises i mindre mængder. Den kilde til vitamin A, som findes i planter (beta-caroten) har ikke fosterskadende virkning. Kosttilskud med A-vitamin er unødvendigt.

Koffeins halveringstid øges i løbet af graviditeten og er i sidste halvdel tre gange højere end før graviditeten. Endvidere kan fosteret ikke omsætte koffein. Et forbrug på under 300 mg/dag er ikke associeret til negative graviditetsudfald (Hermansen 2015). Gravide anbefales derfor at begrænse koffeinindtaget til 300 mg pr dag, svarende til højst 2-3 kopper kaffe om dagen. Indtaget af te og læskedrikke som fx cola bør også begrænses, da disse drikke indeholder koffein om end i mindre mængder end kaffe. Energidrikke indeholder mere koffein end almindelige læskedrikke, og derfor bør gravide være varsomme med at drikke energidrikke.

Lakrids indeholder et stof, som kan give ødemer og forhøjet blodtryk. Gravide anbefales at holde igen med lakrids og maksimalt spise 50 gram om dagen.

Ingefær i form af ingefærshots, kosttilskud og lignende er blevet mere og mere almindeligt. I en nylig dansk undersøgelse indtog 11 % af de gravide ingefær, primært som dagligt health boost (Volqvartz 2019). Nogle gravide oplever, at ingefær har en kvalmestillende virkning, men ingefærshots på daglig basis og kosttilskud med ingefær frarådes til gravide. Baseret på resultater fra rotteforsøg kan det ikke udelukkes, at ingefær kan påvirke graviditeten negativt og øge risikoen for abort. Ingefær som krydderi i maden eller i teen er ved almindelig brug uproblematisk under graviditet, men et stort dagligt indtag kan muligvis have uhensigtsmæssige effekter, herunder hormonforstyrrende⁷ og blodfortyndende⁸, hvorfor forsigtighed tilrådes også fra disse kilder.

Rådgivning af gravide om køkkenhygiejne for at forebygge infektioner (listeria, toxoplasmose) er beskrevet i kapitel 8.

⁴ 11,9 % af kvinderne, som fik fiskeolietilskud, fødte før uge 37 mod 13,4 % af kvinderne som fik placebo (RR 0,89). Forekomsten af fødsel før uge 34 var næsten halveret hos dem, der fik fiskeolietilskud (2,7 % versus 4,6 %, RR 0,58).

⁵ Graviditet over 42 uger sås hos 2,6 % af kvinder, der fik fiskeolietilskud mod 1,6 % af kvinder der fik placebo (RR 1,61)

⁶ RE: 1 retinol equivalent = 1 mikrogram retinol = 12 mikrogram beta-caroten

⁷ Ingefær interagerer med cytokrom P450 og derigennem med den føtale testosteron metabolisme

⁸ Ingefær hæmmer blodplade aggregation.

5.1.2. Sundhedspersonalets konkrete opgaver

Sundhedspersonalet rådgiver gravide om mad, drikke og kosttilskud med henblik på at

- øge hendes forståelse for, at det hun indtager har betydning for fosterets udvikling og understøtte hende i at træffe sunde valg
- forebygge misdannelser, visse graviditetskomplikationer og fødevarebårne infektioner
- vejlede om hensigtsmæssig vægtøgning, se afsnit 6.2

Det anbefales at alle gravide tager følgende kosttilskud:

- **Folsyre:** 400 µg dagligt fra graviditeten overvejes og de første 12 uger af graviditeten. Optimalt tages folsyretilskud i 3 måneder, før graviditeten indtræder. Der er god dokumentation for, at denne dosis nedsætter risikoen for neuralrørsdefekt hos barnet. Det er vigtigt at give information om folsyre ved den prækonceptionelle rådgivning både til kvinder, der overvejer at få deres første barn, men også til kvinder, der tidligere har født.
- Nogle kvinder tilrådes et tilskud på 5 mg (5.000 µg) folsyre dagligt, fra graviditeten planlægges til og med 2 måneder henne i graviditeten. Det gælder kvinder, der tidligere har født et barn med neuralrørsdefekt, kvinder, der har været gravide med et foster med neuralrørsdefekt samt kvinder, der selv eller hvis partner har neuralrørsdefekt. Denne dosis skal ordineres af en læge.
- **D-vitamin:** 10 µg (400 IU) dagligt gennem hele graviditeten. Under graviditeten og i ammeperioden sker der store ændringer i calciumstofskiftet. D-vitamin fremmer calciumoptagelsen i tarmen. Den vigtigste kilde til D-vitamin er sollys. I Danmark er det gennemsnitlige indtag af D-vitamin i kosten kun ca. 2-3 µg.

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

- **Jern:** 40-50 mg jern dagligt fra graviditetsuge 10 og resten af graviditeten. Såfremt den gravide lider meget af kvalme, kan man evt. vente med at starte jerntilskuddet til senest graviditetsuge 18. Jerntilskuddet optages bedst, hvis det indtages mellem måltiderne sammen med frugt- eller grønsagsjuice eller en citrusfrugt, idet C-vitamin fremmer jernabsorptionen. Se kapitel 8.

Afhængig af kostvaner (herunder vegansk) suppleres ovenstående kosttilskud med:

- **Calcium:** Såfremt den gravide ikke drikker mælk eller spiser mælkeprodukter, anbefales et tilskud på 500-1000 mg calcium gennem hele graviditeten og ammeperioden.
- **B12-vitamin:** Gravide veganere/vegetarer tilrådes et tilskud på 3- 9 mikrogram vitamin B12 hver dag gennem hele graviditeten og i ammeperioden. Hvis kvinden i flere år har været veganer uden at få B12-tilskud, anbefales blodprøve ved første graviditetskonsultation. Påvises ernæringsbetinget B12-mangel anbefales det at kvinden får indledende injektionsbehandling og herefter følger ovenstående anbefaling.

Vitamin B12 findes ikke i vegetabiliske fødevarer. Veganere skal have vitamin B12 tilskud for at undgå B12 mangel (Nexø 2017). Det gælder også vegetarer, der kun spiser sparsomt med æg og mælkeprodukter.

Voksne veganere anbefales at tage et tilskud på 2 mikrogram B12 vitamin per dag. Hvis kvinden har taget dette tilskud mens hun har været veganer og inden graviditetens påbegyndelse, bør hun i graviditeten følge ovenstående anbefaling.

B12 mangel under graviditeten kan øge risikoen for misdannelser (neuralrørsdefekt), lav fødselsvægt og for tidlig fødsel. B12 mangel kan desuden medføre mange diffuse symptomer hos den gravide, f.eks. træthed, snurren i fingre og fødder og undertiden blodmangel.

Den gravide kan vælge at tage folsyre, D-vitamin og jern som separate tilskud, eller som en multivitaminpille til gravide. Hvis den gravide vælger at tage en multivitaminpille til gravide, skal hun sikre sig at produktet indeholder de anbefalede mængder af folsyre, D-vitamin, jern samt eventuelt calcium og vitamin B12. Det står på mærkningen, hvad produktet indeholder. Multivitaminpillen kan evt. suppleres med separate tilskud.

Det er vigtigt, at gravide ikke tager større doser af vitamin- og mineraltilskud end anbefalet. Gravide bør heller ikke supplere med andre kosttilskud, der fx indeholder plantedele. Det skyldes, at man ved meget lidt om hvorvidt indtag af fx kosttilskud med plantedele kan medføre en potentiel risiko i forbindelse med graviditeten og fosterets udvikling.

5.1.3. Henvisning til yderligere information

Nordic Nutritional Recommendations 2012.

www.altomkost.dk/ søg på gravide

www.sundhed.dk/ søg på graviditet og kost

5.2. Fysisk aktivitet

Boks

Anbefalinger:

- Raske gravide anbefales 30 min fysisk aktivitet af moderat intensitet⁹ dagligt samt træning af bækkenbunden
- Kvinder, som var fysisk aktive før graviditeten, tilrådes at fortsætte og evt. tilpasse deres fysisk aktivitet
- Kvinder, som ikke var fysisk aktive før graviditeten, motiveres for opstart af fysisk aktivitet
- Gravide med tidligere eller nuværende kompliceret graviditet rådgives individuelt afhængig af komplikationens art.

Boks slut

Fysisk aktivitet under graviditeten har talrige positive effekter for både den gravide og barnet. Ca. en tredjedel af knapt 90.000 adspurgte gravide kvinder i 2010 angav at være fysisk aktive i første og midterste del af graviditeten og lidt færre i sidste halvdel (Juhl, 2010).

5.2.1. Generelt

Fysisk aktivitet under graviditeten er positivt for kvindens og barnets sundhed, idet fysisk aktivitet er associeret med nedsatte risici for en række komplikationer og sygdomme relateret til graviditet og fødsel, herunder risikoen for gestationel diabetes og præeklamsi (Aune 2014, Russo 2015).

Blandt gravide med BMI karakteriseret som overvægtig eller svært overvægtig (BMI > 30) ses forøget risiko for præterm fødsel (Magro-Malosso 2017) i forhold til gravide med normalt BMI. Fysisk aktivitet resulterer i lavere

⁹ Aktiviteten skal være af moderat intensitet og ligge ud over almindelige kortvarige dagligdags aktiviteter, som er aktiviteter man hyppigt udfører i dagligdagen af kort varighed. Hvis de 30 minutter deles op, skal aktiviteten være mindst 10 minutter.

vægtstigning under graviditeten og nedsætter risikoen for at føde et barn med en fødselsvægt over 4000 g eller large for gestational age (LGA) (Wiebe 2015). Endvidere ses færre lændesmerter, bedre psykisk trivsel og færre akutte kejsersnit blandt gravide, der er fysisk aktive (Liddle 2015, Daley 2015, Domenjoz 2014, Poyatos-Leon 2015).

Generelt ses, at kvinder der er fysisk aktive forud for graviditeten, ofte fortsætter med at være det under graviditeten, dog med reduceret aktivitetsniveau i forhold til intensitet og mængde og ofte med skift til andre aktivitetstyper fra eksempelvis styrketræning og løb til svømning og træning for gravide (Broberg 2015, Hegaard 2010 og 2011, Haakstad 2007, Juhl 2012). Ændringer er bl.a. begrundet i utryghed, træthed, kvalme eller ubehag ved træningen (Evenson 2009, Hegaard 2010). Mange gravide ønsker at træne sammen med andre gravide. Kvinder, der cykler, herunder anvender cykling som transport, fortsætter i høj grad med denne aktivitet (Broberg 2015). En mindre gruppe af kvinder starter med at være fysisk aktive under graviditeten, der for nogle er en motivationsfaktor for fysisk aktivitet (Hegaard 2011, Haakstad 2013).

Graviditet øger risikoen for inkontinens, og træning af bækkenbundens muskulatur med knibeøvelser under og efter graviditet kan forebygge inkontinens (Wesnes 2013).

5.2.2. Sundhedspersonalets konkrete opgaver

Lægen og jordemoderen foretager en indledende anamnese af kvindens fysiske aktivitetsniveau før og under graviditeten og eventuel i en tidligere graviditet. Kvinden rådgives om, at fysisk aktivitet bør være en hverdagsaktivitet under graviditeten, fordi det er positivt for kvinden både psykisk og fysisk og medvirker til at normalisere graviditeten. Endvidere rådgives om bækkenbundsøvelser.

Hvis kvinden var fysisk aktiv forud for graviditeten, anbefales hun at fortsætte og følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for gravide. Kvinden kan fortsætte igangværende aktiviteter eller selv finde nye. Kvinden kan eventuelt inspireres til at deltage i aktivitetsformer for gravide på hold, svømning, vandgymnastik, gåture eller cykling, som er anbefalelsesværdige typer af aktiviteter for gravide.

Hvis kvinden ikke var fysisk aktiv forud for graviditeten motiveres hun til at starte med at være fysisk aktiv svarende til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for gravide. Kvinden motiveres til at deltage i aktivitetsformer for gravide på hold, da det kan virke positivt for fastholdelse af træning. Endvidere kan også her anbefales svømning, vandgymnastik, cykling og raske gåture. Raske gåture kan generelt anbefales til alle, der ikke har ressourcer eller lyst til at deltage i andre aktiviteter.

Særlige tilfælde

Kvinder, der tidligere har haft gentagne aborter, og som dyrker meget sport, kan eventuelt frarådes anstrengende fysisk aktivitet indtil 18. graviditetsuge ud fra et forsigtighedsprincip, idet den sparsomme litteratur om fysisk aktivitet og spontan abort viser divergerende resultater i forhold til sammenhæng mellem anstrengende fysisk aktivitet og risiko for spontan abort (Hegaard 2016, Madsen 2007).

Forsigtighedsregler

- Den gravide bør altid lytte til kroppens signaler og respektere smerte, når der udføres fysisk aktivitet.
- Den gravide bør være opmærksom på at undgå hårde stød mod maven (fx ved kontaktsport (håndbold, kampsport, fodbold og lignende aktiviteter) og aktiviteter med risiko for ukontrollerede styrt/fald med høj hastighed (fx skiløb og ridning)
- Dykning frarådes under graviditet pga. risiko for trykskade på fosteret.

5.2.3. Henvisning til yderligere information

Sundhedsstyrelsen (2011). Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling.

5.3. Seksualitet

Boks

Anbefalinger

- Seksualitet er en vigtig sundhedsparameter, der rutinemæssigt skal drages omsorg for
- Sundhedsprofessionelle bør indlede dialogen om seksuelt helbred for at sikre at aspekter vedrørende seksualitet i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel bliver talt igennem

Boks slut

Seksuallivet er en vigtig del af parforholdet, som påvirkes af graviditet, fødsel og barsel.

5.3.1. Baggrundsviden

Det er individuelt, hvorledes seksuallivet påvirkes af graviditet, fødsel og barsel. Et større review har fundet, at lysten til seksuelt samvær generelt falder gennem graviditetens tre trimestre, dog oplever nogle par en øget seksuel lyst i graviditetens 2. trimester (Jawed-Wessel 2017). De fleste par genoptager det seksuelle samliv omkring 8 uger post partum mens det seksuelle samvær for størstedelen er på samme niveau som før graviditeten omkring 1 år efter fødslen (Jawed-Wessel 2017)

Fødselsmåde synes generelt ikke at påvirke kvindens seksuelle helbred efter fødslen (Kahramanoglu 2017, Hjorth 2019). Kvinder, der får anlagt episiotomi ved fødslen har en mere negativ kropsopfattelse efter fødslen (Zielinski 2017) og for kvinder, der får større bristninger, kan der gå længere tid inden lysten til seksuelt samvær genfindes (van Brummen 2006) .

5.3.2. Lægens, jordemoderens og andre fagfolks opgaver

Seksualitet og samlivsmæssige aspekter indgår i svangreomsorgens konsultationer. Det er de sundhedsprofessionelle, der har hovedansvaret for at initiere og skabe rammerne for en dialog om seksuel sundhed (Wendt 2011), ellers påbegyndes dialogen ofte ikke (Papaharitou 2005). Det skal være tydeligt for den gravide og hendes partner, at hverken seksuel aktivitet, samleje eller orgasme giver anledning til obstetriske komplikationer ved et ukompliceret svangerskab (Serati 2010).

Vedrørende seksuel aktivitet og obstetriske komplikationer (fx truende for tidlig fødsel, PPRM, cervix insufficiens og blødning) er der sparsom evidens, hvorfor vejledning altid skal tilpasses den enkelte gravide kvinde i samarbejde med jordemoder/ lægen, og vejledningen skal være specifik i forhold til både penetration og orgasme.

5.4. Arbejds miljø

Boks

Anbefalinger:

- Den gravide støttes i videst muligt omfang i at arbejde gennem graviditeten
- Den gravides arbejdsmiljø skal belyses og evt. risikofaktorer identificeres
- Ved arbejdsmæssige risikofaktorer og usikkerhed om risikovurdering, kan sagen konfereres med eller henvises til regionens AMK. Indtil afklaring anbefales hel eller delvis fraværsmedling.

Boks slut

De fleste gravide er erhvervsaktive, og der er stor opmærksomhed omkring arbejdets betydning for graviditetens forløb. Sygefraværet blandt gravide er betydeligt. I perioden 2005-2007 blev 67,5 % af de gravide sygemeldt i løbet af graviditeten. Omkring 1/3 var sygemeldt mere end 4 uger ud over barsel (Beskæftigelsesministeriet 2010). Disse tal er fortsat repræsentative ud fra nyere mindre undersøgelser.

5.4.1. Generelt

Ergonomiske påvirkninger i form af tunge løft og langvarigt, stående og gående arbejde er mistænkt for at kunne udgøre en risiko for spontan abort, væksthæmning og for tidlig fødsel (Juhl 2013, Mosevic 2014, Runge 2013). Endvidere ses øget risiko for graviditetsrelaterede gener fra bevægeapparatet (Larsen 2013).

Kemiske påvirkninger i arbejdsmiljøet forekommer væsentligst i form af opløsningsmidler, pesticider, narkosegasser, tungmetaller, cytostatika samt lægemidler. Påvirkningerne udgør en risiko for fosteret i form af øget risiko for misdannelser og neurologiske skader, hvorfor undgåelse af udsættelse meget tidligt i graviditeten ofte er af betydning. Derudover kan der være øget risiko for spontan abort og for tidlig fødsel (Bellinger 1987, Boivin 1997, Bukowski 2001, Grandjean 2014, Hanke 2004, Quansah 2010, Winneke 1996).

Der er kendt sammenhæng mellem udsættelse for ioniserende stråling og misdannelser, hvorfor der er klare retningslinjer om at gravide maksimalt må udsættes for 1 mSv gennem hele graviditeten (Sundhedsstyrelsen 2005).

Kraftige stød eller slag direkte mod den gravides mave kan udgøre en fare for graviditeten især i sidste halvdel. For andre fysiske påvirkninger (støj, ekstreme temperaturer, tryk, ikke ioniserende stråling) se Arbejdstilsynets vejledning for gravide og ammende A.1.8-5.

Biologiske påvirkninger i form af risiko for en række infektioner i arbejdsmiljøet såsom parvovirus (lusssingesyge), toxoplasmose og q-feber, kan øge risikoen for fosterdød og misdannelser eller påvirke den gravide generelt, se kapitel 8.

I forhold til arbejdstid er der mistanke om, at fast natarbejde eller hyppige nattevagter øger risikoen for for tidlig fødsel og spontan abort. Natarbejde er desuden forbundet med flere graviditetsgener som kvalme, træthed og plukkeveer. Døgnvagter og lange arbejdsdage kan give øget udtrætning og forværring af søvnbesvær, hvilket også kan give risiko for komplicerede graviditeter (Bonde 2013, Palmer 2013).

5.4.2. Sundhedspersonalets konkrete opgaver

Ved konsultationer under graviditeten skal lægen og jordemoderen være opmærksom på arbejdets betydning og rådgive om graviditet og arbejdsmiljø ved behov. Det er først og fremmest vigtigt at støtte den gravide i, at hun i videst muligt omfang kan arbejde, indtil hun påbegynder sin graviditets- og barselsorlov.

Såfremt lægen eller jordemoderen vurderer, at der er arbejdsmiljømæssige problemer, skal den gravide rådgives om at kontakte sin arbejdsgiver, der har pligt til at den gravide enten omplaceres eller på anden måde undgår den skadelige påvirkning på arbejdspladsen. Hvis lægen eller jordemoderen mistænker, at der er et problem, men ikke selv kan afgøre det, eller hvis arbejdsgiver ikke følger lægens/jordemoders råd, anbefales henvisning til Arbejdsmiljø Medicinsk Klinik til risikovurdering.

Egen læge kan fraværsmelde den gravide helt eller delvist ud fra følgende betingelser:

- Hvis lægen vurderer, at graviditeten har et sygeligt forløb, der ved fortsat beskæftigelse vil medføre risiko for kvindens helbred eller fosteret (barselsloven § 6, stk. 1)
- Hvis arbejdets særlige karakter medfører risiko for fosteret eller graviditeten på grund af offentligt fastsatte bestemmelser forhindrer hende i at varetage sit arbejde, og arbejdsgiveren ikke kan tilbyde hende anden passende beskæftigelse (barselsloven § 6, stk. 2)

5.4.3. Henvisning til yderligere information

Dagpengeloven, barselsloven, funktionærloven og overenskomsterne på arbejdsmarkedet regulerer den gravides rettigheder, se www.retsinformation.dk

Arbejdstilsynets vejledning for gravide og ammende A.1.8-5, se <https://amid.dk/>

5.5. Skadelige miljøstoffer

Boks

Anbefalinger:

- Gør rent og luft ud
- Køb miljømærket
- Minimer kemikaliekontakt

Boks slut

Graviditeten er en følsom periode, hvor fosteret i moderens mave kan være ekstra sårbar over for kemiske stoffer. Derfor er det vigtigt at minimere den gravides udsættelse for unødige kemikalier.

5.5.1. Generelt

Langt de fleste gravide ved, at de skal undgå rygning og alkohol. Færre ved, hvordan de skal forholde sig til skadelig kemi. Dette ses af en undersøgelse fra Miljøministeriet blandt knapt 1.400 danske kvinder, som enten var gravide, forsøgte at blive gravide eller planlagde at blive det inden for de næste par år.

Mens otte ud af 10 undgår alkohol og tobak, er det for eksempel kun omkring halvdelen, der går efter svanemærkede produkter eller lugter ud dagligt. Samtidig efterlyser mange konkrete råd til, hvordan man går uden om kemi, der kan påvirke fostrets udvikling.

Tandfyldningsamalgam må ikke anvendes til tandbehandling hos gravide eller ammende kvinder, medmindre tandlægen finder, at det er strengt nødvendigt på grundlag af patientens særlige medicinske behov, jf EU-forordning.

5.5.2. Sundhedspersonalets konkrete opgaver

Overordnet set anbefales den gravide at bruge så lidt kosmetik, creme og parfume som muligt samt at undlade at farve hår, at bruge produkter på spraydåse samt at male.

Derudover henvises til Miljøministeriets anbefalinger 'Gravid? Kend kemien' med syv konkrete råd, der er udarbejdet af Miljøstyrelsen med bidrag fra Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Arbejdstilsynet.

5.5.3. Henvisning til yderligere information

Miljøstyrelsens hjemmeside med yderligere specifikke anbefalinger for gravide på www.mst.dk

"Tjek Kemien" er en app, der finder problematisk kemi i elektronik, legetøj, tøj og møbler. Den er udviklet af Miljøstyrelsen og Forbrugerrådet Tænk.

"Kemiluppen" er en app, der finder uønsket kemi i plejeprodukter. Den er udviklet af Forbrugerrådet Tænk.

5.6. Lægemidler

Boks

Anbefalinger:

- Generelt bør gives så lidt medicin som muligt til gravide, særligt i 1. trimester
- Gravide som tager fast medicin skal ikke rutinemæssigt have seponeret deres medicin. Risiko for fosterskadende virkning skal vurderes i forhold til nødvendig medicinsk behandling hos moderen ved specialistrådgivning (se henvisning til yderligere information, lægemiddelinformationscentraler)
- Amning bør kun sjældent frarådes pga. moderens medicinindtagelse

Boks slut

Ved anvendelse af lægemidler til gravide afvejes to forhold: Risikoen for fosterskadende virkning og nødvendigheden af at behandle alvorlige sygdomme hos moderen. Ved medicinsk behandling i graviditeten kan der hos den gravide såvel som hos den behandlende læge forekomme frygt for lægemiddelinducerede misdannelser. Denne frygt er i mange tilfælde ubegrundet, og insufficient behandling med lægemidler i forbindelse med graviditet kan medføre unødvendig lidelse for den gravide.

5.6.1. Generelt

Et dansk populationsstudie viste, at fra 1999-2009 steg andelen af førstegangsgravide, som indløste mindst en recept under graviditeten fra 55 % til 61 %. Dette tal er relativt lavt sammenlignet med nyere opgørelser fra andre vestlige lande som Tyskland (85 %), Frankrig (93 %), Holland (69 %), Norge (57 %), USA (56-64 %) og Italien (48 %). Der er ingen valide data for anvendelse af håndkøbsmedicin blandt gravide (Damkier 2012).

5.6.2. Sundhedspersonalets konkrete opgaver

Både ved den prækonceptionelle rådgivning og første graviditetskonsultation skal egen læge drøfte medicinindtag med kvinden og vejlede om at tage mindst muligt håndkøbsmedicin. Kvinder, der er i fast behandling med et lægemiddel, bør rådføre sig med lægen i god tid inden planlagt graviditet, idet visse lægemidler helst bør undgås i nogle måneder inden graviditeten. For kvinder med en kronisk lidelse er det vigtigt, at sygdommen er velbehandlet eller er i en rolig fase på konceptionstidspunktet.

Hvis en kvinde har indtaget medicin, før graviditeten blev erkendt, vurderes størrelsen og arten af risikoen for teratogen virkning ved det pågældende præparat, herunder tages dosisstørrelse og graviditetslængden på tidspunktet for medicinindtagelsen i betragtning. 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.

Generelt bør der være skærpet opmærksomhed i forhold til gravides indtagelse af medicin, specielt i 1. trimester, hvor risikoen for misdannelser er størst. Dette omfatter også håndkøbsmedicin og naturlægemidler. En etableret behandling kan ofte fortsætte under graviditeten, mens det i nogle tilfælde kan være nødvendigt at skifte fra et lægemiddel til et andet. Velkendte præparater, som med sikkerhed har været anvendt under mange graviditeter, bør foretrækkes. Der bør så vidt muligt kun behandles med ét lægemiddel, og specielt kombinationspræparater bør undgås, da udsættelse for flere lægemidler øger risikoen for fosterskader. Når det er muligt, anvendes lokal behandling frem for systemisk.

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

Hvis den ammende moder indtager medicin, er det vigtigt at observere barnet tæt for evt. bivirkninger af det aktuelle lægemiddel. Nyfødte – og især præmature og svækkede børn – er særlig følsomme over for farmakologiske bivirkninger, hvorfor ekstra forsigtighed tilrådes i de første 2-4 uger af amningsperioden. Endvidere har

nogle lægemidler som bivirkning, at de kan øge eller nedsætte mælkeproduktionen (Damkier 2014). Af "Amning – en håndbog for sundhedspersonale" (Sundhedsstyrelsen 2018) fremgår, hvilke stoffer, der ikke bør anvendes, hvilke der kan anvendes under visse forudsætning, og hvilke der kan anvendes om nødvendigt.

5.6.3. Henvisning til yderligere information

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

Herudover henvises til:

- Promedicin.dk
- Brigg's: Drugs in Pregnancy and Lactation
- Medications and Mother's Milk – Thomas W. Hale. Hale Publishing

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi har udarbejdet flere guidelines vedrørende forskellige lægemidler og graviditet, herunder antibiotika, steroider, psykofarmaka og biologisk medicin, som er tilgængelige på:

<https://www.dsog.dk/obstetrik>

Institut for Rationel Farmakoterapi har udgivet flere numre om lægemidler til gravide og ammende, som er tilgængelige på: <https://www.sst.dk/>, herunder:

- Lægemidler og graviditet – generelle betragtninger om data, metoder, fortolkning og risikoestimering. Rationel Farmakoterapi nr. 3, 2012.
- Smertestillende medicin til gravide. Rationel Farmakoterapi nr. 5, 2016.
- Antipsykotika og graviditet – hvilke præparater kan anvendes? Rationel Farmakoterapi nr. 5, 2016.
- Hyppige farmakologiske problemstillinger i svangerskabet. Rationel Farmakoterapi nr. 6, 2019.
- Lægemidler og amning. Rationel Farmakoterapi nr. 4, 2014.
- Lægemidler og amning. Rationel Farmakoterapi nr. 7, 2019.

5.7. Rygning

Boks

Anbefalinger:

- Rygning, passiv rygning, e-cigaretter, røgfri tobak (tyggetobak, snus og lignende) eller andre nikotinprodukter frarådes under graviditeten og så længe man ammer.
- Alle gravide spørges om rygestatus, brug af e-cigaretter, røgfri tobak, nikotinprodukter og udsættelse for passiv rygning ved deres første kontakt til sundhedsvæsenet og ved efterfølgende kontakter, hvis de enten ryger eller tidligere har røget.
- Very Brief Advice (VBA) anbefales som redskab i alle dele af sundhedsvæsenet til at opspore og henvise til rygestop, se afsnit 5.7.2.
- Alle gravide, der ryger eller bruger andre produkter med nikotin, opfordres til at stoppe og tilbydes henvisning til rygestop i kommunen (via elektronisk henvisning) eller hos Stoplinien (tlf. 80 31 31 31 eller sms "Gravid" til 1231).
- Gravide skal rådgives om, hvordan de undgår passiv rygning.
- Kvinder, der ryger, opfordres på lige fod med andre kvinder til at amme, fordi fordelene ved modermælk overskygger ulemperne ved rygning.

Boks slut

Rygning under graviditeten kan medføre alvorlige komplikationer under graviditet og fødsel med konsekvenser for både fosteret og den gravide kvinde. Herunder konsekvenser, der kan påvirke helbredet hos barnet senere i livet.

Blandt danske kvinder i den fertile alder ryger ca. 22 %. Ifølge Det Medicinske Fødselsregister ryger 6 % af de gravide kvinder under hele graviditeten.

5.7.1. Generelt

Tobaksrøg indeholder ca. 7.000 forskellige kemiske stoffer, hvoraf ca. 70 er kræftfremkaldende. Det er nikotinen i tobaksrøg, røgfrie tobaksprodukter og e-cigaretter, som giver den fysiske afhængighed.

Enhver form for aktiv og passiv rygning under graviditeten indebærer en risiko for komplikationer for både den gravide og barnet under graviditet og fødsel. Der findes ingen nedre grænse for tobaksrøgens sundhedsskadelige effekter.

Rygning under graviditeten øger risikoen for fx graviditet uden for livmoderen, spontan abort, foranliggende moderkage, moderkageløsning og nedsat moderkagefunktion. For barnet er risikoen øget for præterm fødsel, lav fødselsvægt, misdannelser (fx læbe-gane spalte), fosterdød og død i løbet af det første leveår. Passiv rygning øger risikoen for nedsat fødselsvægt. Nikotin er i sig selv sundhedsskadeligt og øger risikoen for præterm fødsel og dødfødsel, hvorfor også rene nikotinprodukter frarådes (Nicoletti 2014, Pineles 2014, Tikkanen 2010).

5.7.2. Sundhedspersonalets konkrete opgaver

Alle gravide skal spørges om rygestatus ved deres første kontakt og alle efterfølgende kontakter til sundhedsvæsenet. De bør ligeledes spørges til forbrug af andre nikotinholdige produkter som e-cigaretter, røgfri tobak eller nikotinsubstitution (NRT¹⁰) samt om udsættelse for passiv rygning. Gravide, som udsættes for passiv rygning i arbejdstiden, bør rådgives om så vidt muligt at undgå dette. Se også afsnittet om arbejdsmiljø.

Opsporing og henvisning til rygestop

Very Brief Advice (VBA) er en effektiv metode til at sikre opsporing og rådgivning. Den er udviklet til læger i almen praksis og klinisk personale på sygehuse (se nedenfor for yderligere information). VBA tager under et minut at gennemføre og består af tre trin:

- Spørg om rygestatus
- Oplys om den bedste måde til at opnå rygestop (dvs. for gravide at modtage professionel rådgivning)
- Henvis til rygestoptilbud

Gravide kvinder, der oplyser, at de ryger eller anvender røgfri tobak eller e-cigaretter, bør henvises til rådgivning ved f.eks.:

- Kommunen (via elektronisk henvisning)
- Stoplinjen (tlf. 80 31 31 31 eller sms "Gravid" til 1231).

Rådgivning om rygestopmedicin

- Nikotinsubstitution (NRT):
 - Gravide og ammende bør så vidt muligt ikke anvende NRT til rygestop.
 - Er et rygestop ikke muligt trods rådgivning, kan NRT overvejes i samråd med læge
 - Intermitterende doser med tyggegummi, tabletter og rygeinhalator påvirker fosteret/spædbarnet mindst muligt. Undgå plastre

¹⁰ NRT: Nicotin Replacement Therapy

- Ordination af NRT kræver information om mulige risici og en efterfølgende tæt opfølgning og plan for udtrapning af NRT
- Se promedicin.dk for specifikke rygestoppræparater

5.7.3. Henvisning til yderligere information

Pjece til gravide rygere:

Røgfri graviditet. Sundhedsstyrelsen 2016. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/>

Very Brief Advice (VBA):

Sundhedsstyrelsen (2018). Forebyggelsespakke Tobak, se side 20-21. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/>

Jensen HAR et al (2017). Very Brief Advice - Kort rådgivning om rygestop. Notat udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Tilgængelig på: <https://www.sdu.dk/da/sif>

Evidensgennemgange:

DSOG (2019). Tobak og graviditet samt Appendices. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på: www.dsog.dk/obstetri/

CDC (2014). The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US). Tilgængelig på: <https://www.cdc.gov/tobacco/>

WHO (2013). Recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. World Health Organisation. Tilgængelig på: <https://www.who.int/>

5.8. Alkohol

Boks

Anbefalinger:

- Kvinder, der planlægger at blive gravide, frarådes at drikke alkohol pga. fosterets særlige følsomhed i 1. trimester (prækonceptionel rådgivning)
- Gravide frarådes at drikke alkohol gennem hele graviditeten
- Ved første graviditetsundersøgelse drøftes alkohol og den gravide udspørges systematisk om forbrug, se bilag 2
- Ved skadeligt alkoholforbrug og behov for hjælp henvises til det regionale familieambulatorium
- Ammende kvinder rådes til at være tilbageholdende med at drikke alkohol og overholde genstandsgrænsen om max en genstand om dagen

Boks slut

En undersøgelse fra 2015 har vist, at mange kvinder først stopper deres alkoholforbrug, når graviditeten er konstateret. 40 % af de gravide har drukket ≥ 5 genstande ved samme lejlighed en eller flere gange tidligt i graviditeten (Petersen 2015a).

5.8.1. Generelt

Alkohol er et potent fosterskadende stof, der kan gribe ind i den normale udvikling af embryoet og fosteret med alvorlige skader til følge, se nedenstående under føtalt alkoholsyndrom. Alkohol passerer hurtigt moderkagen og kan forårsage celledød og/eller hindre cellevækst. Undersøgelser tyder på, at genetisk variation hos gravide og deres fostre har betydning for evnen til at nedbryde alkohol, men om det har klinisk betydning for fosterskader er uvist. Fosterets promille er den samme som moderens, men alkoholen er længere tid om at blive nedbrudt på grund af fosterets umodne lever. Fosterets evne til at nedbryde alkohol er anslået til kun at

være 5-10 % af voksnes evne, og fosteret er derved udsat for alkohol i længere tid, samtidig med at det genoptager alkohol gennem indtag af fostervand. Selv et alkoholforbrug med lav risiko for en kvinde (syv genstande om ugen) kan muligvis udgøre en risiko for et foster (Flak 2014, Petersen 2015b).

På den baggrund er valgt et forsigtighedsprincip som basis for anbefalingerne, da det, der i epidemiologiske studier ser uskadeligt ud for de fleste, kan være skadeligt for de, der er særlig følsomme over for alkohol, såsom fosteret er.

Føtal alkoholsyndrom (FAS) og FASD

Fetal alcohol spectrum disorders (FASD) er et paraplybegreb for medfødte skader, som skyldes prænatal alkoholeksponering (Broccia 2017). FASD er karakteriseret ved en variation af specifikke ansigtstræk, sanseintegrationsvanskeligheder, hæmmet vækst samt adfærdsmæssige og kognitive vanskeligheder. Den alvorligste tilstand i spektret kaldes føtal alkoholsyndrom (FAS).

I Danmark findes ingen estimeret prævalensopgørelse af FASD. I Landspatientregistret har man i Danmark i de senere år i gennemsnit registreret ca. 13 børn om året med FAS (0,02%) (Petersen 2015a).

FASD prævalensen i Canada er estimeret til et ud af hundrede børn og i USA til op mod 5 %. Antallet af danske gravide med et problematisk alkoholforbrug er ukendt. Ud fra danske registre er hyppigheden estimeret til 0,1-0,4 % af de gravide, hvilket svarer til 96-370 tilfælde/år.

Da symptomerne på FASD ofte ikke er særligt påfaldende ved fødslen, er det vigtigt, at barnet følges i det regionale familieambulatorium efter fødslen og indtil skolealder.

De karakteristiske ansigtstræk bliver i nogle tilfælde tiltagende tydelige hen mod syvårsalderen og aftager igen hen mod 14 årsalderen. Ligeledes kan den neurokognitive funktion være vanskelig at vurdere i de første leveår, men vil typisk vise udtalte vanskeligheder før skolestart. Endvidere kan barnet have medfødte misdannelser såsom hjertefejl og øjenabnormiteter samt betydelige sanseintegrationsvanskeligheder, der kræver udredning på specialiseret niveau.

5.8.2. Sundhedspersonalets konkrete opgaver

Allerede ved den prækonceptionelle samtale hos egen læge kan rådgives om alkohol. Ved første graviditetsundersøgelse skal den sundhedsfaglige systematisk tale med den gravide om alkohol og afdække forbrug. Med henblik på dette kan spørgeskemaerne "Om alkohol. Spørgsmål til alle gravide" og "TWEAK screeningsguide" anvendes (se bilag 2). Brugen af skemaer kan supplere helhedsvurderingen af den gravides situation og udfordringer. Hvis der er formodning om et skadeligt forbrug, skal afdækningen gentages ved de følgende konsultationer og evt. henvises den gravide til regionalt familieambulatorium efter gældende henvisningskriterier.

Intervention ved konstateret alkoholforbrug hos gravide er beskrevet i bilag 2. Hvis den gravide har et højrisikoforbrug af alkohol, skal lægen eller jordemoderen tage stilling til underretning af kommunen, se bilag 1.

5.8.3. Henvisning til yderligere information

DSOG (2016). Alkohol og graviditet. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk/>

Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse af rusmiddelskader hos fostre. Tilgængelig på <https://www.sst.dk/>

5.9. Euforiserende stoffer/narkotika

Boks

Anbefalinger:

- Euforiserende stoffer er skadelige under hele graviditeten og ethvert forbrug frarådes
- Der rådgives om risikoen ved euforiserende stoffer ved prækonceptionel rådgivning
- Alle gravide spørges om deres forbrug af euforiserende stoffer ved første graviditetsundersøgelse, hvis tidligere forbrug spørges ved alle kontakter
- Der bør være særlig opmærksomhed omkring evt. forbrug af euforiserende stoffer ved stort forbrug af alkohol og tobak
- Ved erkendt forbrug og behov for hjælp henvises til det regionale familieambulatorium

Boks slut

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

5.9.1. Generelt

En registerundersøgelse har påvist, at kvinder med stofproblemer stort set får samme antal børn som andre kvinder, men de har 2½ gange så mange provokerede aborter. Brug af euforiserende stoffer er generelt ikke almindeligt udbredt blandt gravide. Det er dog særdeles vigtigt ikke at overse et stofproblem, da moderens brug af stoffer kan have alvorlig indvirkning på fosteret. Hovedparten af de euforiserende stoffer hæmmer fosterets vækst, nogle medfører risiko for varig skade på barnets hjerne og nervesystem, ligesom børnene kan fødes med abstinenssymptomer. Dertil kommer andre livsstilsaspekter samt de alvorlige mentale, familiære og sociale belastninger, der er en del af enhver rusmiddelproblematik. Når det drejer sig om rusmiddelproblemer, er der altid tale om en multifaktoriel problemstilling, hvor mange faktorer indvirker negativt på fosterudvikling, graviditets- og fødselsforløbet (Goldschmidt 2012, Huizink 2014, Mourh 2017, Ruisch 2017, Torri 2015).

5.9.2. Sundhedspersonalets konkrete opgaver

Alle gravide spørges om forbrug af euforiserende stoffer ved første graviditetsundersøgelse. Der er et vist sammenfald mellem et stort forbrug af alkohol og tobak og brug af euforiserende stoffer, hvorfor der skal være særlig opmærksomhed på brug af euforiserende stoffer ved stort forbrug af alkohol og tobak. Ved erkendt forbrug og behov for hjælp henvises til det regionale familieambulatorium.

Hvis den gravide har et højrisikoforbrug af euforiserende stoffer, skal lægen eller jordemoderen tage stilling til underretning af kommunen, se bilag 1.

5.9.3. Henvisning til yderligere information

Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse af rusmiddelskader hos fostre. Tilgængelig på:

<https://www.sst.dk/>

Referencer til kapitel 5

Aune D et al (2014). Physical activity and the risk of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*, 25, 331-343.

Bellinger D et al (1987). Longitudinal analyses of prenatal and postnatal lead exposure and early cognitive development. *N Engl J Med* 316(17):1037-43.

Beskæftigelsesministeriet (2010). Analyse af graviditetsbetinget fravær.

Bisgaard et al (2016). Fish oil-derived fatty acids in pregnancy and wheeze and asthma in offspring. *NEJM* 375:2530-9.

Bonde JP et al (2013). Miscarriage and occupational activity: a systematic review and meta-analysis regarding shift work, working hours, lifting, standing, and physical workload. *Scand J Work Environ Health* 39(4):325-34.

Broberg L et al (2015). Compliance with national recommendations for exercise during early pregnancy in a Danish cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 317.

Broccia M et al (2017). Fetal alcohol spectrum disorders har fået danske kriterier. *Ugeskrift for Læger* 179:V03170202

Boivin JF (1997). Risk of spontaneous abortion in women occupationally exposed to anaesthetic gases: a meta-analysis. *Occup Environ Med.* 54(8):541-8.

Bukowski JA (2001). Review of the epidemiological evidence relating toluene to reproductive outcomes. *Regul Toxicol Pharmacol.* 33(2):147-56.

Damkier P (2012). Lægemidler og graviditet – generelle betragtninger om data, metoder, fortolkning og risikostimering. *Rationel Farmakoterapi* nr. 3. Tilgængelig på www.sst.dk

Damkier P (2014). Lægemidler og amning. *Rationel Farmakoterapi* nr. 4. Tilgængelig på www.sst.dk

Daley AJ et al (2015). The effectiveness of exercise for the prevention and treatment of antenatal depression: systematic review with meta-analysis. *BJOG*, 122, 57-62.

Domenoz I et al (2014). Effect of physical activity during pregnancy on mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 211, 401.e1-11.

DTU Fødevareinstituttet (2015). Danskernes kostvaner 2011-2013. ISBN: 978-87-93109-39-1

Evenson KR et al (2009). Perceived barriers to physical activity among pregnant women. *Matern. Child Health J.*, 13, 364-375.

Flak AL et al (2014). The Association of Mild, Moderate, and Binge Prenatal Alcohol Exposure and Child Neuropsychological Outcomes: A Meta-Analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 38(1):214-226.

Goldschmidt L et al (2012). School achievement in 14-year-old youths prenatally exposed to Marijuana. *Neurotoxicol Teratol* 34(1): 161–167.

Grandjean P et Landrigan PJ (2014). Neurobehavioural effects of developmental toxicity. *Lancet Neurol.* 13(3):330-8.

Haakstad LA et al (2007). Physical activity level and weight gain in a cohort of pregnant Norwegian women. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 86, 559-564.

Haakstad LA et al (2013). Stages of change model for participation in physical activity during pregnancy. *J Pregnancy*, 2013, 193170.

Hanke W et Jurewicz J (2004). The risk of adverse reproductive and developmental disorders due to occupational pesticide exposure: an overview of current epidemiological evidence. *Int J Occup Med Environ Health* 17(2):223-43.

Hegaard HK et al (2010). Experiences of physical activity during pregnancy in Danish nulliparous women with a physically active life before pregnancy. A qualitative study. *BMC.Pregnancy.Childbirth.*, 10, 33.

Hegaard HK et al (2011). Sports and Leisure Time Physical Activity During Pregnancy in Nulliparous Women. *Matern.Child Health J.*, 6, 806-13.

Hegaard HK et al (2016). Exercise in Pregnancy: First Trimester Risks. *Clin Obstet Gynecol*, 59, 559-67.

Hermansen K et al (2015). Kaffe, sundhed og sygdom. Vidensråd for Forebyggelse. ISBN 978-87-998156-2-3

Hibbeln et al (2007). Maternal seafood consumption in pregnancy and neurodevelopmental outcomes in childhood (ALSPAC study): an observational cohort study. *Lancet* 369: 578-85

Hjorth S et al (2019). Mode of birth and long-term sexual health: a follow-up study of mothers in the Danish National Birth Cohort. *BMJ Open* 9(11):e029517. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029517.

Huizink AC (2014). Prenatal cannabis exposure and infant outcomes: Overview of studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 52:45-52.

Jawed-Wessel S et Sevick E (2017). The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review. *Journal of sex research*, 54(4-5), pp. 411-423.

Juhl M et al (2012). Distribution and predictors of exercise habits among pregnant women in the Danish National Birth Cohort. *Scand.J.Med.Sci.Sports*, 22, 128-138.

Juhl M et al (2013). Occupational lifting during pregnancy and risk of fetal death in a large national cohort study. *Scand J Work Environ Health* 39(4):335-42.

Kahramanoglu et al (2017). The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet*. 2017 Apr;295(4):907-916. doi: 10.1007/s00404-017-4299-7

Larsen PS et al (2013). Occupational lifting and pelvic pain during pregnancy: a study within the Danish National Birth Cohort. *Scand J Work Environ Health* 39(1):88-95.

Liddle SD & Pennick V (2015). Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, CD001139.

Madsen M et al (2007). Leisure time physical exercise during pregnancy and the risk of miscarriage: a study within the Danish National Birth Cohort. *BJOG.*, 114, 1419-1426.

Magro-Malosso ER et al (2017). Exercise during pregnancy and risk of preterm birth in overweight and obese women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 96, 263-273.

Middleton P et al (2018). Omega-3 fatty acid addition during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Art. No.: CD003402. DOI: 10.1002/14651858.CD003402.pub3.

Mocevic E et al (2014). Occupational lifting, fetal death and preterm birth: findings from the Danish National Birth Cohort using a job exposure matrix. *PLoS One* 9(3):e90550.

Mourh J & Rowe H (2017). Marijuana and Breastfeeding: Applicability of the Current Literature to Clinical Practice. *Breastfeed Med* 12(10):582-596.

Nexø E et al (2017). Vitamin B12-mangel uden anæmi– en vigtig diagnose. Månedsskrift for almen praksis, november 2017.

Nicoletti et al. Maternal smoking during pregnancy and birth defects in children: a systematic review with meta-analysis. Cad Saude Publica 2014;30(12):2491-2529

Oken et al (2008). Associations of maternal fish intake during pregnancy and breastfeeding duration with attainment of developmental milestones in early childhood: a study from the Danish National Birth Cohort. Am J Clin Nutr 88: 789-96.

Olsen SF et al (2018). Plasma concentrations of long chain N-3 fatty acids in early and mid-pregnancy and risk of early preterm birth. EbioMedicine <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2018.07.009>

Palmer KT et al (2013). Work activities and risk of prematurity, low birth weight and pre-eclampsia: an updated review with meta-analysis. Occup Environ Med 70(4):213-22.

Papaharitou S et al (2005). Women's sexual concerns: data analysis from a help-line. *The journal of sexual medicine*, 2(5), pp. 652-657.

Petersen GL et al (2015a). Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet, udarbejdet for Sundhedsstyrelsen. Elektronisk ISBN: 87-987441-3-5. Tilgængelig på www.sst.dk

Petersen GL et al (2015b). Fosterskadende effekter af alkoholforbrug under graviditeten. Københavns Universitet, udarbejdet for Sundhedsstyrelsen. Elektronisk ISBN: 87-987441-4-3. Tilgængelig på www.sst.dk

Pineles BL et al (2014). Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. Am J Epidemiol 2014;179(7):807-823

Poyatos-Leon R et al (2015). Effects of exercise during pregnancy on mode of delivery: a meta-analysis. *Acta Obstet.Gynecol.Scand.*, 94, 1039-1047.

Quansah R et Jaakkola JJ (2010). Occupational exposures and adverse pregnancy outcomes among nurses: a systematic review and meta-analysis. J Womens Health (Larchmt). 10:1851-62.

Ruisch IH et al (2018). Maternal substance use during pregnancy and offspring conduct problems: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 84:325-336.

Runge SB et al (2013). Occupational lifting of heavy loads and preterm birth: a study within the Danish National Birth Cohort. Occup Environ Med 70(11):782-8.

Russo LM et al (2015). Physical activity interventions in pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Obstet.Gynecol.*, 125, 576-582.

Serati M et al (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *The journal of sexual medicine*, 7(8), pp. 2782-2790.

Sundhedsstyrelsen (2005). Graviditet og røntgen stråling.

Sundhedsstyrelsen (2018). Amning en håndbog for sundhedspersonale.

Tikkanen et al (2010). Acta Obstet Gynecol Scand 89(12):1538-44.

Torri DM et al (2015). Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence. *Am J Obstet Gynecol* 213(6):761-778.

USDHHS (2014). The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014

Van Brummen et al (2006). Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, **113**(8), pp. 914-918.

Volqvartz T et al (2019). Use of alternative medicine, ginger and licorice among Danish pregnant women - a prospective cohort study. *BMC Complement Altern Med*. 19(1):5. doi: 10.1186/s12906-018-2419-y.

Wendt EK et al (2011). Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse--midwives' and clinicians' experiences. *Midwifery*, **27**(4), pp. 539-546.

Wesness SL & Lose G. (2013). Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *Int Urogynecol J.*, 24(6): 889-99.

Wiebe HW et al (2015). The effect of supervised prenatal exercise on fetal growth: a meta-analysis. *Obstet.Gynecol.*, 125, 1185-1194.

Winneke G et al (1996). The neurobehavioural toxicology and teratology of lead. *Arch Toxicol Suppl* 18:57-70

Zielinski R et al (2017). Body after baby: a pilot survey of genital body image and sexual esteem following vaginal birth. *International journal of women's health*, 9, pp. 189-198.

6. Undersøgelse og vurdering af den gravide

6.1. Terminsfastsættelse

Korrekt fastsættelse af terminsdato er af væsentlig betydning, da gestationsalder er stærkt korreleret til det perinatale udkomme.

Historisk set er terminsfastsættelsen sket ud fra Nægeles regel for terminsberegning⁵ (terminsfastsættelse på baggrund af sidste menstruation (SM)). Denne metode forudsætter præcis viden om dato for sidste menstruation og regelmæssige ovulatoriske menstruationscykli gennem mindst 3 måneder forud for konceptionen. Disse forudsætninger er dog kun opfyldt for 30 - 80 % af de gravide (DSOG 2009).

Ultralydbaseret terminsberegning (UL) bygger på den antagelse, at alle fostre har samme størrelse ved samme gestationsalder. Mange faktorer har dog vist at have indflydelse på fosterets størrelse også ved UL (Mahendru 2016). Fx ses det, at pigefostre allerede ved ULS i uge 18-21 har mindre biometrier end drengefostre (Tunon 1998). UL i 1. trimester vs UL i 2. trimester medfører færre overbårne graviditeter (Caughy 2008).

Det er vist, at terminsberegning på basis af UL giver en mere sikker bestemmelse end termin beregnet ud fra sidste menstruation:

- Hyppigheden af fødsel til termin er øget
- Hyppigheden af postterme fødsler er reduceret
- Hyppigheden af mortalitet og IUGR ved graviditas prolongata er reduceret, hvis terminen er fastsat ved UL fremfor ved SM
- Hyppigheden af præterm fødsel er øget
- Selv ved oplysning om sikker SM og regelmæssig cyklus indebærer terminsfastsættelse ved UL en reduktion i antallet af inducerede fødsler pga. overbårenhed

Boks

Anbefalinger vedr. terminsfastsættelse

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

Såfremt der ikke er foretaget 1. trimesterskanning, fastsættes terminen efter følgende prioriteret rækkefølge:

- IUI, IVF
- Termins-UL på tilfældigt tidspunkt før uge 22+0.
- Sikker konception som sættes til 2 + 0 (f.eks. kun ét samleje)
- Sikker Nægeles termin
- Anden UL (kun undtagelsesvis efter uge 22+0)

Boks slut

6.2. Vægt og vejning

Kvindens vægtøgning under graviditet varierer meget og spiller en rolle for fosterets udvikling og for moderens helbred på sigt. Hos normalvægtige er der vide grænser for vægtøgningen, uden at det påvirker udfaldet af

graviditeten. Vægtøgning blandt raske gravide med fødsel af børn mellem 3 og 4 kg er således fundet at variere mellem 7 og 18 kg. En stor vægtstigning under graviditeten er associeret med højere fødselsvægt hos barnet. Hos kvinder, der er overvægtige før graviditeten, er der en øget forekomst af graviditets- og fødselskomplikationer, jo mere kvinden tager på (Mamun 2011, Nohr 2008). Hos kvinder, der er undervægtige før graviditeten, øger lav vægtstigning risikoen for intrauterin vækstretardering og præterm fødsel (Goldstein 2017).

Der er evidens for, at vægtøgning under graviditeten har betydning for kvindens vægtudvikling senere i livet (Mamun 2010). For nogle kvinder er graviditet den udløsende faktor for udvikling af overvægt. I den store danske prospektive mor-barn undersøgelse (Bedre Sundhed i Generationer <https://www.bsig.dk/>) var kvinders vægt i gennemsnit øget med 2 kg i forhold til før-graviditetsvægten 7 år efter fødslen (postpartum vægtretention) og næsten hver fjerde (23 %) havde taget mere end 5 kg på (Kirkegaard 2015). Langtidsstudier har vist, at der er en klar sammenhæng mellem vægtøgningen under graviditeten og vægtretentionen efter graviditeten hos både undervægtige, normalvægtige og overvægtige (Rong 2015). Jo mere kvinden tager på under graviditeten, des højere er vægten i perioden efter fødslen, og des større er risikoen for overvægt senere i livet. Nye forskningsresultater tyder på, at selv en beskeden vægtretention øger risikoen for komplikationer ved næste graviditet og fødsel, også hos normalvægtige der forbliver indenfor kategorien normalvægtige (Bogaerts 2011). Overvægtige kvinder tager i gennemsnit spontant mindre på end normalvægtige. Der er dog flere overvægtige, der overskrider vægtanbefalingerne samt flere med postpartum vægtretention (Deputy 2015).

6.2.1. Vægtstigning under graviditet

Der er behov for at kunne rådgive om, hvor stor vægtøgning under graviditeten, der giver det bedste udfald for mor og barn. Der er gode grunde til at anbefale en differentieret vægtøgning afhængig af, om kvinden var under-, normal- eller overvægtig inden graviditeten. Det amerikanske Institute of Medicine reviderede i 2009 deres retningslinjer for gestationel vægtstigning, som er baseret på optimalt udfald for både mor og barn (Institute of Medicine 2009). Anbefalingerne blev givet på baggrund af observationelle studier, hvoraf mange data kom fra den danske undersøgelse 'Bedre Sundhed i Generationer' (Nohr 2008). Selvom der ikke er international konsensus på området, anvendes de amerikanske retningslinjer i mange lande verden over. I 2009 kom Sundhedsstyrelsen også med nye retningslinjer for gestationel vægtstigning, som på mange punkter ligner de amerikanske men er tilpasset danske forhold. De skal betragtes som et fingerpeg om hensigtsmæssig vægtøgning.

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

Prægravid	Vægtstigning under graviditet
Undervægtige (BMI < 18,5)	12,5-18 kg
Normalvægtige (BMI 18,5 - 24,9)	11,5 – 16 kg
Overvægtige (BMI 25 - 29,9)	7 – 11,5 kg
Svært overvægtige (BMI >= 30)	5 – 9 kg

Modificeret efter Institute of Medicine and National Research Council (2009)

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

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

Ernæringsmæssige ubalancerede og/eller lavkalorie-slankekure frarådes under graviditet, da det kan medføre en uhensigtsmæssig næringsstofsammensætning (fejlernæring), som i værste fald kan skade fosteret. Endvidere kan et lavt kalorieindtag føre til ketose, hvilket potentielt kan være farligt for fosteret. Derimod anbefales kostomlægning med henblik på at følge kostrådene. En del svært overvægtige kvinder har en meget begrænset eller slet ingen vægtstigning i graviditeten. Såfremt fostret vokser, som det skal, og kvinden spiser sundt, alsidigt og tilstrækkeligt, er der ikke evidens for at anbefale hende at tage mere på.

Se endvidere afsnit 9.11 om overvægt.

Boks

Anbefalinger vedr. vejning

Alle gravide tilbydes rutinemæssig vejning (ca. en gang pr. trimester, hyppigere ved behov) som baggrund for rådgivning om vægtøgning, kost og fysisk aktivitet, se kapitel 6. Når det er muligt, anvendes samme vægt til vejningen.

Ved første konsultation hos egen læge anføres både den selvrapporterede prægravide vægt og den målte vægt i vandrejournalen.

Boks slut

6.3. Blodtryk

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

Måling af blodtrykket

Blodtryksmåling bør foregå under standardiserede betingelser med anvendelse af valideret udstyr. Blodtrykket måles med den gravide i halvsiddende/ skråt sideleje med overarmen i hjerteniveau og efter mindst 5 minutters hvile. Der skal anvendes korrekt manchetstørrelse, således at manchetten omslutter overarmen helt. Systolisk blodtryk registreres ved Korotkoff fase I og diastolisk blodtryk ved Korotkoff fase V (ophør af hjertelyd). Såfremt fase V udebliver, registreres fase IV. Se bilag 4.

Værdien af BT-måling ved alle rutinemæssige graviditetsundersøgelser er uafklaret. Det er almindeligt, at blodtrykket hos kvinder med essentiel hypertension falder til normale værdier i første del af graviditeten, således at der evt. kan holdes pause med medikamentel behandling. Blodtryksmåling er en vigtig parameter for diagnostisering af præeklampsi, se kapitel 9.

Boks

Anbefalinger vedr. blodtryksmåling

BT måles hos alle gravide:

- Ved første graviditetskonsultation i almen praksis
- Ved mindst en undersøgelse i 2. trimester
- Ved hver konsultation i 3. trimester
- På indikation (fx ved svimmelhed, besvimelsestilfælde, symptomer på præeklampsi dvs almen sygdomsfølelse, smerter i epigastriet, hovedpine)

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

Boks slut

6.4. Urinundersøgelse

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

6.4.1. Glucosuri

Formålet med undersøgelsen er at opspore diabetes eller diabetes under udvikling. Undersøgelsen anbefales gennemført en gang i henholdsvis 1. og 2. trimester og ved hver svangreundersøgelse i 3. trimester. Ved glucosuri henvises til oral glucosebelastningstest (OGTT). Se endvidere kapitel 9 om gestationel diabetes.

6.4.2. Proteinuri

Formålet med undersøgelsen er tidlig opsporing af begyndende præeklamsi. Det anbefales at foretage urinundersøgelse for albumin en gang i henholdsvis 1. og 2. trimester og ved hver konsultation i 3. trimester. Se endvidere kapitel 9 om præeklamsi.

6.4.3. Bakteriuri

Urinundersøgelse for asymptomatisk bakteriuri gennemføres ved første og anden graviditetskonsultation i almen praksis.

Der henvises til afsnittene om asymptomatisk bakteriuri, urinvejsinfektioner og GBS i kapitel 8.

Boks

Anbefalinger vedr. urinundersøgelse

- Urinundersøgelse for opsporing af diabetes gennemføres en gang i henholdsvis 1. og 2. trimester og ved hver svangrekonsultation i 3. trimester
- Urinundersøgelse for albumin foretages en gang i henholdsvis 1. og 2. trimester og ved hver svangrekonsultation i 3. trimester
- Urinundersøgelse for asymptomatisk bakteriuri gennemføres ved første og anden graviditetskonsultation i almen praksis

Boks slut

6.5. Gynækologisk undersøgelse

Værdien af rutinemæssig gynækologisk undersøgelse i graviditeten er ikke dokumenteret.

6.5.1. Vaginaleksploration

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

Et normalt fund ved vaginaleksploration udelukker ikke påvirkning af de cervicale forhold. Hvis der er klinisk mistanke om modning af de cervicale forhold fx pga. mange kontraktioner, tyngdefornemmelse eller rigeligt vandigt udflåd, bør kvinden henvises til obstetrisk afdeling med henblik på evt. ultralydsundersøgelse af cervix. Se endvidere kapitel 9.

Boks

Anbefalinger vedr. GU og vaginal eksploration

- Vaginal eksploration foretages ikke ved de rutinemæssige svangrekonsultationer
- GU udføres på indikation (blødning, smerter, m.v)
- Ved klinisk mistanke om præmatur påvirkning af de cervicale forhold henvises den gravide til obstetrisk afdeling med henblik på evt. vaginal ultralydsundersøgelse af livmoderhalsen

Boks slut**6.5.2. Bækkenvurdering**

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

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

Boks**Anbefalinger vedr. bækkenvurdering**

- Rutinemæssig vurdering af bækkenet foretages ikke ved de rutinemæssige svangrekonsultationer
- Ved særlige forhold henvises den gravide til vurdering ved fødselslæge

Boks slut**6.6. Tilvækst og fosterstilling**

De fleste gravide kvinder i Danmark har en ukompliceret graviditet og føder et raskt barn til terminen. Dog er der nogle komplikationer i graviditeten som abort, væksthæmning og præmatur fødsel, som forbliver almindelige, og raterne for intrauterin fosterdød har kun ændret sig minimalt de seneste år. Det overordnede mål med svangreomsorgen er at optimere sundhed for mor og barn, heriblandt at forebygge og diagnosticere væksthæmning hos fosteret.

6.6.1. Fostervækst

Systematisk undersøgelse af livmoderens og fosterets størrelse, fosterstilling og hjertelyd indgår i den kliniske undersøgelse.

Fostervækst kan bedømmes ved:

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

Symfyse-fundus-mål

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

Symfyse-fundus-mål under normalområdet kan skyldes, at barnet er lille – evt. vækstretarderet – samt at der er nedsat mængde fostervand. Symfyse-fundus-mål over normalområdet kan forekomme ved fedme, tvillinger, for meget fostervand og hvis der er tale om et meget stort barn. Symfyse-fundus-målet kan desuden afvige som følge af forkert terminsberegning.

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

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

Klinisk fosterskøn

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

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

Vurdering ved ultralydsundersøgelse

Undersøgelse af fosterets vækst ved ultralydsundersøgelse er indiceret:

- når fosterskøn tyder på stagnerende eller ikke normal tiltagende fostervækst
- når symfyse-fundus-målet er for lille eller for stort
- Ved tidligere fødsel af et vækstretarderet barn eller maternel sygdom med risiko for påvirkning af foster-tilvækst foretages regelmæssig vurdering af fostertilvækst ved ultralydsundersøgelse

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

6.6.2. Fosterstilling

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

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

6.6.3. Overvågning af fosterbevægelser

Den gravide vil oftest registrere fosterbevægelser efter 20 uger, dog ikke nødvendigvis dagligt i de første uger herefter. Der er betydelig individuel variation i oplevelsen af fosterets bevægelser, ligesom kvinder kan opleve forskelle fra én graviditet til en anden. Ved en normal graviditet oplever kvinden almindeligvis, at fosteret bevæger sig flere gange dagligt efter uge 24.

Mindre liv

Gravide skal informeres om at henvende sig til en jordemoder eller obstetrisk afdeling, hvis de mærker mindre liv. Henvender kvinden sig, fordi barnet bevæger sig klart mindre end vanligt eller slet ikke bevæger sig, tilby-

des hun undersøgelse hos en jordemoder eller på obstetrisk afdeling. Efter uge 24-26 tilbydes den gravide klinisk undersøgelse suppleret med CTG og/eller ultralydsundersøgelse. Det er ikke tilstrækkeligt at høre en normal hjertelyd, når kvinden mærker mindre liv eller slet ikke mærker liv.

En undersøgelse af godt en halv million graviditeter vedrørende effekten af rutinemæssig tælling af fosterbevægelser med formål at forebygge intrauterin fosterdød viser ingen effekt (Norman 2018).

Boks

Anbefalinger vedr. tilvækst og fosterstilling

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

Boks slut

6.7. Celleprøve fra livmoderhalsen (smear)

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

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

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

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

Boks

Anbefalinger vedr. celleprøve fra livmoderhalsen

- Rutinemæssig undersøgelse med celledrab (smear) bør ikke udføres under graviditet

- Ved klinisk mistanke om præ- eller manifest maligne tilstande bør kvinden henvises til vurdering undersøgelse på gynækologisk afdeling med kolposkopi og evt. biopsi i stedet for smear

Boks slut

Referencer til kapitel 6

Bogaerts A et al (2013). Interpregnancy weight change and risk for adverse perinatal outcome. *Obstet Gynecol* 122(5):999-1009

Caughey AB et al (2008). First- vs second-trimester ultrasound: the effect on pregnancy dating and perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Jun;198(6):703.e1-5; discussion 703.e5-6. doi: 10.1016/j.ajog.2008.03.034.

Deputy NP et al (2015). Prevalence and characteristics associated with gestational weight gain adequacy. *Obstet Gynecol* 125(4):773-81.

DSOG (2009). Terminsfastsættelse. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk/>

Goldstein RF et al (2017). Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 317(21):2207-2225. doi: 10.1001/jama.2017.3635.

Institute of Medicine and National Research Council (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12584>.

Kirkegaard H et al (2015). Maternal weight change from prepregnancy to 7 years postpartum - the influence of behavioral factors. *Obesity (Silver Spring)* 23(4):870-8. doi: 10.1002/oby.21022.

Mahendru AA et al (2016). Gestational length assignment based on last menstrual period, first trimester crown-rump length, ovulation, and implantation timing. *Arch Gynecol Obstet*. 294(4):867-76.

Mamun AA et al (2010). Associations of excess weight gain during pregnancy with long-term maternal overweight and obesity: evidence from 21 y postpartum follow-up. *Am J Clin Nutr* 91(5):1336-41.

Mamun AA et al (2011). Associations of maternal pre-pregnancy obesity and excess pregnancy weight gains with adverse pregnancy outcomes and length of hospital stay. *BMC Pregnancy Childbirth* 11:62.

Nohr EA et al (2008). Combined associations of prepregnancy body mass index and gestational weight gain with the outcome of pregnancy. *Am J Clin Nutr* 87(6):1750-9. Erratum in: *Am J Clin Nutr* 2008 Dec;88(6):1705.

Norman JE et al (2018). Awareness of fetal movements and care package to reduce fetal mortality (AFFIRM): a stepped wedge, cluster-randomised trial. *Lancet* 392(10158):1629-1638.

Rong K et al. (2015). Pre-pregnancy BMI, gestational weight gain and postpartum weight retention: a meta-analysis of observational studies. *Public Health Nutr* 18(12):2172-82. doi: 10.1017/S1368980014002523.

Tunón K et al (1998). The impact of fetal, maternal and external factors on prediction of the day of delivery by the use of ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998;11:99–103

7. Blodsygdomme og immunforsvarsreaktioner

7.1. Anæmi

Boks

Anbefalinger vedr. jerntilskud

- Gravide tilrådes et dagligt jerntilskud på ca. 40-50 mg* fra uge 10 – eller senest fra uge 18 – og resten af graviditeten
- Gravide med særlig risiko for jernmangel og anæmi bør have målt hæmoglobin og ferritin ved første graviditetskonsultation i almen praksis
- Den gravide bør gøres opmærksom på, at jerntabletter ligesom andre tableter skal opbevares utilgængeligt for børn

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

Boks slut

7.1.1. Baggrund

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

Det daglige jernindtag i kosten vil hos størstedelen ikke være tilstrækkeligt til at dække det øgede behov under graviditeten.

Samtidig har danske fertile kvinder generelt lave jerndepoter, og kun godt en tredjedel har tilstrækkelige jerndepoter til en normal graviditet. Der er derfor en øget risiko for at udvikle jernmangel og som følge heraf evt. jernmangelanæmi. Uden jernbehandling skønnes 1/3 at have jernmangelanæmi og yderligere 1/6 at have jernmangel i slutningen af graviditeten (Milman 2017). Endvidere er jernmangel eller jernmangelanæmi i graviditeten kombineret med blodtab ved fødslen en væsentlig årsag til anæmi efter fødslen (Johannsen 2015).

Definitioner

Anæmi:

- 1. trimester: hæmoglobin <6,8 mmol/l
- 2. & 3. trimester: hæmoglobin <6,5 mmol/l
- Post partum (<6 uger): hæmoglobin <6,2 mmol/l
- Svær anæmi: hæmoglobin <4,3 mmol/l

Jernstatus:

- Lave jerndepoter: serum ferritin <30 µg/l
- Jernmangel: serum ferritin <15 µg/l

Gravide med særlig risiko

Tilstande med øget jerntab eller mindsket optag øger risikoen for jernmangel og jernmangelanæmi. Patologisk tab ses ved kraftige eller hyppige menstruationer, ved hyppige graviditeter og korte graviditetsintervaller samt gastrointestinalblødning. Mindsket optag ses ved dårlig eller ensidig ernæring, behandling med syreneutraliserende medicin, inflammatorisk tarmsygdom og lignende samt hos gastric bypass opererede.

Da symptomerne på anæmi er uspecifikke, vil behandling alene på baggrund af symptomer på jernmangel eller anæmi være behæftet med stor usikkerhed. Endvidere er det ikke muligt at forudse jernmangel i graviditeten alene baseret på anamnesen.

Der er ikke international konsensus om, hvorvidt man skal give generel eller individuel jernprofylakse, ligesom der ikke er enighed om, hvorvidt serum ferritin og/eller hæmoglobin bør anvendes til screening af gravide, eller på hvilket tidspunkt i graviditeten man bør screene. I Sverige, Norge og UK anvendes forskellige screeningsmodeller, hvorimod US Preventive Task Force i deres rekommandation fra 2015 har frafaldet den tidligere anbefaling om screening, da der ikke foreligger studier omhandlende fordele eller ulemper/skader ved screening af gravide for jernmangel og jernmangelanæmi (Cantor 2015).

7.1.2. Sundhedsmæssige effekter af jerntilskud

Det vides især fra udviklingslande, at jernmangelanæmi er en risikofaktor for tidlig fødsel og lav fødselsvægt. Der er ikke fundet tilsvarende resultater ud fra danske undersøgelser med andre levevilkår.

De positive effekter hos fosteret ved jerntilskud vil primært være, at man sikrer tilstrækkelig jern til udvikling af de vitale organer samt mulighed for at opbygge tilstrækkeligt store jerndepoter til de første levemåneder.

De positive effekter hos moderen er forebyggelse af jernmangelanæmi både under graviditeten og efter fødslen, hvilket har betydning for det generelle velbefindende og den fysiske formåen. Ved 5-10 % af alle fødsler er blodtabet så stort, at moderen udvikler blødningsanæmi, og det er derfor væsentligt, at den gravides jerndepoter ikke tømmes (Johannsen 2015). Kvinder, der har taget jerntilskud under graviditeten, har en bedre jernstatus post partum end kvinder, der ikke har taget jerntilskud. Det er også vist, at graviditet har betydning for jernstatus i årene frem. Således har kvinder, der har født, lavere s-ferritin sammenlignet med kvinder, der ikke har født. Og kvinder, der har fået flere børn, har mindre jerndepoter, end kvinder der kun har gennemført én graviditet. På den baggrund anbefaler WHO jerntilskud under graviditeten (WHO 2016a og 2016b).

Det er ikke påvist, at et profylaktisk moderat jerntilskud har skadelige effekter. En lille gruppe gravide (0,35 % af befolkningen svarende til omkring 200 gravide årligt) er homozygote bærere af genmutationer, der leder til hæmokromatose. Det er dog ikke alle homozygote bærere, der udvikler sygdommen, og den negative effekt af jerntilskud i en begrænset periode på nogle måneder, hvor jernbehovet naturligt er større end normalt, er formentlig begrænset. Endvidere er der ikke kendte negative effekter for fosteret af maternal forhøjet jernabsorption.

Dog kan forekomme gastrointestinale bivirkninger ved peroral jernbehandling, der anses for ikke-alvorlige og forbigående men kan være generende for den gravide og forveksles med mere alvorlige tilstande.

7.1.3. Jerntilskud

Hovedparten af danske kvinder vil have behov for et jerntilskud under graviditet for at forebygge udtømmning af jerndepoterne.

Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor ud fra en samlet vurdering generel jernprofylakse under graviditet. Det er af flere grunde hensigtsmæssigt at stile efter den lavest effektive dosis, og danske undersøgelser har vist, at 40 mg/dag senest fra uge 18 er tilstrækkeligt til at forebygge jernmangel i 90 % af tilfældene og jernmangelanæmi i 95 %.

Hos gravide med særlig risiko for jernmangel eller anæmi eller hvis der er klinisk mistanke herom, måles hæmoglobin og serum ferritin ved første graviditetskonsultation i almen praksis eller senere hvis mistanken opstår.

Hvis der i graviditeten konstateres lave jerndepoter (vurderet ved serum ferritin), anbefales peroral jerntilskud. Hos kvinder med manglende effekt af peroral jern eller hvor peroral behandling ikke er mulig, kan intravenøs administration af jern overvejes. Effekten af behandlingen bør kontrolleres efter 4-8 uger afhængig af graden af mangel. Ved jernmangel og anæmi bør der tilbydes tilvækstkontrol af foster.

7.2. RhD (rhesus)-immunisering

Boks

Anbefalinger vedr. forebyggelse af RhD immunisering

Rutineprøver

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

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

Rutinemæssig profylakse

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

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

Profylakse på særlige indikationer

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

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

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

Boks slut

7.2.1. Baggrund

15 % af gravide har RhD-negativ blodtype, hvoraf 60 % bærer på et foster med RhD-positiv blodtype. I Danmark, hvor fødselstallet i 2018 er godt 60.000 årligt, svarer det til ca. 9.000 gravide med RhD-negativ blodtype, hvoraf ca. 5.400 bærer et foster med RhD-positiv blodtype.

Fra 1969 til 2010 tilbød man i Danmark postnatal RhD profylakse til rhesus-negative kvinder, der havde født et rhesus-positivt barn. Postnatal RhD profylakse medførte et dramatisk fald i antallet af immuniserede kvinder og dermed reduktion af antal tilfælde af hæmolytisk sygdom hos fostre og nyfødte (erythroblastose) samt intrauterin fosterdød (Clark 1994).

Erythrocyt immunisering skyldes, at blodlegemer fra fosteret passerer over i moderen ved en føto-maternel blødning. Føto-maternel blødning kan ske under hele graviditeten, men risikoen stiger i løbet af graviditeten og FMB toppe i hyppighed og volumen under fødslen.

Fosterets RhD type kan bestemmes på en blodprøve fra moderen, idet moderens blod indeholder små mængder af frit arvemateriale fra fosteret (Clausen 2012).

Sundhedsstyrelsen valgte på den baggrund i 2010 at supplere tilbuddet til rhesus-negative gravide med antenatal profylakse til gravide, der bærer et RhD positivt barn. De videnskabelige undersøgelser, der har ligget til grund for beslutningen, har anvendt injektion i graviditetsuge 28 (Koelewijn 2008, Moise 2018). I det danske program blev det af praktiske hensyn besluttet at ændre tidspunktet til uge 29, idet det blev skønnet, at det ikke ville svække effekten væsentligt, at injektionen blev givet lidt senere. Halveringstiden for anti-D immunglobulin er ca. 3 uger.

Før 2010 forekom erythrocyt immunisering stadig i ca. 1,5 % af tilfældene, svarende til knapt 100 kvinder om året. På baggrund af data fra udlandet forventedes hyppigheden at blive reduceret til ca. 0,5 % (McBain 2015, Koelewijn 2008, Tiblad 2013). Der foreligger endnu ikke en endelig opgørelse af effekten af den antenatale profylakse, men foreløbige data tyder på et betydeligt fald i hyppigheden af immuniserede blandt rhesus-negative gravide. Tal fra Rigshospitalet viser således, at i perioden før indførelsen af antenatal Rh profylakse (2001-2010) var det årlige antal gravide henvist med alvorlig RhD immunisering i gennemsnit omkring 35. Siden 2014, 4 år efter indførelsen, har antallet af immuniserede været ca. 10 om året svarende til et fald på 70 %. Det betyder, at hyppigheden af RhD immunisering med behov for intrauterin blodtransfusion har været faldende.

7.2.2. Forebyggelse af RhD immunisering

Rutineprøver

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

Alle RhD-negative gravide får taget en blodprøve til screening for irregulære blodtypeantistoffer i uge 25 hos den praktiserende læge. Samtidig undersøges fosterets RhD type på en anden blodprøve, således at obstetrisk afdeling har svaret og kan handle på det, når kvinden kommer til jordemoder i uge 29. Svaret tilgår desuden den praktiserende læge til orientering.

Rutinemæssig profylakse

Den profylaktiske behandling består af en indsprøjtning med anti-D immunglobulin i uge 29, som beskytter under graviditeten (halveringstiden er ca. 3 uger) og en indsprøjtning efter fødslen, som forebygger immunisering ved føto-maternel blødning under fødslen.

Under graviditeten

Rhesus-negative kvinder, der venter et rhesus-positivt barn og som ikke har antistoffer, tilbydes injektion med 250-300 µg anti-D immunglobulin i forbindelse med jordemoderkonsultationen i uge 29.

Hvis fosterets rhesustype fejlagtigt ikke er bestemt i uge 25, bør det gøres snarest muligt derefter, og anti-D immunglobulin gives så snart svaret foreligger, såfremt det viser indikation for profylakse. Hvis en gravid, som skulle have haft det, ikke har fået anti-D immunglobulin i uge 29, gives injektionen snarest muligt uanset hvor langt hun er i graviditeten.

Efter fødslen

Ikke-immuniserede rhesus-negative kvinder, som har født et rhesus-positivt barn gives injektion med 250-300 µg anti-D hurtigst muligt og senest inden for 72 timer efter fødslen.

Kun i de få tilfælde, hvor barnets rhesustype ikke foreligger ved fødslen, undersøges barnets blodtype på navlesnorsblod før der evt. gives anti-D immunglobulin.

Profylakse på særlige indikationer

Før graviditetsuge 8+0

Der er ikke behov for behandling med anti-D immunglobulin til og med uge 7 + 6, uanset om der er foretaget et indgreb eller ej, da risikoen for immunisering anses for minimal.

Fra graviditetsuge 8+0 til uge 19+6

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

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

Efter graviditetsuge 20+0

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

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

Ved ovenstående supplerende indikationer gives anti-D én gang. Ved gentagne blødningsepisoder gives ikke yderligere anti-D.

Administration af anti-D immunoglobulin

Anti-D immunglobulin skal ordineres af en læge. En læge kan delegere administrationen heraf til en medhjælp. Lægen har i den forbindelse ansvar for at sikre sig, at medhjælpen er instrueret i tilstrækkeligt omfang og er kvalificeret til at varetage opgaven. Lægen skal endvidere sikre, at medhjælpen kan behandle evt. komplikationer. En jordemoder eller sygeplejerske kan derfor godt give injektionen. Ved injektionsbehandling skal der være adrenalin til rådighed i tilfælde af anafylaktisk shock.

På hospitaler kan overlægen give en generel bemyndigelse til, at de i afdelingen ansatte jordemødre selvstændigt vurderer behovet for anvendelse af anti-D immunglobulin og iværksætter behandling hermed.

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

7.3. Hæmoglobinopatier

Boks

Anbefalinger vedr. hæmoglobinopatier

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

Hvis den gravide viser sig at være heterozygot for β -thalassæmi, seglcelleanæmi og visse typer af α -thalassæmi, tilbydes undersøgelse af faderen, såfremt han også kommer fra ét af ovennævnte steder og ikke tidligere er undersøgt.

Hvis begge forældre er bærere af en hæmoglobinopati, tilbydes de genetisk rådgivning i obstetrisk regi.

Boks slut

Hæmoglobinopatier er verdens hyppigste arvelige sygdomme, og undersøgelser i Danmark har vist, at 3-4 % af indvandrerbefolkningen bærer et hæmoglobinopati gen. Sygdommene nedarves autosomt recessivt, og for de hyppigste hæmoglobinopatier (α - og β -thalassæmi og seglcelleanæmi) er det karakteristisk, at heterozygote er raske eller næsten raske.

Kvinder, som er heterozygote for thalassæmi, vil ofte have en ikke-symptomgivende mikrocytær nedsat erytrocyt middelcelle-volumen (MCV)-, eller middelcelle hæmoglobin (MCH) anæmi, hvilket kan forveksles med jernmangelanæmi. Kvinder, som er bærere af hæmoglobin S, vil sædvanligvis have normal hæmoglobin og være uden symptomer. Derimod er homozygote for både β -thalassæmi og seglcelleanæmi meget syge, og sygdommene er forbundet med svære symptomer og øget mortalitet. Sygdomsgraden for α -thalassæmi er meget varierende og oftest noget mildere. De terapeutiske muligheder er både kostbare, besværlige og i mange tilfælde vanskelige at gennemføre, hvorfor screening for disse sygdomme er relevant. På grund af den øgede indvandring over de sidste år har man observeret et stigende antal patienter med hæmoglobinopatier.

7.3.1. Undersøgelse af gravide med oprindelse fra ikke-vestlige lande for hæmoglobinopati

Undersøgelse af gravide for seglcelleanæmi og thalassæmi har været gennemført gennem de sidste 40 år i en række vestlige lande. Antallet af fødsler af børn med alvorlig sygdom er faldet betydeligt. I takt med stigende indvandring til Danmark fra endemiske områder er antallet af undersøgte steget fra knap 1.000 i midten af nullerne til i 2016 knap 2.400. En MTV-undersøgelse fra 2009 viste, at kun knapt 1/3 af kvinder i målgruppen blev undersøgt for hæmoglobinopatier (Sundhedsstyrelsen 2009).

Gravide med oprindelse fra følgende lande tilbydes undersøgelse:

- Afrika
- Afroamerikanere
- Nordlige middelhavslande (Portugal, Spanien, Italien, Balkanlandene, Grækenland, Tyrkiet)
- Mellemøsten (Syrien, Libanon, Israel, Palæstina, landene på Den Arabiske Halvø, Iran og Irak)
- Indien, Afghanistan, Bangladesh og Pakistan
- Kina
- Sydøstasien (Cambodia, Laos, Myanmar, Vietnam, Thailand, Malaysia, Filippinerne og Oceanien)

Hurtigst muligt efter påvist graviditet sendes en prøve med EDTA-blod til det lokale laboratorium med henblik på hæmoglobintype:

- Hæmoglobintype gruppe: Hb(B) (NPU 17703)

Den kan bestilles fra alle hospitaler og fra privat praksis. Svaret vil komme med en vejledning om konsekvensen af eventuelle fund.

Fra en række områder, hvor kun udredning for thalassæmi er relevant (den europæiske del af Middelhavsområdet og Tyrkiet), kan undersøgelsen initialt foretages af det lokale laboratorium ved en bestemmelse af MCV (erythrocyt middelcellevolumen) eller MCH (middelcelle hæmoglobin).

- MCV værdi ≥ 78 femtoliter (fl) og/eller MCH $\geq 1,7$ fmoL udelukker med stor sandsynlighed thalassæmi.
- MCV < 78 fl og/eller MCH $< 1,7$ fmoL fordrer hæmoglobin type, som ovenfor beskrevet.

Hvis den gravide er heterozygot for α - eller β -thalassæmi eller seglcelleanæmi, bør faderen tilbydes undersøgelse, såfremt denne også kommer fra et af ovennævnte lande og ikke tidligere er undersøgt.

Hvis begge forældre er heterozygote for en hæmoglobinopati henvises til obstetrisk afdeling til genetisk rådgivning og evt. prænatal diagnostik for at undersøge, om fosteret er homozygot med risiko for svær hæmoglobinopati.

7.4. Graviditetskomplikationer associeret til arvelig og erhvervet trombofili

Boks

Anbefalinger vedr. trombofili

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

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

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

Gravide med diagnosticeret trombofilitilstand og som tidligere har haft én af de nævnte graviditetskomplikationer, henvises til obstetrisk afdeling efter erkendt graviditet med henblik på vurdering af eventuel indikation for blodfortyndende behandling.

Boks slut

Graviditeten i sig selv udgør en øget risiko for dannelse af venøse blodpropper i ben og lunger, da mængden af nogle af koagulationsfaktorerne er øget, og mængden af de naturlige antikoagulanter er nedsat. Hvis den gravide derudover har trombofili; en tilstand, der disponerer til tromboembolisk sygdom på grund af dysregulation i koagulationssystemet, er risikoen for venøs trombose under graviditeten yderligere øget.

Ved tilstedeværelse af erhvervet trombofili som fx antifosfolipidantistoffer og ved arvelig trombofili som faktor V Leiden varianten eller faktor II varianten er der i varierende grad øget risiko for trombose i graviditeten. En specifik risikovurdering er nødvendig i forbindelse med graviditeten med henblik på stillingtagen til tromboseprofylakse.

Udredningen foretages bedst, når kvinden *ikke* er gravid og minimum 3 måneder efter sidste graviditet, da nogle analyseresultater er svære at tolke hos gravide. Hvis den gravide tidligere har oplevet en af de nævnte,

alvorlige graviditetskomplikationer, og *ikke* tidligere er blevet udredt, anbefales alligevel henvisning til obstetrisk afdeling efter erkendt graviditet med henblik på udredning og eventuel indikation for blodfortyndende behandling.

Hos gravide, som har haft venøs trombose eller én af de nævnte graviditetskomplikationer, og som har fået påvist en nedarvet eller erhvervet trombofili tilstand, vurderes det i samråd med obstetrisk afdeling om der er indikation for forebyggende blodfortyndende medicinsk behandling. Man behandler som hovedregel med lavmolekylært heparin, der primært anvendes som tromboseprofylakse. Da behandlingen bør påbegyndes tidligt i graviditeten, henvises kvinden til obstetrisk afdeling efter erkendt graviditet med henblik på vurdering af eventuel indikation for blodfortyndende behandling.

Referencer til kapitel 7

Cantor AG et al (2015). Routine iron supplementation and screening for iron deficiency anemia in pregnancy: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 162(8):566-76.

Clarke C (1994). Decline in deaths from Rhesus haemolytic disease of the newborn. *Journal of the Royal College of Physicians* 1994;28:310-1.

Clausen FB et al. Report of the first nationally implemented clinical routine screening for fetal *RHD* in RhD negative women to ascertain the requirement for antenatal RhD prophylaxis. *Transfusion* 2012;52: 752-8.

Johannsen EC et al (2015). Post partum-jernmangelanæmi. *Ugeskr Læger* 177:V08140430

Koelewijn JM et al (2008). One single dose of 200 µg of antenatal RhIG halves the risk of anti-D-immunization and hemolytic disease of the fetus and newborn in the next pregnancy. *Transfusion* 48:1721-9.

McBain RD et al (2015). Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database Syst Rev*. (9):CD000020.

Milman N et al (2017). Iron status in pregnant women and women of reproductive age in Europe. *Am J Clin Nutr* 106(Suppl 6):1655S-1662S.

Moise KJ, Lockwood CJ, Silvergleid AJ et al. Prevention of Rhesus (D) alloimmunization in pregnancy. *UpToDate* jan. 2018

Sundhedsstyrelsen (2009). Screening af gravide indvandrere for hæmoglobinopati. MTV-rapport.

Tiblad E et al (2013). Targeted Routine Antenatal Anti-D Prophylaxis in the Prevention of RhD Immunisation - Outcome of a New Antenatal Screening and Prevention Program. *PLoS ONE* 2013 8(8): e70984.

WHO (2016a). Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva, World Health Organization. <http://www.who.int>

WHO (2016b). Guideline: Daily iron supplementation in adult women and adolescent girls. Geneva, World Health Organization. <http://www.who.int>

8. Graviditet og infektioner

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

Første del af kapitlet omhandler foranstaltninger til forebyggelse af infektioner hos den gravide eller fosteret. Nogle infektioner kan forebygges allerede inden graviditeten ved rådgivning og evt. vaccination af kvinder med graviditetsønske.

Anden del omhandler undersøgelse og screening for en række specifikke infektioner i graviditeten med det formål at identificere og behandle sygdomme, der kan skade den gravide eller fosteret, eller forhindre, at de overføres til fosteret.

Undersøgelser og forebyggende tiltag bør også, hvor relevant, omfatte andre medlemmer af husstanden der kan udsætte kvinden for smitte.

8.1. Forebyggelse af infektioner inden graviditet

8.1.1. Vaccination for rubella og varicella inden graviditet

Rubella (røde hunde) og varicella (skoldkopper) kan forårsage skader hos fosteret, hvis kvinden smittes under graviditeten. Begge disse sygdomme kan forebygges ved vaccination forud for graviditeten. Prækonceptionel rådgivning bør derfor omfatte en stillingtagen til behovet for at beskytte kvinden over for disse sygdomme, før hun bliver gravid.

- Kvinder der ikke tidligere er blevet MFR-vaccineret tilbydes vederlagsfri vaccination mod rubella i form af MFR-vaccination, der også beskytter mod mæslinger og fåresyge. Der bør gå 1 måned fra MFR-vaccination til konception
- Fra 1. april 2018 kan alle personer over 18 år tilbydes vederlagsfri vaccination mod mæslinger, hvorfor der også bør tages stilling til MFR-vaccination af partner
- Næsten alle kvinder, der er født og opvokset i Danmark har haft varicella, men det gælder ikke nødvendigvis kvinder, der er opvokset i udlandet. Hos kvinder i den fødedygtige alder, der ikke har haft varicella eller ikke tidligere er blevet vaccineret for dette, kan det efter konkret skøn være relevant at give vaccination for at beskytte mod smitte under graviditeten. Kvinden skal dog selv betale vaccinen. Der bør gå 1 måned fra varicella-vaccination til konception

8.1.2. Difteri- stivkrampe(tetanus)-kighoste-boostervaccination

I Danmark vil størsteparten være vaccineret mod hhv. difteri, stivkrampe(tetanus) og kighoste igennem børnevaccinationsprogrammet. Men da vaccinationen bør boostes hvert 10.år, kan der være kvinder, der ikke er tilstrækkeligt beskyttet. Kighoste og stivkrampe er særligt farligt for spædbørn. Hvis kvinden nyligt er vaccineret overføres antistoffer fra mor til barn og beskytter derved barnet, indtil det selv bliver vaccineret.

Man bør i forbindelse med prækonceptionel rådgivning spørge til kvindens status på vaccination mod difteri-tetanus-kighoste. En booster-vaccination bør være givet inden for de sidste 10 år. Vaccinationen gives, hvis det

er muligt, før graviditeten, men kan også gives under graviditeten, da der ikke er påvist øget risiko for bivirkninger ved vaccination mod difteri-tetanus-kighoste under graviditet (McMillan 2017). Vaccination tilbydes ikke vederlagsfrit, og kvinden skal selv betale en evt. booster-vaccination.

8.1.3. Hepatitis B vaccination inden graviditet

Hepatitis B(HBV)-infektion kan overføres med blod, ved seksuel kontakt, ved intravenøst stofbrug og fra mor til barn ved fødslen. Kvinder bør prækonceptionelt spørges til deres risiko for HBV-smitte og tilbydes vaccination, hvis de tilhører en af risikogrupperne:

- Personer, der enten bor sammen med en person med kronisk HBV-infektion, er fast seksualpartner til en person med kronisk HBV- infektion, tidligere har fået diagnosticeret hepatitis C infektion eller er injektionsnarkoman bør tilbydes gratis vaccination mod hepatitis B. Vaccination tilbydes vederlagsfrit jf. *Bekendtgørelse nr. 746 af 29/06/2006 om gratis hepatitisvaccination til særligt udsatte persongrupper* (<https://www.retsinformation.dk>)

8.1.4. Udlandsrejser inden graviditet

Kvinder, der aktuelt påtænker at blive gravide, bør overveje at udskyde ikke-nødvendige rejser til områder med forekomst af zikavirus (fx Thailand), indtil efter graviditeten. For oversigt over områder se:

<https://www.ssi.dk/aktuelt/sygdomsudbrud/zikavirus>

Læs mere i afsnit 8.27 om zika.

8.1.5. Rådgivning om seksuelt overførbare infektioner

Kvinder, der planlægger graviditet, og deres partnere bør informeres om forebyggelse af seksuelt overførbare infektioner på linje med andre patientgrupper

8.2. Forebyggelse af infektioner under graviditet

8.2.1. Graviditet og vaccination

Graviditet skal ikke afholde fra vaccination med inaktiverede vacciner i tilfælde, hvor det er muligt at forebygge en betydende risiko for sygdom hos den gravide og fosteret. Levende svækkede vacciner er dog i reglen kontraindicerede til gravide. Hvis en gravid vaccineres med en levende svækket vaccine, er der imidlertid ikke indikation for at afbryde svangerskabet.

I Danmark anvendes inaktiverede vacciner til vaccination mod influenza. Det anbefales, at gravide i 2.-3. trimester bliver vaccineret mod influenza i perioden 1. november til 28. eller 29. februar inkl. fordi:

- Influenzavaccination nedsætter risikoen for komplikationer og for indlæggelse hos gravide
- den nyfødte bliver beskyttet af mors antistoffer i de første levemåneder
- der er ikke påvist øget risiko for bivirkninger ved influenzavaccination under graviditet

Læs mere i afsnit 8.17 om influenza.

Se endvidere *Influenzavaccination beskytter også gravide og deres spædbørn mod influenza*. Rationel Farmakoterapi 8, 2019, <https://www.sst.dk/>

8.2.2. Vaccination af husstanden

Der kan ikke vaccineres mod rubella og varicella under graviditet, men det kan efter konkret skøn være relevant at vaccinere evt. ubeskyttede medlemmer af husstanden både for at beskytte dem selv, den gravide og det nyfødte barn. I det hele taget bør det sikres, at evt. større børn følger børnevaccinationsprogrammet, også af hensyn til det nyfødte barn.

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).

8.2.3. Graviditet og hygiejne

Gravide bør informeres om god hygiejne, herunder fødevarehygiejne, og forsigtighed ved kontakt til dyr, se nærmere under afsnit om toxoplasmose, listeria og Q-feber.

8.2.4. Graviditet og udlandsrejser

Gravide bør forud for en rejse grundigt informeres om risiko for rejserelaterede infektioner. Særligt zika, rubella, malaria og dengue indebærer en risiko for fosteret, hvis den gravide smittes. Gravide har desuden højere risiko for komplikationer ved andre rejserelaterede infektioner.

Gravide anbefales at udskyde ikke-nødvendige rejser til områder med forekomst af zikavirus (fx Thailand) indtil efter graviditeten. For oversigt over områder se: <https://www.ssi.dk/aktuelt/sygdomsudbrud/zikavirus>
Læs mere i afsnit 8.27 om zika.

Hvis gravide, trods nøje information om risici, påtænker at rejse til områder med risiko for smitte med rejserelaterede sygdomme, bør de informeres grundigt om forebyggende tiltag mod insektstik og fødevarebårne sygdomme. Der kan gives malariaforebyggende medicin eller vaccination mod visse sygdomme efter en konkret vurdering af risici. Den gravide bør også informeres om at henvende sig til sundhedsvæsenet, hvis hun skulle blive syg under rejsen eller lige efter hjemkomsten.

Der henvises til Statens Serum Instituts information om beskyttelse af gravide rejsende, www.ssi.dk.

8.3. Forebyggende behandling ved eksposition under graviditet

Ved eksposition for smitte med visse sygdomme kan der – efter konkret vurdering af smitterisikoen – gives forebyggende behandling (post-exposure profylakse) for at forhindre, at sygdommen udvikles, se tabel 8.1. Dette gælder også hos gravide, med mindre der foreligger andre kontraindikationer.

Vaccination med levende svækkede vacciner (mæslinger, varicella) må ikke anvendes til gravide, men der kan i stedet gives immunglobulin ved eksposition.

Vaccination (inaktiveret)	Immunglobulin	Antibiotika
<ul style="list-style-type: none"> • Meningokoksygdom • Hepatitis A • Hepatitis B • Rabies • Tetanus (stivkrampe) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mæslinger • Varicella 	<ul style="list-style-type: none"> • Meningokoksygdom • Kighoste

Tabel 8.1: Forebyggende behandling til gravide ved eksposition.

Styrelsen for Patientsikkerhed afgrænser, hvem blandt de nære kontakter, der skal tilbydes forebyggende behandling ved tilfælde af meningokoksygdom og følger op med konkret anbefaling om vederlagsfri vaccination, hvis tilfældet kan typebestemmes, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om forebyggelse ved tilfælde af meningokoksygdom (VEJ nr 9329 af 28/03/2017, www.retsinformation.dk).

Der henvises til information om post-exposure profylakse på Statens Serum Instituts hjemmeside:

<https://www.ssi.dk/vaccinationer/post-eksposure>

8.4. Screening ved første graviditetskonsultation i almen praksis

Ved første graviditetskonsultation i almen praksis tilbydes alle gravide screening for en række infektioner, og den gravide udspørges om risikofaktorer med henblik på yderligere undersøgelser.

Generel screening: Alle gravide tilbydes screening for hepatitis B virus infektion, hiv-infektion og syfilis samt for asymptomatisk bakteriuri.

Undersøgelse på indikation: Den gravide udspørges om risikofaktorer for seksuelt overførte infektioner som hepatitis C, gonoré og klamydia, om risikofaktorer for MRSA og CPO samt om rejser i områder med forekomst af zika, malaria og dengue.

Gravide udspørges endvidere om MFR-vaccinations status med henblik på stillingtagen til evt. MFR-vaccination efter afsluttet graviditet.

Gravide, der er opvokset i udlandet, udspørges om de har haft varicella eller er vaccineret for dette med henblik på stillingtagen til evt. varicella-vaccination efter afsluttet graviditet.

Generelt om undersøgelse for seksuelt overførbare infektioner

Hvis den gravide eller faderen/partneren får påvist en seksuelt overførbare infektion eller tilhører en risikogruppe, vil det være relevant også at teste den anden part. Af hensyn til tavshedspligten bør lægen ikke selv tage kontakt til den anden part med henblik på undersøgelse, med mindre patienten ønsker det, eller andre vægtige grunde taler herfor.

Vedrørende seksuelt overførbare infektioner, herunder kontaktopsporing, henvises til *Anbefalinger om forebyggelse, diagnose og behandling af seksuelt overførbare infektioner*, Sundhedsstyrelsen (2015), www.sst.dk.

Vedrørende videregivelse af helbredsoplysninger til pårørende henvises til Sundhedsstyrelsens *vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt – dialog og samarbejde med patienters pårørende* (VEJ nr 9494 af 04/07/2002, www.retsinformation.dk).

Nedenstående tabel giver en oversigt over opfølgende opgaver i almen praksis og fødeafdelingen som følge af den generelle screening af gravide for hiv, hepatitis B og syfilis (fra Statens Serum Institut, EPI-nyt 35/2017).

Tabel 1. Egen læges opgaver i gravidscreeningen

Generel screening af gravide	Blodprøve til type-bestemmelse screenes for: → Syfilis → HIV → HBsAg
Opfølgning på positive screeningstests	Syfilis → Konfirmatorisk test, hvis positiv, henvises til infektionsmedicinsk afdeling HIV → Henvises til infektionsmedicinsk afdeling HBsAg → Henvises til infektionsmedicinsk afdeling
Vaccination af barn født af HBV-bærermor	Fødeafdelingen → Immunglobulin og vaccination Praktiserende læge → Vaccination ved 1, 2 og 12 måneder
Opfølgning på vaccination af barn født af HBV-bærermor	1 måned efter endt hepatitis B-vaccinationsserie → Testes for: HBsAG HBc-antistof (total) HBsAg-antistof Hvis HBsAg-antistof < 10IU/L → Henvises til infektionsmedicinsk afdeling Hvis HBsAg eller HBc-antistof (total) positiv → Henvises til infektionsmedicinsk afdeling
Opfølgning på partner og andre børn	Screening af familien for HBsAg Hvis HBsAg positiv → Henvises til Infektionsmedicinsk afdeling Hvis HBsAg negativ → Vaccineres mod hepatitis B

Tabel 8.2: Opfølgende opgaver i den generelle screening af gravide for hiv, hepatitis B og syfilis

8.5. Undersøgelse ud fra eksposition eller sygdomstegn i graviditeten

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

Der undersøges kun for følgende infektioner ved bestemte ekspositioner og/eller sygdomstegn: rubella, parvovirus, varicella, genital herpes, akutte urinvejsinfektioner, gruppe B streptokokker, bakteriel vaginose, cytomegalovirus, toxoplasmose, listeriainfektion og Q-feber. Der udføres ikke rutinemæssig undersøgelse for disse infektioner.

8.6. Hepatitis B virus infektion (HBV)

HBV-infektion er meget udbredt på verdensplan særligt i Asien, Afrika, en del østeuropæiske lande og Grønland. Smitten overføres med blod, ved seksuel kontakt, ved intravenøst stofbrug og fra mor til barn ved fødslen. I Danmark er det overvejende personer født i lande med en høj HBV forekomst og personer med intravenøst stofbrug samt partnere til disse, der har kronisk HBV-infektion. Man anslår, at det drejer sig om omkring 15.000 personer i Danmark (Statens Serum Institut).

Gravide med kronisk HBV-infektion vil oftest være symptomfri og har ikke særlige komplikationer i graviditeten, men der op til 70 % risiko for, at barnet smittes ved fødslen. Hvis børnene smittes perinatalt, udvikler ca. 40 % en kronisk HBV-infektion med senere risiko for udvikling af levercirrose og leverkræft, og de vil kunne føre smitten videre (Li 2015).

Risikoen for smitteoverførsel fra mor til barn kan nedsættes, hvis der umiddelbart efter fødslen gives hepatitis B immunglobulin og hepatitis B-vaccination til den nyfødte efterfulgt af yderligere 3 hepatitis B-vaccinationer, når barnet er henholdsvis 1, 2 og 12 måneder gammelt (Chen 2017).

Generel screening af gravide blev gjort permanent fra 1. november 2007. Siden 2008 er mellem 0 og 3 børn om året blevet smittet med HBV-infektion ved fødslen (mod mellem 4 og 13 i årene forinden). I 2018 fandt man 153 gravide med kronisk HBV-infektion ud af 63.158 testede (0,24 %) (EPI-nyt 21/2019).

HBV-infektion er anmeldelsepligtig, og der foretages anmeldelse via en formular til Styrelsen for Patientsikkerhed og Statens Serum Institut.

Der henvises til:

- Læs mere om hepatitis B-vaccination af barnet i afsnit 12.10.
- *Vejledning om generel screening af gravide for infektion med hepatitis B virus, human immundefekt virus (hiv) og syfilis*, Sundhedsstyrelsens 2010 (VEJ nr. 9423 af 17/08/2010), (tilgængelig på www.sst.dk og www.retsinformation.dk)
- *Vejledning om HIV (human immundefekt virus), hepatitis B og C virus*, Sundhedsstyrelsens 2013 (www.sst.dk)

Boks

Anbefalinger vedr. HBV-infektion

- Alle gravide undersøges for HBV-infektion, med mindre undersøgelsen aktivt fravælges af den gravide
- Hos risikogrupper bør gentagne undersøgelser overvejes hvis relevant, samt test af partner/barnefaderen
- Der anvendes samme blodprøve til den rutinemæssige undersøgelse for blodtype, blodtypeantistoffer, HBV, hiv og syfilis ved første graviditetsundersøgelse hos lægen
- Analysen udføres i blodbanken
- Resultatet af undersøgelsen anføres i svangrejournalen og vandrejournalen
- Ved positivt svar skal egen læge:
 - indkalde den gravide til information om svaret og sikre, at hun hurtigst muligt henvises til udredning på infektionsmedicinsk afdeling
 - oplyse den gravide om at barnet skal vaccineres ved fødslen og efterfølgende efter 1, 2 og 12 måneder og at vaccinen er gratis
 - sikre, at obstetrisk afdeling informeres om positivt svar
 - sikre, at husstandsmedlemmer til patienter med nyopdaget HBV-infektion screenes og vaccineres forebyggende, hvis de er negative

Boks slut

8.7. Hepatitis C virus infektion (HCV)

HCV forekommer globalt. Sygdommen smitter overvejende via blod og kun i ringe grad ved seksuel kontakt. I Danmark er hovedparten smittet via blod ved stofbrug.

Der er en lille risiko (mindre end 5 %) for smitte med hepatitis C fra mor til barn i forbindelse med fødslen. Gravide undersøges normalt ikke for HCV, idet det ikke er muligt at forebygge den lille smitterisiko (Page 2017). Der er ikke grund til at fraråde graviditet eller amning hos kvinder med kendt HCV-infektion.

Der henvises til Sundhedsstyrelsens *vejledning om HIV (human immundefekt virus), hepatitis B og C virus*, www.sst.dk

Boks

Anbefaling vedr. HCV-infektion

- Der er ingen særlige anbefalinger vedrørende gravide. Generelt bør alle, der er født i ulandet eller har haft intravenøst stofbrug, screenes for HCV-infektion
- Alle patienter med HCV-infektion henvises til udredning på infektionsmedicinsk afdeling.

Boks slut

8.8. Hiv-infektion

Hiv-infektion er udbredt globalt, særligt i Afrika syd for Sahara og i Syd- og Sydøstasien. Infektionen er kronisk. I Danmark skønner man, at der er 6.000 personer, der lever med hiv, dog overvejende mænd som har sex med mænd (Statens Serum Institut). Hiv blandt kvinder i Danmark forekommer særligt hos indvandrere fra områder med høj forekomst af hiv, kvinder med biseksuelle partnere og partnere fra områder med høj forekomst samt kvinder med intravenøst stofbrug eller partnere med samme.

Der er stor risiko for smitte (15-35 %) af barnet i graviditeten, ved fødsel og amning (Siegfred 2011). Hovedparten af smitten foregår sent i graviditeten. Hiv-infektion giver ikke fosterskader eller misdannelser hos barnet. Antiretroviral kombinationsbehandling i graviditeten nedsætter risikoen for smitte til barnet. Hiv-positive kvinder frarådes amning.

Der har været generel screening af gravide for hiv-infektion siden 2010. I perioden 2012-2016 blev mellem 5 og 12 gravide om året testet positive for hiv gennem screeningen, de fleste af udenlandsk oprindelse. I samme periode blev 2 børn smittet med hiv ved fødslen. I begge tilfælde var moderen testet negativ i screeningen men pådrog sig hiv senere i graviditeten.

Der henvises til Sundhedsstyrelsens *vejledning om HIV (human immundefekt virus), hepatitis B og C virus* (2013) samt Sundhedsstyrelsens *vejledning om generel screening af gravide for infektion med hepatitis B virus, human immundefekt virus (hiv) og syfilis* (2010), www.sst.dk

Vedrørende behandling henvises til "*HIV behandling af gravide*" (2018), Dansk Selskab for Infektionsmedicin, www.infmed.dk.

Boks

Anbefalinger vedr. hiv-infektion

- Alle gravide undersøges for hiv-infektion, med mindre undersøgelsen aktivt fravælges af den gravide
- Hos risikogrupper bør gentagne undersøgelser overvejes hvor relevant, samt test af partner/barnefaderen
- Der anvendes samme blodprøve til den rutinemæssige undersøgelse for blodtype, blodtypeantistoffer, HBV, hiv og syfilis ved første graviditetsundersøgelse
- Analysen udføres i blodbanken

- Ved positivt screeningssvar sikrer egen læge, at der udføres konfirmatorisk test, enten i blodbanken eller ved fornyet prøve
- 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
- Resultatet af undersøgelsen anføres af diskretionshensyn *ikke* i vandrejournalen. Praktiserende læge sikrer, at obstetrisk afdeling informeres om positiv konfirmatorisk test

Boks slut

8.9. Syfilis

Infektionen, der er forårsaget af bakterien *Treponema pallidum*, er udbredt i Afrika, Asien og Sydamerika og Østeuropa. Sygdommen var næsten udryddet i Danmark i 1990'erne, men forekomsten steg derefter betydeligt frem til 2015, hvor der blev diagnosticeret 777 nyligt erhvervede tilfælde. Under 10% udgøres af kvinder (EPI-nyt 36/2016).

Ubehandlet kan infektionen medføre komplikationer i form af abort, dødfødsel eller medfødt syfilis. Medfødt syfilis kan ytre sig som svær, akut sygdom ved fødslen, eller sygdommen kan være asymptomatisk og senere resultere i en række forskellige kroniske tilstande, fx mental retardering. Selv klassiske symptomatiske tilfælde kan pga. deres sjældenhed være svære at diagnosticere. Relevant antibiotisk behandling i graviditeten kan nedsætte risikoen for følger af infektionen hos barnet (Alexander 1999).

Syfilis hos gravide er oftest uden symptomer. Antallet af diagnosticerede kvinder med syfilis faldt i perioden 1998-2010, hvor der ikke var generel screening, hvilket indikerer, at der uden screening overses tilfælde af syfilis i graviditeten. Generel screening blev genindført i 2010.

Fra 2012 til 2016 blev mellem 3 og 18 gravide om året testet positive for syfilis gennem den generelle screening, nogenlunde ligeligt fordelt mellem kvinder af dansk og udenlandsk oprindelse. I samme periode blev 2 børn diagnosticeret med medfødt syfilis. I det ene tilfælde var moderen indvandret få dage før fødslen og var ikke blevet screenet. I det andet tilfælde pådrog moderen sig syfilis efter screeningen.

Kun ca. 10% af personer med positiv screeningsprøve viser sig at have aktuel syfilis ved konfirmatorisk test. Endelig udredning for syfilis samt behandling er en specialistopgave.

Der henvises til Sundhedsstyrelsens *vejledning om generel screening af gravide for infektion med hepatitis B virus, human immundefekt virus (hiv) og syfilis* (2010), www.sst.dk

Boks**Anbefalinger vedr. syfilis**

- Alle gravide undersøges for syfilis, med mindre undersøgelsen aktivt fravælges af den gravide
- Hos risikogrupper bør gentagne undersøgelser overvejes hvor relevant, samt test af partner/barnefaderen
- Der anvendes samme blodprøve til den rutinemæssige undersøgelse for blodtype, blodtypeantistoffer, HBV, hiv og syfilis ved første graviditetsundersøgelse hos lægen.
- Analysen udføres i blodbanken
- Ved positivt screeningssvar sikrer egen læge, at der udføres konfirmatorisk test, enten i blodbanken eller ved fornyet prøve
- 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
- Resultatet af undersøgelsen anføres af diskretionshensyn *ikke* i vandrejournalen. Praktiserende læge sikrer, at obstetrisk afdeling informeres om positiv konfirmatorisk test

Boks slut

8.10. Gonoré

Sygdommen, der er forårsaget af gonokok-bakterier (*Neisseria gonorrhoeae*), er udbredt på verdensplan. I Danmark faldt forekomsten af gonoré i 1980'erne, men har siden 1997 atter været i stigning. I 2016 blev der rapporteret 3.478 tilfælde, heraf 41 % hos kvinder (EPI-nyt 18/2017). Symptomer kan være smerter ved vandladning og udflåd fra urinrøret ("dryppert") og/eller skeden, men omkring halvdelen af kvinderne og en tredjedel af mændene har ingen symptomer. Gonoré i endetarmen og svælget giver meget sjældent symptomer.

Hvis en gravid kvinde har gonoré, kan barnet smittes under fødslen og få øjenbetændelse (konjunktivit) med gonokokker. Såfremt denne infektion ikke behandles, kan den forløbe meget aggressivt med destruktion af øjenæblet inden for få døgn og permanent blindhed til følge.

I perioden 2012-2016 blev der konstateret 7 tilfælde af gonoroisk konjunktivit hos nyfødte, mod kun 1 tilfælde i perioden 1997-2011.

Der henvises til *Anbefalinger om forebyggelse, diagnose og behandling af seksuelt overførbare infektioner*, Sundhedsstyrelsen (2015), www.sst.dk

Boks

Anbefalinger vedr. gonoré

Gravide undersøges og behandles i henhold til ovenstående generelle anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Der bør altid ske test:

- Ved kendt eksposition for gonoré
- Ved symptomer, som giver mistanke om gonoré
- Ved anden påvist seksuel overførbare infektion
- Ved usikker sex og hyppige partnerskift

Man skal være opmærksom på behovet for også at teste partner/barnefader. Der podes for gonokokker fra urethra og cervix og evt. fra rectum og svælg.

Boks slut

8.11. Klamydia

Klamydiainfektion, der er forårsaget af bakterien *Chlamydia trachomatis*, er meget hyppig blandt unge under 26 år. Der blev i 2016 diagnosticeret 34.132 tilfælde af klamydia, men der er et ukendt antal udiagnosticerede tilfælde. Blandt undersøgte kvinder i alderen 20-29 år er prævalensen 8-16 %. Klamydia er sjældnere hos kvinder på 35 år og derover.

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

Klamydia kan give underlivsinfektion med efterfølgende øget risiko for infertilitet og ektopisk graviditet. Børn kan smittes under fødslen med risiko for udvikling af konjunktivit og pneumoni. I perioden 2012-2016 blev der årligt påvist klamydia hos 50-70 børn under 1 år, langt de fleste med konjunktivit.

Der henvises til *Anbefalinger om forebyggelse, diagnose og behandling af seksuelt overførbare sygdomme*, Sundhedsstyrelsen (2015), www.sst.dk

Boks

Anbefalinger vedr. klamydia

Gravide undersøges i henhold til ovenstående generelle anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Der bør altid ske test:

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

Man skal være opmærksom på behovet for også at teste partner/barnefader.

Test overvejes som opfølgning hos patienter med flere tidligere klamydiatilfælde, da reinfektion er meget hyppig.

Boks slut

8.12. Asymptomatisk bakteriuri

Asymptomatisk bakteriuri forekommer hos ca. 2-10% af alle gravide (Smaill 2015). Ubehandlet vil op til 30% udvikle pyelonefrit. Ubehandlet asymptomatisk bakteriuri øger endvidere risikoen for præterm fødsel og lav fødselsvægt. Flere ældre studier viser, at antibiotisk behandling mindsker disse risici, men et nyere større studie kunne ikke påvise en effekt (Angelescu 2016). Indtil yderligere undersøgelser foreligger, anbefales fortsat screening og behandling ved påvist signifikant bakteriuri.

Risikoen for at udvikle bakteriuri i graviditeten er størst imellem uge 9 og 17. Der udføres derfor rutinemæssig urinundersøgelse for bakteriuri ved første og anden lægeundersøgelse hos egen læge.

Det er vigtigt, at urinprøven er taget under så rene forhold som muligt og som midtstråleurin, da mange gravide ofte har øget udflåd og/eller øget kolonisering af perinæum. Signifikant bakteriuri hos gravide uden symptomer defineres som dyrkning af >100.000 CFU/ml af samme bakterieart. Der vil i så tilfælde generelt være indikation for behandling med antibiotika. Dog skal behandling altid opstartes ved fund af gruppe B streptokokker (GBS) uanset mængde. Valg af antibiotikum afhænger af dyrknings- og resistenssvar.

Der henvises til *Urinvejsinfektioner og asymptomatisk bakteriuri hos gravide*, Rationel Farmakoterapi 8/2016, www.sst.dk

Se endvidere afsnit 8.14 om gruppe B streptokokker og afsnit 8.13 om akutte urinvejsinfektioner.

Boks

Anbefalinger vedr. urinscreening

- Urinundersøgelse for asymptomatisk bakteriuri gennemføres ved første og anden lægeundersøgelse i almen praksis. Undersøgelsen kan foregå enten ved urinmikroskopi eller urinstix. Ved positiv urinmikroskopi eller ved urinstix positiv for nitrit eller leukocytter suppleres med urindyrkning.
- Der behandles med antibiotika ved signifikant bakteriuri i urindyrkning, og altid ved fund af GBS.
- 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.

Boks slut

8.13. Urinvejsinfektioner

Akut cystitis forekommer relativt hyppigt hos gravide, og risikoen for ascenderende infektion ved akut cystitis er øget i forhold til ikke-gravide. Akut pyelonefritis forekommer hos 0,3-2% af gravide, oftest i 2. og 3. trimester pga. kompression/obstruktion af urinvejene. *E. coli* er det hyppigste bakteriefund (60-80%).

Symptomerne er som hos ikke gravide. Der kan være plukkeveer. Er der uterinkontraktioner i 2. eller 3. trimester skal den gravide henvises til obstetrisk afdeling mhp. nærmere undersøgelse. Ved mistanke om pyelonefrit skal altid henvises akut til gynækologisk/obstetrisk afdeling.

Der bør altid foretages urindyrkning ved klinisk mistanke om urinvejsinfektion. Der bør endvidere foretages kontroldyrkning efter endt behandling af pyelonefrit på grund af høj risiko for recidiv (op til ca. 20%). Der er manglende evidens for effekten af rutinemæssig kontroldyrkning efter simpel cystitis, hvorfor dette ikke anbefales.

Efter pyelonefrit, eller ved hyppige (3 eller flere) recidiverende dyrkningsverificerede cystitter, kan man overveje forebyggende behandling med nitrofurantoin. Der foreligger kun (begrænset) evidens for at denne behandling reducerer forekomsten af bakteriuri, men ikke for at behandlingen nedsætter recidivrisikoen (Schneeberger 2015).

Boks

Anbefalinger vedr. urinvejsinfektioner

- Der bør altid foretages urindyrkning ved klinisk mistanke om urinvejsinfektion. Ved oplagte symptomer startes antibiotikabehandling umiddelbart.
- Behandling målrettes eller seponeres afhængig af dyrkningssvar. Ved fund af GBS skal obstetrisk afdeling informeres om fundet (se afsnit om GBS).
- Der skal ske akut henvisning til gynækologisk/obstetrisk afdeling ved uterinkontraktioner i 2. eller 3. trimester eller ved mistanke om pyelonefrit.
- Der tages kontroldyrkning ca. 1 uge efter endt behandling af pyelonefrit.
- Efter pyelonefrit, eller ved hyppige (3 eller flere) recidiverende dyrkningsverificerede cystitter, overvejes forebyggende behandling med nitrofurantoin.

Boks slut

Der henvises til *Urinvejsinfektioner og asymptomatisk bakteriuri hos gravide*, Rationel Farmakoterapi 8/2016 (www.sst.dk)

Se endvidere afsnit 8.12 om asymptomatisk bakteriuri og 8.14 om gruppe B streptokokker.

8.14. Gruppe B-streptokokker (GBS)

10-36 % af danske gravide er koloniseret vaginalt/rektalt med GBS, og 2-7% har GBS i urinen. Der er normalt ingen symptomer, udover at GBS kan give urinvejsinfektion. Bakterien overføres til barnet ved fødslen i 50% af tilfældene. 1% af børnene udvikler "early-onset" infektion i form af sepsis, meningitis eller pneumoni i ugen efter fødslen, færre "late-onset" infektion op til 3 måneder efter.

Risikoen for smitte til barnet kan muligvis nedsættes ved at give antibiotika til moderen under fødslen. Effekten er kun undersøgt i få studier af lav kvalitet (Ohlsson 2014). Antibiotika gives til fødende med særlige risikofaktorer og ved fund af GBS i urindyrkning. Der er manglende evidens for effekt af rutinemæssig undersøgelse for GBS i graviditeten, hvorfor dette ikke anbefales.

Læs mere i afsnit 12.9 om intrauterin og neonatal infektion.

Der henvises til retningslinjer fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) 2019 om GBS.

Boks

Anbefalinger vedr. gruppe B-streptokokker

- Alle gravide screenes for asymptomatisk bakteriuri ved første og anden lægeundersøgelse hos egen læge. Undersøgelsen kan foregå enten ved urinmikroskopi eller urinstix. Ved positiv urinmikroskopi eller ved urinstix positiv for nitrit eller leukocytter suppleres med urindyrkning.
- Ved fund af GBS i urindyrkning (uanset mængde) behandles med antibiotika. Obstetrisk afdeling orienteres om fundet.
- Der gives antibiotikabehandling i.v. under fødslen for at forebygge GBS-sygdom hos det nyfødte barn. Nogle afdelinger har indført PCR-undersøgelse for GBS under fødslen, og behandler kun ved positivt svar.

Boks slut

8.15. Bakteriel vaginose

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

Bakteriel vaginose forekommer hos 10-20 % af danske gravide. Op mod halvdelen af kvinder med bakteriel vaginose er symptomfri. Hyppigste symptom er ildelugtende fluor vaginalis.

Undersøgelser af gravide har vist sammenhæng mellem forekomst af bakteriel vaginose og præterm fødsel, chorioamnionitis og lav fødselsvægt. Kausaliteten er imidlertid usikker. Gennem flere større studier har det ikke kunnet påvises, at forebyggende behandling af bakteriel vaginose nedsætter risikoen for efterfølgende præterm fødsel (Haahr 2016). Der er således ikke evidens for at screene for eller behandle en bakteriel vaginose for at undgå præterm fødsel.

Boks

Anbefaling vedr. bakteriel vaginose

- Undersøgelse og evt. behandling ved symptomer. Kvinder med bakteriel vaginose, som tidligere har født for tidligt, henvises til læge på obstetrisk afdeling.

Boks slut

8.16. MRSA

MRSA (methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*) er stafylokokbakterier, der er resistente over for de antibiotika, man normalt bruger til behandling af stafylokokinfektioner. Smitte med MRSA forekommer typisk ved behandling i udlandet eller arbejde med husdyr (svin og i mindre grad mink). Smitte medfører oftest asymptomatisk bærertilstand, men kan i sjældne tilfælde forårsage infektioner, især hos syge og svækkede personer.

MRSA-bærertilstand udgør ikke en særlig risiko for gravide eller for fosteret, og gravide følger de samme regler for undersøgelse for MRSA som andre.

Der er kun en meget lille risiko for at blive bærer af MRSA ved almindelig social kontakt eller enkeltstående staldbesøg. I primærsektoren og ved fx fødselsforberedelseskurser er generelle infektionshygiejniske forholdsregler, herunder god håndhygiejne, tilstrækkeligt til at forebygge smitte.

Der henvises til Sundhedsstyrelsens *vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA* (2016), www.sst.dk

Boks

Anbefalinger vedr. MRSA

- Gravide udspørges om risikosituationer og eventuelt podes for MRSA ved 1. kontakt til sundhedsvæsenet, typisk hos egen læge.
- Gravide med MRSA, der ikke vedvarende udsættes for MRSA, tilbydes behandling for bærertilstand.
- Gravide, der vedvarende udsættes for MRSA fx i husstand, ved arbejde med levende svin eller som ikke er blevet MRSA-negative i starten af deres graviditet, genundersøges 4 uger før termin med henblik på eventuel behandling af bærertilstand.
- Hvis der udføres kejsersnit hos en MRSA-positiv kvinde, skal evt. profylaktisk antibiotikabehandling også dække MRSA.

Boks slut

8.17. Influenza og andre lungeinfektioner

Influenza er en almindeligt forekommende sygdom, der rammer Danmark hvert år i vintermånederne. Typisk smittes 5-10 % af befolkningen. Influenza er i reglen ikke farlig for raske mennesker, men bl.a. gravide og spædbørn er i større risiko for at udvikle komplikationer (Meijer 2015, Izurieta 2000). Influenza hos gravide øger endvidere risiko for abort og præterm fødsel. Det samme gælder bakteriel pneumoni (Chen 2012).

8.17.1. Inflenzavaccination

Det anbefales, at gravide i 2.-3. trimester bliver vaccineret mod influenza i perioden 1. november til 28. eller 29. februar inkl.

Inflenzavaccination af gravide kan halvere risikoen for influenzarelateret luftvejsinfektion (CDC 2019) og nedsætte risikoen for indlæggelse på hospital med 40% (Thompson 2019). I en dansk underøgelse fandt man, at kvinder, der blev influenzavaccineret under graviditeten, havde 64% lavere risiko for at blive syge med influenza i forhold til dem, der ikke blev vaccineret (Mølgaard-Nielsen 2019).

Inflenzavaccination af den gravide beskytter også det nyfødte barn mod influenza (Nunes 2018). Beskyttelsen sker ved overførsel af antistoffer fra mor til barn og hjælper dermed til at beskytte det nyfødte barn i de første måneder efter fødslen (Mahdi 2014, Tapia 2016). I ovennævnte danske opgørelse sås, at spædbørn af vaccinerede mødre havde 57% lavere risiko for at blive syge med influenza sammenlignet med spædbørn født af ikke-vaccineret mødre (Mølgaard-Nielsen 2019).

I Danmark anvendes inaktiverede vacciner til vaccination mod influenza. Der er ikke påvist øget risiko for bivirkninger ved influenzavaccination under graviditet (McMillan 2015).

Se endvidere *Inflenzavaccination beskytter også gravide og deres spædbørn mod influenza*. Rationel Farmakoterapi 8, 2019. <https://www.sst.dk/>

8.17.2. Behandling af influenza og pneumoni

Endvidere anbefales antiviral behandling til gravide, der udvikler symptomer på influenza.

Ved mistanke om pneumoni hos gravide udredes og behandles på tilsvarende vis som ikke-gravide. Røntgen af thorax er ikke kontraindiceret, da den anvendte stråledosis ikke har betydning for fosteret.

Der henvises til retningslinjer for håndtering af influenza (2013) på Dansk Selskab for Infektionsmedicins hjemmeside, www.infmed.dk og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologisk guidelines for lungesygdomme og graviditet (2018), www.dsog.dk.

Boks

Anbefalinger vedr. influenza og andre lungeinfektioner

- Alle gravide i 2.-3. trimester tilbydes vederlagsfri influenzavaccination i perioden 1. november til 28. eller 29. februar inkl.
- Gravide med kronisk sygdom som nedsat lungefunktion, astma, hjerte-kar-sygdom, diabetes, nedsat immunforsvar eller svær overvægt tilbydes vederlagsfri vaccination i 1. trimester i perioden oktober-marts.
- Ved klinisk mistanke om influenza hos gravide i influenzasæsonen anbefales umiddelbart opstart af antiviral behandling. Uden for influenzasæsonen bør der afventes positiv diagnostik.
- Ved mistanke om pneumoni hos gravide er røntgen af thorax ikke kontraindiceret.

Boks slut

8.18. Rubella (røde hunde)

Der er ikke anmeldt tilfælde af rubella i Danmark siden 2008, og der er ikke anmeldt tilfælde af congenit rubella syndrom (CRS) siden 1994. Der er imidlertid fortsat mulighed for smitte i udlandet og mindre udbrud i Danmark efter import af sygdommen.

Rubella er en mild virussygdom, der kan give feber og udslæt, men som ofte er subklinisk. Infektion tidligt i svangerskabet kan forårsage intrauterin død og spontan abort samt give fosterskader i form af CRS: hjerne-skade, døvhed, blindhed, hjertefejl og dårligt immunforsvar. Der er meget høj risiko (ca. 80%) for CRS ved smitte i 1. trimester. Herefter er risikoen faldende, således at CRS er sjælden ved smitte efter 20. graviditets-uge (Miller 1982).

Det er væsentligt, at gravide er immune over for rubella, særligt ved udlandsrejse. Kvinder i den fødedygtige alder, der ikke er MFR-vaccinerede, tilbydes vederlagsfri MFR-vaccination i forbindelse med prækonceptionel rådgivning eller efter afsluttet graviditet. Der bør gå 1 måned fra MFR-vaccination til konception. MFR-vaccination er principielt kontraindiceret under graviditet. Hvis der er givet MFR-vaccination i graviditeten, er der dog ikke indikation for at afbryde svangerskabet.

Boks

Anbefalinger vedr. rubella

- Alle kvinder i den fødedygtige alder udspørges om MFR-vaccinationsstatus (bemærk, at evt. oplysninger om tidligere rubellainfektion ikke nødvendigvis er valide, da sygdommen klinisk kan forveksles med andre eksantem sygdomme).
- Kvinder, der ikke er vaccineret, tilbydes vaccination prækonceptionelt eller efter afsluttet graviditet. Vaccination kan evt. gives på sygehuset umiddelbart efter fødslen. Amning er ikke kontraindiceret efter vaccination.
- Efter konkret skøn kan det være relevant at vaccinere evt. ubeskyttede medlemmer af husstanden.
- Ved eksantem sygdom i graviditeten eller eksposition for rubella undersøges den gravide for antistoffer mod rubella.

- Gravide med rubella infektion henvises til obstetrisk afdeling for rådgivning.

Boks slut

8.19. Varicella (skoldkopper)

Varicella er forårsaget af varicella-zoster virus (VZV). Det er en almindelig børnesygdom, der dog kan være alvorlig hos voksne, især gravide, og nyfødte. Næsten alle kvinder (98 %), der er født og opvokset i Danmark, har haft varicella, men det samme gælder ikke kvinder, der er født og opvokset i tropiske lande. Nogle lande har indført vaccination for varicella i børnevaccinationsprogrammet. Varicella har et karakteristisk sygdomsbillede med universelt vesikulært udslæt og efterlader ofte små ar.

Varicella er ekstremt smitsomt. Sygdommen smitter fra to dage før fremkomst af udslæt, og indtil alle vesikler er skorpedækkede. Smitte er hovedsagelig luftbåren via sekret fra luftveje og aerosoler fra læsionerne. Et helvedesild-udslæt (herpes zoster) indeholder også VZV, men smitte kræver som regel tættere kontakt.

Gravide har højere risiko for komplikationer af varicella (Lamont 2011). Der er en lille risiko (ca. 1%) i første halvdel af graviditeten for udvikling af kongenit varicella zoster-syndrom hos fosteret, der har høj dødelighed (30%): lav fostervægt, hudforandringer, øjensymptomer (katarakt, korioretinti, mikroftalmi), ekstremitetsmisdannelse (klumpfod, muskelatrofi), mikrocefali, mental retardering og neurologiske skader. Nyfødte børn af seronegative gravide, der smittes med varicella omkring fødslen, eller som smittes af andre, kan udvikle neonatal varicella, der har en dødelighed på ca. 7%.

Hos ikke-immune kan varicella forebygges med vaccination inden graviditeten. Der bør gå 1 måned fra vaccination til konception. Ved eksposition i graviditeten er der mulighed for forebyggende behandling med specifikt immunglobulin (VZIG) og acyclovir. Vaccination er principielt kontraindiceret under graviditet. Hvis der er givet varicellavaccination i graviditeten, er der dog ikke indikation for at afbryde svangerskabet.

Der henvises til Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologis guidelines om varicella zoster infektion i graviditeten (2018), www.dsog.dk, og til information om post-exposure profylakse på <https://www.ssi.dk/vaccinationer/post-eksposure> samt til EPI-NYT 41/2015.

Boks

Anbefalinger vedr. varicella

- Kvinder opvokset i udlandet udspørges rutinemæssigt om de har haft varicella med det karakteristiske sygdomsbillede og evt. ar efter sygdommen, eller om de er vaccinerede for varicella.
- Kvinder, der ikke er immune for varicella, kan efter konkret skøn tilbydes vaccination prækonceptionelt eller efter afsluttet graviditet. Kvinden skal selv betale vaccinen. Vaccination kan evt. gives på sygehuset umiddelbart efter fødslen. Amning er ikke kontraindiceret efter vaccination.
- Efter konkret skøn kan det være relevant at vaccinere evt. ubeskyttede medlemmer af husstanden.
- Gravide, der ikke er immune for varicella eller med uafklaret immunstatus, informeres om at undgå eksposition og straks søge læge, hvis de eksponeres.
- Gravide med uafklaret immunstatus, som eksponeres for varicella, bør straks få målt serologi. Er den gravide seronegativ, henvises akut til obstetrisk afdeling mhp. forebyggende behandling. VZIG skal helst gives inden for 4 døgn og senest 10 døgn efter eksposition. Efter fødslen bør kvinden tilbydes vaccination, dog tidligst 3 måneder efter indgift af VZIG.
- Gravide, der udvikler kliniske symptomer på varicella, henvises til infektionsmedicinsk afdeling med henblik på behandling, og derefter til obstetrisk afdeling for opfølgning. Der bør *ikke* henvises til obstetrisk afdeling mens der er smitterisiko.

Boks slut**8.20. Parvovirus B19 (lussionsyge)**

Parvovirus B19 (den "femte børnesygdom" eller erythema infectiosum) er en almindelig, mild børnesygdom, der er udbredt i hele verden og som de fleste voksne kvinder har haft (70 %). Der er smittespredning med parvovirus hele året med småudbrud hvert år fra januar til maj og større epidemier hvert 3-4. år. Sygdommen kan forveksles med andre eksantemssygdomme, hvorfor serologisk diagnostik er væsentlig før evt. særlige foranstaltninger iværksættes. Der findes ingen behandling eller vaccine. I sjældne tilfælde, hos personer med forudbestående anæmi, kan parvovirus-infektion forårsage midlertidigt ophør i produktionen af røde blodlegemer (aplastisk krise).

Hvis en seronegativ gravid smittes, vil infektionen i de fleste tilfælde være uden betydning. Der er ingen risiko for medfødte misdannelser. Infektionen kan dog være årsag til spontan abort, hydrops foetalis og fosterdød (Lassen 2012).

Risikoen for smitte fra mor til foster er samlet omkring 25 %. Påvirkningen af fosteret sker overvejende ved smitte før uge 20, hvor der er ca. 9 % risiko for spontan abort/fosterdød og < 3 % for hydrops foetalis. Nogle tilfælde af hydrops foetalis helbredes spontant, og der er mulighed for behandling af fosteret med intrauterin blodtransfusion.

Sygdommen smitter gennem luftvejssekret, men kræver tæt kontakt og kan i et vist omfang forebygges ved god håndhygiejne. Tidligere anbefalede man fraværmelding for gravide, der arbejder i børneinstitutioner og skoler ved infektion med parvovirus i omgivelserne, men effekten af dette tiltag er ikke dokumenteret. Den største smitterisiko er fra børn i hjemmet, og smitte sker ofte før der er sygdomstegn. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor ikke, at gravide fraværmeldes på grund af parvovirus-infektion i omgivelserne, med mindre helt særlige grunde taler herfor (som fx blodsygdom hos moderen).

Der henvises til Sundhedsstyrelsens *information til læger om parvovirus B19 og graviditet* (2011), www.sst.dk

Boks**Anbefalinger vedr. parvovirus B19**

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

Boks slut**8.21. Herpes simplex virus**

Genital herpes er forårsaget af herpes simplex virus 1 og 2. Der er ikke krydsimmunitet, og man kan således blive smittet med begge typer. Primær genital herpes giver oftest ingen eller lette symptomer. Der kan være blæner og sår på ydre genitalia, smerter, kløe, dysuri, udflåd, ømme ingvinale kirtler, sjældnere feber og almen-symptomer. Virus spredes til nerveganglier og forårsager latent infektion, der kan reaktiveres.

I sjældne tilfælde kan den nyfødte smittes via vaginalsekret og udvikle alvorlig infektion. Neonatal herpes giver ubehandlet en høj mortalitet og høj risiko for alvorlige sequelae hos de overlevende børn (bl.a. mental retardering og synsnedsettelse). Antiviral terapi har forbedret prognosen, men der er fortsat en vis mortalitet og sequelae hos mere end halvdelen af børnene (James 2014).

Er den gravide smittet med herpes simplex virus allerede inden graviditeten, er der lav risiko for smitte af barnet, idet både moderen og barnet har antistoffer. Hvis den gravide får genital herpes (primær infektion) i slutningen af svangerskabet, er risikoen for smitte af det nyfødte barn dog større. Risikoen for smitte af barnet kan evt. nedsættes ved sectio (Brown 2003). Behandling med acyclovir i slutningen af graviditeten nedsætter virusudskillelsen og dermed antagelig risikoen for smitteoverførsel til barnet.

Genitale udbrud af herpes simplex kan med stor sikkerhed diagnosticeres klinisk. I tvivlstilfælde kan udføres PCR ved podning fra elementerne. Der tages blodprøve til serologisk undersøgelse. Evt. kan blodprøve taget tidligt i graviditeten mhp. hiv/hepatitis anvendes. Hvis der ikke påvises antistof mod den type som påvises ved PCR, er der tale om primærinfektion.

Primær infektion bør behandles, uanset tidspunkt i graviditeten. Behandling kan startes, så længe symptomer er til stede. Behandling i 1. trimester giver ikke øget risiko for misdannelser. Ved recidiverende herpesudbrud i graviditeten anbefales behandling om nødvendigt. Uanset om der er tale om primær infektion eller recidiverende herpes, overvejes profylaktisk behandling med aciclovir.

Man skal være opmærksom på, at udbrud af oral herpes også kan smitte det nyfødte barn, og man bør undgå direkte kontakt mellem læsionen og barnet.

Der henvises til Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologis guidelines om herpes simplex og graviditet (2018), www.dsog.dk.

Boks

Anbefaling vedr. herpes simplex virus

- 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, eller ved recidiverende herpes udbrud i graviditeten, henvises til obstetrisk afdeling for diagnostik og behandling.
- Primær infektion bør behandles. Behandling overvejes ved recidiverende udbrud.
- Ved både primær infektion og recidiverende herpes overvejes profylaktisk behandling med aciclovir fra uge 36.

Boks slut

8.22. Cytomegalovirus (CMV)

CMV er ligesom herpes simplex virus meget udbredt og medfører livslang infektion. Reaktivering forekommer hyppigt i forbindelse med graviditet. Både primær infektion (hyppigst) og reaktivering under graviditeten kan medføre infektion af fosteret. I Danmark fødes ca. 300 CMV inficerede børn årligt (ca. 0,4 %).

Primær CMV-infektion forløber oftest subklinisk, men kan forårsage en langstrakt, ukarakteristisk febersygdom. Biokemisk kan ses let leverpåvirkning og relativ lymfocytose.

De fleste børn med kongenit CMV, 80 %, er raske ved fødslen og forbliver raske. En mindre del af børnene, ca. 10 %, har symptomer ved fødslen (forstørret lever og milt og/eller hjerneskade) (Boppana 2013). Andre 10 % udvikler høreskader tidligt i barndommen.

Antiviral behandling af moderen bør undgås pga. risiko for fosterskader. Forebyggende behandling med specifikt immunglobulin mod mor-barn smitte har indtil videre ikke vist overbevisende resultater (Revello 2014). Antiviral behandling af kongenit inficerede børn kan overvejes ved svære symptomer.

Boks

Anbefaling vedr. cytomegalovirus

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

Boks slut

8.23. Toxoplasmose (haresyge)

Toxoplasmose skyldes en parasit (*Toxoplasma gondii*), som har katten som hovedvært. Parasitten indkapsles hos immunkompetente smittede i form af inaktive cyster, som ikke penetreres af antibiotika. Reaktivering kan forekomme under opvæksten. Toxoplasmose hos voksne forløber normalt uden symptomer, og der opnås livslang immunitet. Hvis den gravide smittes, kan smitten evt. overføres til fosteret.

Der fødes ca. 12 børn med toxoplasmose om året i Danmark (Röser 2010). De fleste børn har ingen symptomer, og mange forbliver asymptomatiske. Børnene udvikler sig generelt som andre børn. Alvorlige følger som dødfødsel, bilateral synsnedsættelse/blindhed eller neurologiske sequelae anslås at forekomme hos sammenlagt 5 % af de smittede børn (< 1 barn om året).

Kun et mindretal af asymptomatiske gravide overfører infektionen til fosteret, og antibiotisk behandling af asymptomatiske gravide og børn har ikke dokumenteret forebyggende effekt. I 1999-2007 screenede man systematisk nyfødte i Danmark for medfødt toxoplasmose, men screeningen ophørte, da man ikke kunne påvise en effekt af systematisk behandling af børnene (Röser 2010).

Tidlig behandling af gravide med påvist *nyligt erhvervet* toxoplasmose kan dog tilsyneladende mindske risikoen for smitteoverførsel til eller komplikationer hos barnet, om end effekten kun er undersøgt i observationelle studier (Wei 2015).

Testning for toxoplasmose under graviditet

Rutinemæssig undersøgelse af gravide eller undersøgelse efter mistanke om eksposition **anbefales ikke**, fordi den serologisk test ofte ikke kan afklare om det drejer sig om en aktuel infektion. Positivt IgM for toxoplasmose kan være falsk positivt eller resultat af en tidligere infektion. Man vil derfor ofte være nød til at følge op med en amniocentese, som i de fleste tilfælde vil være unødvendig. Der er derfor kun indikation for undersøgelse og behandling i de få tilfælde, hvor en gravid har kliniske symptomer på toxoplasmose. Såfremt den praktiserende læge overvejer at tage blodprøven, bør indikationen konfereres med en læge på obstetrisk afdeling.

Forebyggelse af toxoplasmose

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

Boks**Anbefalinger vedr. toxoplasmose**

- Der bør **ikke** udføres test for toxoplasmose i graviditeten, med mindre den gravide har kliniske symptomer på akut infektion. Indikationen for blodprøven bør konfereres med en læge på obstetrisk afdeling. Ved positivt svar henvises til obstetrisk afdeling.
- Den gravide vejledes om, at smitte kan undgås ved:
 - at vaske hænder efter berøring af rå kød og grønsager samt efter havearbejde og kontakt med sandkasse
 - at vaske frugt og grønt grundigt
 - at undgå at spise kød, der ikke er gennemstegt eller kogt, og undlade at smage på rå fars
 - at undgå rå mælk (upasteuriseret), herunder også ost af råmælk
 - at lade en anden tømme kattebakken, hvis der er kat i hjemmet (eller at bruge handsker)
 - at undgå at flå og håndtere harer og andre dyr

Boks slut**8.24. Listeriose**

Infektioner med *Listeria monocytogenes* kan i meget sjældne tilfælde give febersygdom med sepsis eller meningitis hos gravide og medføre fosterdød, for tidlig fødsel eller sygdom hos det nyfødte barn. I perioden 2006-2013 blev der registreret 16 tilfælde af listeriose hos gravide.

Listeriabakterien findes overalt i miljøet og derfor også i de fleste rå madvarer. Alle mennesker spiser bakterien fra tid til anden, men kun meget få bliver syge af det. Bakterien vokser ved køleskabstemperatur og er derfor især et problem i forbindelse med utilstrækkeligt varmebehandlede eller forurenede færdigvarer, såsom afskåret kød, pålæg og bløde oste, som er fremstillet af upasteuriseret mælk.

Boks**Anbefalinger vedr. listeriose**

- Den gravide vejledes om, at smitte kan undgås ved:
 - at skylle, koge eller gennemstege madvarerne
 - at vaske frugt og grønt grundigt
 - at overholde holdbarhedsdatoer og opbevaringstemperaturer
 - at spise maden inden for få dage, efter emballagen er åbnet
 - at undgå rå mælk og oste fremstillet af rå mælk (upasteuriseret)

Boks slut**8.25. Q-feber**

Q-feber er forårsaget af bakterien *Coxiella burnetii*, som forekommer hos kvæg, får og geder. Infektionen hos mennesker forløber hos mennesker oftest uden symptomer eller med influenza-lignende symptomer. Mere alvorlig og kronisk sygdom kan dog forekomme. I Danmark blev der i 2005 påvist antistoffer mod bakterien i danske malkekvægsbesætninger og efterfølgende blev der også påvist antistoffer blandt personer, der havde haft kontakt til besætningerne. I udlandet er der beskrevet udbrud blandt fx slagteriarbejdere, men udbrud er aldrig beskrevet i Danmark.

Det er i litteraturen beskrevet enkelte tilfælde, hvor Q-feber hos gravide har været beskrevet som årsag til abort, præterm fødsel og dødfødsel. Større befolkningsundersøgelser har imidlertid ikke påvist en sammenhæng mellem det at være seropositiv overfor Q-feber og udvikling af graviditetskomplikationer (Nielsen 2013).

Smittede dyr har i reglen ingen symptomer, men bakterien kan ophobes i dyrets moderkage med abort til følge. Bakterierne kan desuden udskilles i mindre mængde i dyrenes urin, mælk eller afføring. Herfra kan bakterien spredes med støv og vind. Der er risiko for smitte via aerosoler (små dråber), især i forbindelse med fødsler, aborter eller kontakt med efterbyrder. Derfor er dyrlæger, gårdejere eller andre der assisterer med fødsler eller kommer i kontakt med moderkagerester, i særlig risiko for at blive smittet.

Boks

Anbefalinger vedr. Q-feber

- Arbejdstilsynet og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at gravide ikke opholder sig i kvæg-, fåre- eller gedebesætninger, hvor der forekommer aborter, som kan skyldes Q-feber. Hvis det er tvingende nødvendigt at opholde sig ved besætningen, skal der anvendes åndedrætsværn med P3 filter.
- Der anbefales undersøgelse for Q-feber ved klinisk mistanke om sygdommen hos gravide samt hos gravide, der har haft kontakt til besætninger hvor Q-feber er påvist, eller hvor der er øget abortfrekvens.
- Gravide, der får påvist Q-feber, henvises til infektionsmedicinsk afdeling med henblik på behandling og konfereres med læge på obstetrisk afdeling. Obstetrisk afdeling orienteres.
- Gravide med Q-feber anbefales at blive fulgt på obstetrisk afdeling til observation for komplikationer i graviditeten og med tilvækstskanninger i 3. trimester.

Boks slut

8.26. Undersøgelse ud fra rejserelateret eksposition i graviditeten

Ved feber eller andre infektionstegn opstået under eller i månederne efter udlandsrejser bør man hos gravide, som hos alle andre, være opmærksom på risikoen for rejserelateret infektion. Ved visse infektioner er der større risiko for komplikationer hos gravide og/eller fosteret.

Det er oftest ikke muligt at skelne klinisk mellem de forskellige tropisk forekommende infektioner, hvorfor konferering med og evt. akut henvisning til infektionsmedicinsk afdeling er nødvendig. Man skal være opmærksom på, at malaria kan debutere flere måneder efter smitte.

Rejserelaterede infektioner bør ikke udelukkende mistænkes ved rejse til "klassiske" tropedestinationer. De seneste år har der fx været udbrud af zika i det sydlige USA og i 2019 har der været tre tilfælde af ikke-importeret zika i Sydfrankrig. Der er også set mindre udbrud af dengue og malaria i Sydeuropa.

Det er vigtigt at informere gravide om risici og forebyggende tiltag, især myggestik-profylakse, ved rejser som beskrevet i afsnittet om "forebyggelse af infektioner før og under graviditet". I dette afsnit er beskrevet de hyppigst forekommende rejserelaterede infektioner, der kan give skade på fosteret.

Man kan finde information om aktuel sygdomsforekomst hos fx Statens Serum Institut, www.ssi.dk, og hos World Health Organization, www.who.int (disease outbreak news).

Se også Statens Serum Instituts information om beskyttelse af gravide rejsende, www.ssi.dk.

8.27. Zika

Zika findes endemisk i afrikanske, asiatiske, syd- og mellemamerikanske lande og i stillehavsregionen. Zika forekommer i et hyppigt rejsemål som Thailand. Rejsende til disse lande og områder risikerer derfor smitte med zika.

Zikavirus overføres med myg af *Aedes*-arten, der stikker døgnet rundt. Det er en febersygdom af 4-7 dages varighed, der kan være ledsaget af udslæt, muskel- og ledsmerter, hovedpine og øjenbetændelse. Der er ingen specifik behandling eller vaccine. Der er rapporteret om tilfælde af seksuel smitte, og zikavirus er også fundet i blod, urin, spyt, sæd og brystmælk fra smittede personer, men der er meget begrænsede oplysninger om smitte via disse substanser.

Infektion med zikavirus er sædvanligvis mild, og op til 80 % af de smittede får ingen symptomer, men infektion med zikavirus hos gravide øger risikoen for medfødt mikrocefali og andre skader på centralnervesystemet hos nyfødte (Brasil 2016).

Der henvises til Sundhedsstyrelsens *retningslinjer til sundhedsprofessionelle vedr. håndtering af infektion med zikavirus* (2019), www.sst.dk

Boks

Anbefalinger vedr. zikavirus

- Gravide, der har rejst i områder med forekomst af zikavirus under deres graviditet, og under opholdet eller inden for to uger efter hjemkomsten har haft symptomer på zikavirusinfektion, skal henvises akut til infektionsmedicinsk afdeling med henblik på prøvetagning. For oversigt over områder se: <https://www.ssi.dk/aktuelt/sygdomsudbrud/zikavirus>
- Gravide med relevant rejseanamnese men uden symptomer, skal som udgangspunkt ikke testes. Som for alle, der henvender sig til sundhedsvæsenet, vil det altid være den konkrete, kliniske vurdering, der i det enkelte tilfælde afgør, om en person skal testes for zikavirusinfektion.
- Såfremt den gravide er positiv for zikavirusinfektion, henvises hun til obstetrisk afdeling med føtalmedicinsk ekspertise med henblik på information og ultralydsscanning.

Boks slut

8.28. Denguefeber

Denguevirus overføres med myg af *Aedes*-arten, der stikker døgnet rundt. Infektionen er meget almindelig i tropiske og subtropiske områder i Asien, Afrika og Syd- og Mellemamerika. I Europa har der været tilfælde af denguefeber i Sydfrankrig, Kroatien og på Madeira. Det antages, at der årligt er 50-100 importerede tilfælde i Danmark.

Denguefeber giver typisk høj feber, udslæt, hovedpine og muskelsmerter som ved en alvorlig influenza. Mange infektioner er dog subkliniske. I sjældne tilfælde kan denguefeber medføre koagulationsforstyrrelser, såkaldt hæmorrhagisk denguefeber. Det er en alvorlig og potentielt dødelig tilstand, der dog yderst sjældent ses hos rejsende. Der er ingen specifik behandling eller vaccine.

Gravide er i større risiko for komplikationer til denguefeber (Machado 2013). Denguefeber kan overføres til fosteret, og er ifølge nogle studier associeret med en forhøjet risiko for spontan abort og fosterdød, præterm fødsel og lav fødselsvægt (Paixão 2016).

Boks**Anbefalinger vedr. denguefeber**

- Alle med mistanke om denguefeber henvises akut til infektionsmedicinsk afdeling. Gravide, der får påvist denguefeber, konfereres med læge på obstetrisk afdeling.

Boks slut**8.29. Malaria**

Malaria skyldes infektion med malariaparasitter af slægten *Plasmodium*. Parasitterne overføres til mennesket via stik af *Anopheles*-myggen, der primært stikker om aftenen og natten. *Plasmodium falciparum* er årsag til langt de fleste dødsfald og til de alvorligste sygdomstilfælde.

Malaria findes i de fleste tropiske og subtropiske områder men er mest udbredt i Afrika syd for Sahara. Falciparum-malaria forekommer primært i Afrika. Der har de seneste år været flere tilfælde af malaria i Sydeuropa, især i Grækenland. I Danmark importeres ca. 80-100 tilfælde af malaria om året, og ca. 80 % af disse ses hos rejsende hjemvendt efter ophold i Afrika syd for Sahara.

Malaria kan debutere op til 12 måneder efter smitte, falciparum-malaria hyppigst kortere. Sygdommen debuterer med influenzalignende symptomer, dvs. feber, hovedpine, træthed, kvalme og opkastning, diarré, samt muskel- og ledsmerter. Der kan opstå komplikationer i form af anæmi, CNS-påvirkning og multiorgansvigt. Ubehandlet er især falciparum-malaria i reglen dødelig. Derfor er hurtig diagnostik og behandling vigtig.

Gravide er generelt i større risiko for at udvikle malaria og for at udvikle komplikationer. Især falciparum- og vivax-malaria er associeret med øget risiko for dødfødsel, præterm fødsel og lav fødselsvægt (Brabin 1991).

Malaria kan behandles og forebygges med medicin men nogle præparater er kontraindicerede til gravide, og resistens er hyppig.

Boks**Anbefalinger vedr. malaria**

- Alle med mistanke om malaria henvises akut til infektionsmedicinsk afdeling. Gravide, der får påvist malaria, konfereres med læge på obstetrisk afdeling.

Boks slut**Referencer til kapitel 8**

Alexander JM et al (1999). Efficacy of treatment for syphilis in pregnancy. *Obstet Gynecol* 93(1):5-8.

Angelescu K et al (2016). Benefits and harms of screening for and treatment of asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 16(1): 336.

Boppana SB et al (2013). Congenital Cytomegalovirus Infection: Clinical Outcome. *Clin Infect Dis* 57(Suppl 4): S178–S181.

- Brabin, Bernard J & UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. (1991). The risks and severity of malaria in pregnant women: including a summary of current field research with identification of research priorities related to appropriate methods of prevention of malaria in pregnancy / B. J. Brabin. Geneva : World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/61511>
- Brasil P et al (2016). Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro. N Engl J Med 375:2321-2334.
- Brown ZA et al (2003). Effect of serologic status and cesarean delivery on transmission rates of herpes simplex virus from mother to infant. JAMA 289:203–9.
- CDC (2019). <https://www.cdc.gov/flu/highrisk/pregnant.htm>
- Chen YH et al (2012). Pneumonia and pregnancy outcomes: a nationwide population-based study. Am J Obstet Gynecol 207(4): 288 e1-7.
- Chen Z-X et al (2017). Comparative Effectiveness of Prophylactic Strategies for Perinatal Transmission of Hepatitis B Virus: A Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Open Forum Infectious Diseases 4(4): ofx225.
- DSOG 2019. GBS – Gruppe B streptokok syndrom. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk/obstetrik>
- Haahr T et al (2016). Treatment of bacterial vaginosis in pregnancy in order to reduce the risk of spontaneous preterm delivery - a clinical recommendation. Acta Obstet Gynecol Scand 95(8): 850-60.
- Izurieta HS et al (2000). Influenza and the Rates of Hospitalization for Respiratory Disease among Infants and Young Children. N Engl J Med 342: 232-239.
- James SH et al (2014). Mother-to-Child Transmission of Herpes Simplex Virus. J Pediatric Infect Dis Soc 3(Suppl 1): S19–S23.
- Lamont RF et al (2011). Varicella Zoster Virus (Chickenpox) Infection in Pregnancy. BJOG 118(10): 1155–1162.
- Lassen J et al (2012). Parvovirus B19 infection in the first trimester of pregnancy and risk of fetal loss: a population-based case-control study. Am J Epidemiol 176(9): 803-7.
- Li Z et al (2015). Is mother-to-infant transmission the most important factor for persistent HBV infection? Emerging Microbes and Infections 4(5): e30.
- Machado CR et al (2013). Is Pregnancy Associated with Severe Dengue? A Review of Data from the Rio de Janeiro Surveillance Information System. PLoS Negl Trop Dis 7(5): e2217.
- Madhi,SA et al (2014). Influenza Vaccination of Pregnant Women and Protection of Their Infants. N Engl J Med 371: 918-931.
- McMillan M et al (2015). Marshall H. Influenza vaccination during pregnancy: A systematic review of fetal death, spontaneous abortion, and congenital malformation safety outcomes. Vaccine 33(18):2108-2117.
- McMillan M et al (2017). Safety of Tetanus, Diphtheria, and Pertussis Vaccination During Pregnancy: A Systematic Review. Obst Gynec 129(3):560–573.

Meijer WJ et al (2015). Influenza virus infection in pregnancy: a review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 94(8): 797-819.

Miller E et al (1982). Consequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy. *Lancet* 2(8302): 781-4.

Mølgaard-Nielsen D et al (2019). Effectiveness of maternal immunization with trivalent inactivated influenza vaccine in pregnant women and their infants. *J Intern Med* 286(4): 469-480. doi: 10.1111/joim.12947

Nielsen SY et al (2013). No excess risk of adverse pregnancy outcomes among women with serological markers of previous infection with *Coxiella burnetii*: evidence from the Danish National Birth Cohort. *BMC Infect Dis* 13: 87.

Nunes MC & Madhi SA (2018). Influenza vaccination during pregnancy for prevention of influenza confirmed illness in the infants: A systematic review and meta-analysis. *Hum Vaccin Immunother* 14(3): 758-766.

Ohlsson A & Shah VS (2014). Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD007467

Page CM et al (2017). Hepatitis C in Pregnancy: Review of Current Knowledge and Updated Recommendations for Management. *Obstet Gynecol Surv* 72(6):347-355.

Paixão ES et al (2016). Dengue during pregnancy and adverse fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 16(7): 857-865.

Revello M et al (2014). A randomized trial of hyperimmune globulin to prevent congenital cytomegalovirus. *N Engl J Med* 370(14): 1316-26.

Röser D et al (2010). Congenital toxoplasmosis - a report on the Danish neonatal screening programme 1999-2007. *J Inherit Metab Dis* 33(Suppl 2): S241-7.

Schneeberger C et al (2015). Interventions for preventing recurrent urinary tract infection during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD009279

Siegfried N et al (2011) Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD003510.

Smaill FM & Vazquez JC (2015). Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD000490

Statens Serum Institut, EPI-nyt 41/2015. Tilgængelig på <https://www.ssi.dk>

Statens Serum Institut, EPI-nyt 36/2016. Tilgængelig på <https://www.ssi.dk>

Statens Serum Institut, EPI-nyt 9/2017. Tilgængelig på <https://www.ssi.dk>

Statens Serum Institut, EPI-nyt 18/2017. Tilgængelig på <https://www.ssi.dk>

Tapia MD et al (2016). Maternal immunisation with trivalent inactivated influenza vaccine for prevention of influenza in infants in Mali: a prospective, active-controlled, observer-blind, randomised phase 4 trial. *Lancet Infect Dis*. 16(9): 1026-1035.

Thompson MG et al (2019). Influenza vaccine effectiveness in preventing influenza-associated hospitalizations during pregnancy: A multi-country retrospective test negative design study, 2010–2016. *Clinical Infectious Diseases* 68(9): 1444–1453.

Wei H-X et al (2015). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Efficacy of Anti-Toxoplasma gondii Medicines in Humans. *PLoS One*. 10(9): e0138204.

9. Obstetriske problemstillinger

9.1. Blødning

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

9.1.1. Den tidlige graviditet

Mellem 20-25% af alle graviditeter ender som abort (Regan 2000, DSOG 2013). Mindst halvdelen af aborter i 1. trimester skyldes kromosomfejl (Goddijn 2000). Blødning i løbet af første halvdel af graviditeten optræder hos ca. 25 %, hvoraf graviditeten vil fortsætte hos halvdelen (Regan 2000, DSOG 2013). Risiko for abort stiger med stigende maternel alder (Nybo Andersen 2000).

Ved blødning tidligt i graviditeten bør det afklares, om graviditeten er intakt, eller om blødningen er et symptom på en tilgrunde gået graviditet. Diagnosen stilles ved en ultralydsundersøgelse (UL).

Kvinden skal henvises til:

- Ultralyd den følgende dag såfremt blødningen ikke er kraftig og pågående, og der ikke er samtidige smerter
- Akut vurdering på gynækologisk afdeling, hvis blødningen er ledsaget af smerter – og det ikke tidligere er blevet fastslået, at graviditeten er lokaliseret intrauterint

Påvises der en normal intrauterin graviditet ved ultralyd, vil prognosen for graviditeten være god (DSOG 2013).

9.1.2. Blødning i 2. og 3. trimester

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

Væsentlige alvorlige årsager til blødning i sidste halvdel af graviditeten er:

- *"Tegnblødning"* - Sparsom slimet blødning ses i forbindelse med begyndende fødsel
- *Forliggende moderkage (Placenta prævia)* – Optræder hos 0,5-0,6% (Nørgaard 2012, DSOG 2017). Ofte diagnosticeret eller mistænkt ved skanning i 2. trimester. Skal mistænkes ved frisk blødning uden ledsagende smerter
- *Placentaløsning (abruptio)* – Optræder hos ca. 1 %. Blødning ledsaget af smerter (Tikkanen 2011). Typisk vil den synlige blødning kun udgøre en mindre del af den faktiske blødning

9.1.3. Gennem hele graviditeten

I hele graviditeten kan blødningen stamme fra cervix. Den vil da ofte vise sig som kontaktblødning. Der kan være tale om godartede forandringer som ectopi og polyp. Men det er vigtigt at være opmærksom på muligheden for cervix cancer som årsag til blødning under graviditet. Ved flere blødningsepisoder bør der derfor udføres GU og kolposkopi, evt. biopsier, jf. afsnit 6.7.

Boks

Anbefalinger vedr. blødning i graviditeten

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

Boks slut

9.2. Graviditetskvalme, opkastninger og hyperemesis gravidarum

Graviditetskvalme og opkastninger (GKO) forekommer hos op til 90 % af alle gravide og remitterer oftest inden 20. graviditetsuge. Hos omkring 10-20% persisterer tilstanden hele graviditeten. Hyperemesis gravidarum (HG) defineres som en tilstand med svær kvalme og opkastning, der debuterer tidligt i graviditeten, og som ledsages af dehydrering, elektrolytforstyrrelser, vægttab > 5 % og ernæringsmæssige mangler. Hyppigheden er 0,5-2 % og ætiologien er ukendt (DSOG 2013, RCOG 2016).

Der ses øget risiko for GKO og HG hos kvinder med familiær disposition til GKO, tidligere GKO og HG, lav vægt, afrikansk, indisk eller srilankansk oprindelse og ved flerfoldsgraviditet (DSOG 2013). Der er ingen sikre tegn på HG, men diagnosen stilles, når andre differentialdiagnoser er udelukket (DSOG 2013).

Behandlingen er vigtig og indebærer tæt opfølgning hos læge indtil effekt af behandling (RCOG 2016). GKO og HG kan med fordel monitoreres ved brug af et objektivt og valideret index, f.eks PUQE-score (PUQE-score: Pregnancy-Unique Quantification of Emesis-score) (Ebrahimi 2009). Dette indeks kan også anvendes af den gravide kvinde til selvmonitorering af tilstanden. Læs mere om PUQE-score i bilag 5.

Mild GKO behandles i almen praksis med antiemetika (NICE-guideline hyperemesis gravidarum). Hvis der ikke er effekt af behandlingen eller PUQE-score er < 13, anbefales det, at den gravide kvinde behandles i ambulant hospitalsregi. Kvinder med svær og vedvarende GKO/HG kan tilbydes indlæggelse.

Flere studier har påvist en sammenhæng mellem placenta dysfunktion og GKO/HG. Der er ikke sikker sammenhæng med risiko for præeklampsi (RCOG 2016).

Svær HG kan for kvinden medføre anæmi og perifer neuropati pga. mangel på cyanocobalamin (vitamin B-12) og pyridoxin (vitamin B-6). Dehydrering og elektrolytforstyrrelser er en ikke ualmindelig følge af HG, og der ses ofte hyponatriæmi, hypokaliæmi og ketose. Tiamin (vitamin B1) mangel kan forårsage Wernicke's encephalopati. Fosteret har let øget risiko for vækstretardering ved svær HG pga. den manglende materielle vægtøgning (RCOG 2016).

GKO og HG har vist sig at reducere livskvalitet, mulighed for at udføre daglige aktiviteter og påvirke forholdet til partner og familie. Der er øget risiko for depression under graviditeten og postpartum, som følge af GKO og HG, men ikke som primær årsag til dette.

Boks

Anbefalinger vedr. graviditetskvalme

- Graviditetskvalme og opkastninger behandles primært hos praktiserende læge med tæt opfølgning og antiemetika og kan fx. monitoreres med PUQE-score, se bilag 5
- Ved forværring af GKO trods ovenstående behandlingstiltag eller HG henvises til videre kontrol og behandling via gynækologisk-obstetrisk afdeling

Boks slut

9.3. Flerfoldsgraviditeter

I 1980 var der 1,0 % flerfoldsfødsler, men i takt med et øget antal gravide efter fertilitetsbehandling sås en stigning til 2,3 % i 2008. Idet man ved fertilitetsbehandling siden dette har anbefalet, at der som hovedregel kun transfereres 1 æg, har man siden 2008 observeret en faldende tendens til i 2016 kun at være 1,7 % flerfoldsgraviditeter. Andelen af trillingefødsler er mindre end 0,5 %, mens firtingefødsler ikke forekommer hvert år i Danmark.

Der er en øget risiko for komplikationer for både den gravide og fostrene ved flerfoldsgraviditet, og denne risiko er bl.a. afhængig af, om der er én (monochoriske) eller to (dichoriske) moderkager, hvor én moderkage udgør den største risiko (Hack 2008).

For den tvillingegravide ses en øget risiko for anæmi, graviditetsbetinget hypertension, præeklamsi, leverbetinget graviditetskløe og gestationel diabetes (NICE 2011, DSOG 2010).

For fostrene er der generelt en øget risiko for væksthæmning og knapt 45 % fødes præterm (i 2016: 3,7 % før gestationsuge (GA) 28; 5,5 % GA 28 til <32+0; 34 % GA 32 til < 37 (Det Medicinske Fødselsregister).

Flerfoldsgravide følges tæt i obstetrisk regi og hyppigheden af kontroller og tilvækstskanninger afhænger bl.a. af om der er én eller to moderkager (DSOG 2010). I 1. trimester fastslås ved ultralydsundersøgelse, om det drejer sig om mono- eller dichoriske tvillinger (DSOG 2010).

Tvillingegravide uden komplikationer tilrådes normal livsførelse, da der ikke er dokumenteret effekt af liggende aflastning. Sygemelding vurderes individuelt.

At blive flerfoldsforældre er for de fleste en stor udfordring med påvist øget risiko for postpartum depression, angst og stress hos begge forældre (van der Akker 2016, Vilska 2009, Wenzel 2015). Fødselsforberedelse generelt har betydning for graviditets-, fødsels- samt efterfødselsforløb. Grundet øget risiko i graviditeten og belastning i forældreskabet anbefales det at tilbyde separat fødsels- og forældreforberedelse for flerfoldsforældre, og desuden tilrådes tæt opfølgning efter fødsel ved sundhedsplejerske.

Boks**Anbefalinger vedr. flerfoldsgraviditeter**

- Den gravide flerfoldsgravide tilbydes hyppige konsultationer på obstetrisk afdeling, hvor hvert barns tilvækst monitoreres
- Der er øget risiko for præterm fødsel, væksthæmning, anæmi, gestationel hypertension, præeklamsi, leverbetinget graviditetskløe og gestationel diabetes
- Kommende flerfoldsforældre bør tilbydes særlig målrettet fødsels- og forældreforberedelse, samt tæt kontakt med sundhedsplejerske efter fødslen

Boks slut

9.4. Præterm fødsel

Præterm fødsel defineres som fødsel før 37 uger + 0 dage. Efter misdannelser er præterm fødsel den væsentligste årsag til perinatal mortalitet og morbiditet.

	Definition	Typisk vægt	Hyppighed	Komplikationer
Præterm	< 37 ⁺⁰ uger		6%	
- Sen præterm	34 ⁺⁰ - 36 ⁺⁶ uger	<3 kg	4%	Gulsot, ammevanskeligheder Respiratory distress syndrome
- Meget præterm	28 ⁺⁰ - 34 ⁺⁰ uger	<2½ kg	2%	Øget risiko for mindre handicap
- Ekstrem præterm	< 28 ⁺⁰ uger	<1 kg	0.5%	Øget risiko for død og større handicap (døv, blind, cerebral parese)
- Ikke levedygtigt	<23 ⁺⁰ uger	<300g	0.1%	

9.4.1. Risikofaktorer

Kvinden henvises til vurdering af obstetrisk speciallæge ved tidligere præterm fødsel, 2 eller flere koniseringer, tidligere spontan abort i 2. trimester eller flerfoldsgraviditet. Ved tidligere præterm fødsel og tidligere spontan abort i 2. trimester henvises allerede prækonceptionelt.

9.4.2. Symptomer

- **Almindelige plukkeveer** forårsager ikke præterm fødsel. Er der smertefulde plukkeveer, bør man overveje urindyrkning, og ved gestationsalder < 34⁺⁰ uger bør man overveje subakut henvisning til skanning af livmoderhalsen
- **Pludselig øget vandligt udflåd** i 2. trimester ses typisk ved væsentlig afkortning af livmoderhalsen. Henvises til akut cervixskanning
- **Veer, vandafgang og blødning** håndteres på obstetrisk afdeling mhp fosterets tilstand og iværksættelse af tokolyse, lungemodning, antibiotika, aflastning

9.4.3. Undersøgelsesmetoder til vurdering af risiko for præterm fødsel

- Urin-dyrkning bør tilbydes på vid indikation ved unormale plukkeveer. Urinstiks er ikke sensitiv nok
- Vaginal eksploration til vurdering af livmoderhalsens længde vil kun sjældent være indiceret, da livmoderhalsen åbner sig indefra, hvilket kun kan diagnosticeres ved cervixskanning
- Cervixskanning til vurdering af livmoderhalsens længde kan være indiceret ved tidligere præterm fødsel eller tidligere 2. trimester abort, tidligere konisering eller smertefulde plukkeveer. Kan også være indiceret før uge 20+0. (DSOG 2013)

9.4.4. Forebyggelse

- Aflastning, sygemelding og at fraråde samleje pga. plukkeveer vil kun sjældent være indiceret, hvis cervixskanning viser normal længde
- Progesteron-behandling nedsætter muligvis risikoen for præterm fødsel med 30 %, hvis den gravide er i højrisikogruppe. Behandlingen påbegyndes typisk omkring uge 18+0
- Vaginal cerclage kan overvejes, hvis livmoderhalsen er afkortet. Kan også anlægges profylaktisk ca. uge 12+0, hvis anamnesen er belastende.
- Arabin pessar kan anvendes i stedet for vaginal cerclage, hvis risikoen for præterm fødsel kun er moderat
- Intern cerclage kan anlægges laparoskopisk før graviditeten ved høj risiko for cervix insufficiens. Det kan dreje sig om tidligere ekstremt præterm fødsel. Ligeledes bør kvinder med 2 tidligere koniseringer vurderes, da nogle af dem har så kort livmoderhals, at det er vanskeligt at anlægge vaginal cerclage. Disse kvinder bør således vurderes af speciallæge før graviditetens indtræden

Boks

Anbefalinger vedr. risiko for præterm fødsel

- Den praktiserende læge eller jordemoder optager anamnese om tidligere graviditeter samt sociale og arbejdsmæssige forhold
- Ved høj risiko henvises til vurdering på obstetrisk afdeling med henblik på videre kontrol og cervixskanning
- Urindyrkning foretages på indikation
- Smertefulde plukkeveer kan indicere aflastning, men man bør overveje henvisning til læge på obstetrisk afdeling med henblik på vurdering og eventuelt cervixskanning

Boks slut

9.5. Gestationel diabetes mellitus

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

I Danmark er forekomsten af GDM stigende, og ses hos omkring 3 % af alle gravide (Jeppesen 2017). Tilstanden er forbundet med en række komplikationer hos mor og barn, og der er god evidens for, at behandling med diæt og om nødvendigt insulinbehandling har en gunstig effekt (Crowther 2005). De fleste kvinder med GDM har ingen symptomer, hvorfor der skal screenes for at opspore og behandle tilstanden og derved forebygge graviditets- og fødselskomplikationer.

Som oftest normaliseres glukosetolerancen umiddelbart efter fødslen, men ca. halvdelen af alle kvinder med GDM vil udvikle manifest diabetes senere i livet, og herudover er der en 3 gange forøget risiko for at udvikle metabolisk syndrom. Efter fødslen anbefales kvinderne at følge kostrådene, være fysisk aktive og tilstræbe en normal vægt. Alle med GDM bør tilbydes en glukosebelastning 2-3 måneder efter fødslen og herefter en undersøgelse af glukosestofskiftet (f.eks. Faste-BS eller HbA1c) med 1-3 års interval med henblik på tidlig diagnostisering af diabetes.

Manifest diabetes i graviditeten må mistænkes, hvis følgende konstateres før svangerskabsuge 20:

Glukosemål for manifest diabetes i graviditet	Diagnostisk værdi
Faste vene plasmaglukose	$\geq 7,0$ mmol/l
HbA1c (DCCT standardiseret)	$\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol)
Tilfældigt målt vene plasmaglukose	$\geq 11,1$ mmol/l (2 prøver nødvendige)

I disse tilfælde bør kvinden henvises til centre, der kontrollerer og behandler gravide med prægestationel diabetes.

Boks

Anbefalinger vedr. opsporing af gestationel diabetes mellitus

Følgende screeningsprogram for gestationel diabetes mellitus anbefales:

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

Kvinder med følgende risikofaktorer indgår:

- Tidligere gestationel diabetes mellitus
- Prægravid overvægt (BMI ≥ 27)
- Maternel familiær disposition til diabetes (dvs. type 1- eller type 2-diabetes hos bedsteforældre, forældre, søskende eller egne børn)
- Tidligere fødsel af et stort barn (≥ 4500 g)
- Glukosuri (sv.t. $\geq 5,5$ mmol/l – sv.t. +1 eller +2 på de generelt anvendte stix).
- Polycystisk ovariesyndrom (PCOS)
- Flerfoldsgraviditet

Der anvendes følgende diagnostisk test:

- 2-timers 75 g OGTT. Der måles kun blodglukose efter 2 timer (dobbeltest bestemmelse tilstræbes)
- Tolkning: Gestationel diabetes mellitus ved $\geq 9,0$ mmol/l i venøst plasma eller kapillært fuldblood målt med høj kvalitetsmetode¹¹

Screeningstidspunkter

Ved 10-20 uger undersøges følgende gravide:

¹¹ Forskellen i glukoseværdier målt i disse to medier tilnærmes, jo højere værdierne bliver. De små forskelle, der kan være, alt efter hvilket medie, der anvendes, opvejes af fordelene ved kun at have én grænseværdi.

1) Kvinder med tidligere gestationel diabetes mellitus

2) Kvinder med 2 af følgende risikofaktorer:

- Prægravid overvægt (BMI ≥ 27)
- Familiær disposition til diabetes
- Tidligere fødsel af et stort barn (≥ 4500 g).
- Kendt PCOS

Ved 24-28 uger undersøges følgende gravide:

1) Kvinder med kun 1 af følgende risikofaktorer:

- Prægravid overvægt (BMI ≥ 27)
- Familiær disposition til diabetes
- Tidligere fødsel af et stort barn (≥ 4500 g)
- Kendt PCOS
- Flerfoldsgraviditet.

2) Kvinder, der er screenet tidligere i graviditeten, men hvor glukosebelastningen var ikke-diabetisk.

Boks slut

9.6. Præeklamsi og andre hypertensive tilstande i graviditeten

Hypertension defineres som systolisk blodtryk ≥ 140 mmHg eller diastolisk blodtryk ≥ 90 mmHg konstateret ved 2 målinger med 4 timers interval målt efter mindst 5 minutters hvile. Se bilag 4 vedrørende måling af blodtrykket.

Proteinuri defineres som $\geq 0,3$ g/24 timer, protein/kreatinin ratio > 30 på spoturin eller $\geq +1$ ved steril urinstiks. Spor af protein er et normalt fund, som ikke i sig selv indikerer skærpet kontrol.

9.6.1. Hypertensive tilstande i graviditeten omfatter:

Essentiel hypertension:	Forhøjet blodtryk, der er til stede allerede før graviditeten, eller som opstår før graviditetsuge 20
Gestationel hypertension:	Forhøjet blodtryk, der opstår i graviditeten efter uge 20, og som forsvinder efter fødslen
Præeklamsi:	Hypertension opstået efter uge 20 ledsaget af proteinuri ELLER ledsaget af en eller flere af følgende nytilkomne tilstande:

Trombocytopeni ($\text{trc} \leq 100$), $\text{s-crea} \geq 100 \text{ mmol/l}$ eller fordobling fra udgangspunkt, leverpåvirkning med fordobling af transaminaser, lungeødem, cerebrale eller visuelle symptomer, tegn på uteroplacental dysfunktion (obs. IUGR)

9.6.2. Præeklamsi

Forekomsten af præeklamsi er 2-8 %. Præeklamsi er en multiorgansygdom karakteriseret ved vasokonstriktion, metaboliske forandringer, endothelial dysfunktion og øget inflammatorisk respons. Komplikationerne til præeklamsi kan være af livstruende karakter for både kvinden og fosteret.

Det kliniske sygdomsbillede varierer meget afhængigt af de patofysiologiske forandringer, der afspejles. Materielt kan symptomer være hovedpine, synsforstyrrelser, svimmelhed, dyspnø/trykken for brystet, gastrointestinale symptomer i form af kvalme, epigastrielle smerter og/eller opkast. Føtal kan der være mindre liv som tegn på væksthæmning (IUGR). Ødemer er isoleret ikke med i diagnosen, men skal udløse undersøgelser for præeklamsi (blodtryksmåling og urinstix).

Præeklamsi optræder fra let til svær grad afhængig af symptomer og klinik. Kan optræde som HELLP-syndrom med tegn på hæmolyse, eleverede levertal og lave blodplader (1/1000 gravide). Præeklamsi kan debutere som eklamsi (universelle krampes) (1/2000). Knap hver tredje tilfælde af eklamsi optræder uden forudgående symptomer. Det er vigtigt at være opmærksom på, at cirka 40 % af tilfældene optræder i barselsperioden og op til 1 uge postpartum.

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

- Tidligere præeklamsi
- Familiær disposition (mor eller søster) til præeklamsi
- Flerfoldsgraviditet
- Førstegangsfødende
- $\text{BMI} \geq 35$ ved første graviditetsundersøgelse
- $\text{BT} > 130/80 \text{ mmHg}$
- Alder ≥ 40 år
- ≥ 10 år siden sidste graviditet
- Graviditet med ægdonation
- Tilstedeværende medicinsk sygdom: diabetes mellitus, kronisk hypertension, nyresygdom, antifosfolipidantistoffer

Gravide med øget risiko for præeklamsi henvises hurtigst muligt til vurdering på obstetrisk afdeling mhp. evt. indikation for at opstarte forebyggende behandling med acetylsalicylsyre 150 mg. til natten, der har vist at reducere risikoen for præeklamsi signifikant. Den eneste definitive behandling er ellers forløsning. (DSOG 2018)

Kvinder med præeklamsi let som svær har en øget risiko for kardiovaskulær sygdom senere i livet og tilrådes derfor blodtrykskontrol én gang årligt.

Boks

Anbefalinger vedr. præeklamsi

Første graviditetskonsultation:

Den praktiserende læge eller jordemoderen vurderer ved første graviditetsundersøgelse risikoen for præeklamsi for den gravide med henblik på stillingtagen til evt. behov for henvisning til obstetrisk afdeling samt evt. indikation for opstart af profylaktisk ASA. Ved indikation for profylaktisk ASA startes behandlingen omkring uge 12.

Ved efterfølgende graviditetskonsultationer:

- Hos symptomfrie gravide uden risikofaktorer kontrolleres blodtryk og urin én gang i 1. og 2. trimester samt ved hver kontrol i 3. trimester
- Hos gravide med risikofaktorer individualiseres kontrollen af blodtryk og urin. Kan foregå i samarbejde mellem obstetrisk afdeling, jordemoder og egen læge
- Lægen eller jordemoderen informerer gravide med øget risiko for udvikling af præeklamsi om symptomer på præeklamsi, der indikerer lægeundersøgelse
- Læge og jordemoder foretager blodtryksmåling under standardiserede betingelser med henblik på at sikre valide sammenligninger. Blodtrykskontrol udføres altid samtidig med undersøgelse for proteinuri og klinisk fosterskøn, og i tilfælde af forhøjet BT udspørges grundigt om eventuelle symptomer
- Ved mistanke om præeklamsi henvises til vurdering på obstetrisk afdeling

Boks slut**9.7. Graviditetsrelaterede ryg- og bækken smerter**

Ryg- og bækken smerter i forbindelse med graviditet er hyppigt forekommende med en prævalens på op til 76 % (Hall 2016, Liddle 2015, Vermani 2010). Forekomsten af daglige smerter og/eller smerter som giver funktionsbegrænsning, ses hos ca. 20 % af gravide kvinder (Vleeming 2008). Rygsmerter er hyppigere forekommende end bækken smerter (van Benten 2014, Liddle 2015), mens bækken smerter har en dårligere prognose end rygsmerter (Mackenzie 2018).

Graviditets-relaterede ryg- og bækken smerter dækker over flere tilstande, såsom lave lændesmerter, bækken smerter, eller en kombination benævnt lændebækken smerter. Den underliggende ætiologi er ikke fuldt klarlagt (Vermani 2010, Vleeming, Albert 2008), men den er formentlig betinget af flere faktorer herunder fysiske, psykiske og sociale faktorer. De mest konsistente risikofaktorer er tidligere ryg- og bækken smerter, hypermobilitet samt traumer mod bækkenet (Larsen 1999, Vleeming 2008). Derudover ses hårdt fysisk arbejde, dårlige ergonomiske arbejdsforhold, højt BMI før og under graviditeten, utilfredshed med job og parforhold samt multiparitet at være associeret med ryg- og bækken smerter (Vleeming 2008, Larsen 1999, Albert 2006, Bastiaanssen 2005, Mogren 2006, van Benten 2014). Regelmæssig motion forud for graviditeten nedsætter risikoen for udvikling af bækkesmerter under graviditeten (Owe 2016).

Det kan i nogle tilfælde være svært at skelne mellem ryg- og bækken smerter herunder også for de gravide kvinder, da symptomerne kan være overlappende. Der kan være flere faktorer, som til sammen giver anledning til smerter i bækkenet. Både korsben (sacroiliacaleddene) og kønsben (symfyen) belastes under graviditet, hvorfor smerter kan skyldes belastningsbetingede ændringer i disse led. Smerterne kan også skyldes skæve bevægelser i bækken-leddene og skæv vægtbelastning med ledsagende ændret belastning af muskulaturen i og omkring bækkenet (Vleeming 2008). Bækken smerter lokaliseret til sacroiliacaleddene og symfyen kan udløses og dermed verificeres ved kliniske tests. Smerter og eventuelt instabilitet svarende til begge disse ledområder benævnes bækken syndrom, som ses hos ca. 5% af de gravide kvinder (Vleeming 2008).

Udredning foregår primært via praktiserende læge, som kan supplere den objektive undersøgelse med tests for smerter relateret til sacroiliacaled og symfyen: P4 test (Ostgaard 1994), Patrick's Faber test (Albert 2000, Brodhurst 1998) og modificeret Trendelenburg (Albert 2000) (se beskrivelse i bilag 6).

I overensstemmelse med at der ofte ikke er én oplagt årsag til smerterne, er der endnu ikke en enkelt effektiv behandling. En vigtig del af behandlingen består af råd og vejledning om ergologi, fysisk aktivitet og løfteteknik mm. Behandlingsmetoder som manipulation/mobilisering af bækkenleddene, injektionsbehandling, bækkenbælte og massage anbefales ikke som eneste behandling.

Bækkensyndrom medfører ingen risiko for fosteret. Igangsættelse af fødslen eller forløsning ved sectio anbefales ikke til lindring af bækkensmerter/bækkensyndrom. Under fødslen skal der udvises særlig hensyn og forsigtighed ved stillings- og positionsskift fx ved ændring af fødestilling, ved forløsning og ved brug af epiduralbloade, hvor den fødende kvinde ikke i samme grad kan mærke egne funktionsbegrænsninger.

Det estimeres, at cirka 7 % af kvinderne forsat oplever smerter 3 måneder efter fødslen (Mackenzie 2018). Positive provokations tests, lavere self-efficacy og påvirket mentalt helbred herunder angst og depression er associeret med langtidsfølger af bækkensmerter (Elden 2016). Kvinder, der forsat oplever smerter 3 måneder efter fødslen, bør vurderes af praktiserende læge, idet differentialdiagnoser skal overvejes.

Boks

Anbefalinger vedr. bækken- og rygsmarter

- Den gravide informeres om, at bækken- og rygsmarter er hyppigt forekommende under graviditeten men forsvinder i langt de fleste tilfælde efter fødslen
- Lægen eller jordemoderen kan udføre enkle tests beskrevet i bilag 6 for at vurdere om smerterne udløses fra bækkenleddene
- En vigtig del af behandlingen består af råd og vejledning om ergonomi, fysisk aktivitet og løfteteknik, samt evt. individualiseret fysioterapi.
- Særlig opmærksomhed skal rettes på lejring og fødestilling under fødslen
- Kvinder med vedvarende ryg- og bækkensmerter 3 måneder efter fødslen bør vurderes hos praktiserende læge

Boks slut

9.8. Leverbetinget graviditetskløe

Leverbetinget graviditetskløe optræder hos ca. 1% af gravide (DSOG 2017, Ozkan 2015, Williamson 2014).

Leverbetinget graviditetskløe viser sig ved kløe i håndflader og fodsåler uden samtidigt hududslæt, der typisk debuterer i 2. eller 3. trimester. Recidiverer ofte i efterfølgende graviditeter.

Årsagen til leverbetinget graviditetskløe er ukendt. Diagnosen stilles på baggrund af typiske symptomer og samtidig stigning i transaminaser og/eller serum galdesalte/galdesyre.

Ved typiske symptomer henvises den gravide til obstetrisk afdeling. Praktiserende læge kan hensigtsmæssigt henvise til blodprøvetagning (levertal incl. transaminaser og *fastende* galdesalte), så svar kan foreligge ved konsultationen på obstetrisk afdeling. Bekræftes diagnosen, følges den gravide på obstetrisk afdeling. Behandling med ursodeoxycholsyre kan mindske kløe og føre til fald i galdesalte og transaminaser.

Tilstanden er forbundet med øget risiko for præterm fødsel, føtal distress og intrauterin fosterdød. Igangsættelse af fødslen anbefales ud fra niveau af galdesalte/transaminaser, da risikoen stiger med stigende niveau af serum galdesalte.

Efter fødslen kontrolleres galdesalte, transaminaser efter 2 uger. Hvis ikke disse normaliseres, henvises kvinden til hepatologisk udredning.

Boks

Anbefalinger vedr. hudkløe

- Gravide kvinder med hudkløe uden udslæt skal henvises til obstetrisk afdeling mhp. blodprøve (*fastende* galdesalte og transaminaser) og videre håndtering.

- Galdesalte og transaminaser kontrolleres efter fødslen. Ved manglende normalisering bør kvinden henvises til hepatologisk udredning.

Boks slut

9.9. Mindre liv

Der findes ikke en universel definition af mindre liv. I stedet bruges den gravides egen oplevelse af reduceret eller manglende fosteraktivitet (Daly 2018). Standardiserede interventioner til monitorering af fosterets aktivitet som fx at tælle bevægelser over en periode er ikke fundet brugbare til forebyggelse af fosterdød (Mangesi 2015, Norman 2018, Winje 2016). Det frarådes også, at den gravide anvender en privat købt doptone til egen-monitorering, idet det kan give en flask tryghed og ikke et sikkert billede af barnets tilstand.

Oplevelse af mindre liv er hyppigt forekommende i 3.trimester, hvor omkring 16% af alle gravide kvinder henvender sig med oplevelse af mindre liv (Froen 2004). Ved mindre liv skal den gravide kvinde henvende sig til jordemoder eller obstetrisk afdeling, hvor yderligere udredning foretages umiddelbart efter. Efter graviditetsuge 24-26 tilbydes den gravide klinisk undersøgelse suppleret med CTG og/eller ultralydsundersøgelse. Det er ikke tilstrækkeligt at høre en normal hjertelyd, når kvinden mærker mindre liv eller slet ikke mærker liv.

Gravide, der henvender sig med mindre liv, har behov for at få foretaget de relevante undersøgelser hurtigt og modtage en ensartet information fra jordemødre og obstetrikere vedrørende betydningen af fosterbevægelser (Georgsson 2016).

Der ses en sammenhæng mellem mindre liv og tilstande som infektion, føtomaternel blødning, placenta insufficiens, væksthæmning, navlesnorskomplikationer samt fosterdød (Froen 2008, Warrander 2012, Heazell 2008).

Boks**Anbefalinger vedr. mindre liv**

- Den gravide kvinde informeres om at henvende sig til en jordemoder eller obstetrisk afdeling, hvis hun mærker mindre liv efter 24 uger.
- Hvis en gravid kvinde henvender sig med færre eller manglende fosterbevægelser, bør hun umiddelbart efter tilbydes klinisk undersøgelse ved jordemoder eller obstetriker, som efter uge 24-26 også inkluderer CTG og/eller ultralydsundersøgelse.

Boks slut

9.10. Overbårenhed (graviditas prolongata)

Graviditeter, der varer over 294 dage, klassificeres af WHO som graviditas prolongata, hvilket svarer til gestationsalder 42+0 (World Health Organization, ACOG 2013). Der ses stor biologisk variation i længden af graviditeten (Kiserud 2012). Hyppige årsager til graviditas prolongata er familiær disposition, nulliparitet, tidligere post-term fødsel, maternel overvægt, graviditeter med drengebørn, fostre der er mindre i 2. trimester og fostre med misdannelser (Mogren 1999, Johnsen 2008, Morken 2011, Thagaard 2017, Kortekaas 2015, Roos 2010, Arrowsmith 2011, Divon 2002, Lie 2006). Ved anvendelse af ultralydsbestemt termin til sammenligning med Nægles beregning ud fra sidste menstruation bliver færre graviditeter klassificeret som graviditas prolongata.

Graviditas prolongata er forbundet med øget forekomst af komplikationer for mor og barn. Maternelle komplikationer kan være dystoci, obstetriske traumer, akut sectio og post partum blødning, og føtale komplikationer kan

være intrauterin fosterdød, mekoniumaspiration, oligohydramnios, postmaturitet og føtal distress, hvorfor det anbefales at reducere antallet af graviditeter efter gestationsalder 42+0 (Gulmezoglu 2012, Wennerholm 2009). Risikoen for intrauterin fosterdød er stigende i den sidste del af graviditeten og er omkring 1:1000 i uge 40 og 1:500 efter uge 42, men formentlig lavere hvis alle undersøgelser er normale (DSOG 2011). Gravide med høj alder eller svær overvægt har en forøget risiko for intrauterin fosterdød, og derudover ses en social gradient.

På baggrund af dette udsendte DSOG i 2011 en guideline om overbårenhed, som anbefaler igangsættelse af fødslen med henblik på, at kvinden har født inden uge 42+0, hvilket efterfølgende er implementeret på alle fødeafdelinger. Frekvensen af igangsættelser af fødsler er steget fra 16 % i 2007 til 23 % i 2016. Som følge heraf og derudover af implementering af ultralydsfastsættelse af terminen er antallet af fødsler i Danmark efter graviditetsuge 42 faldet fra 8,1 % i 1997 til 5,6% i 2007 og 2,3% i 2016 (Det Medicinske Fødselsregister). I perioden fra 2000 til 2012 faldt antallet af dødfødte børn efter graviditetsuge 37 fra 2,4 til 1,4 per 1000 nyfødte (Hedegaard 2014). Antal børn født med cerebral parese faldt samtidig fra 1,7 til 1,2 per 1000 nyfødte (Hedegaard 2015).

Overvejelser vedrørende igangsættelse vil være en afvejning mellem fordele og ulemper for både kvinden og barnet samt med inddragelse af evt. tilstedeværelse af andre risikofaktorer. Ved tilbud om igangsættelse skal der tilbydes grundig information om fordele og ulemper, og den gravides eget perspektiv skal altid inddrages. Undersøgelser viser, at kvinder der har passeret termin og som tilbydes igangsættelse, ønsker en høj grad af inddragelse i beslutningsprocessen, herunder et ønske om mere information om mulige alternativer til igangsættelse samt en mere individuel omsorg i et evt. igangsættelsesforløb (Gammie 2014, Gatward 2010, Moore 2014, Henderson 2013, Nuutila 1999, Shetty 2005, Maimburg 2016).

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. Parret skal have fyldestgørende, nuanceret og evidensbaseret information om fordele, ulemper og risici ved igangsættelse og ved alternativet, afventende tilgang. Risici bør beskrives i absolutte tal og ikke som relative risici. Informationen skal gives dialogbaseret på en letforståelig måde med udgangspunkt i parrets forudsætninger og forventninger og med respekt for deres præferencer.

Hindeløsning kan tilbydes som en fødselsmodnende intervention, idet det øger sandsynligheden for spontan fødselstart og kan dermed reducere behovet for medicinsk igangsættelse på grund af overbårenhed (Avdiyovski 2019). Kvinden skal informeres om, at hindeløsning kan være forbundet med ubehag, og at det kan medføre blødning og uregelmæssige kontraktioner (Boulvain 2005).

Til igangsættelse af fødslen kan tilbydes medicinsk igangsættelse og/eller andre mekaniske metoder. Igangsættelse medfører mindsket risiko for de nævnte komplikationer ved overbårenhed uden en øget frekvens af instrumentelle forløsninger, men giver ofte længerevarende fødselsforløb (DSOG 2011).

Såfremt den gravide ønsker at afvente spontan fødsel eller at udskyde igangsættelse nogle dage eller en uge, tilbydes øget kontrol fra gestationsalder 41+3 med overvågning af fostret med ultralydsundersøgelse og CTG pga. den øgede risiko for perinatal morbiditet og mortalitet.

Boks

Anbefalinger vedr. overbårenhed

- 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

- Hvis den gravide ønsker at afvente spontan fødsel eller udskyde igangsættelse tilbydes øget kontrol fra gestationsalder 41+3 i form af konsultation 2 gange ugentligt inklusiv ultralydsundersøgelse og/eller CTG

Boks slut

9.11. Overvægt

Forekomsten af overvægt i befolkningen og dermed blandt gravide er hastigt stigende. I 2015 var 33 % af alle gravide overvægtige (BMI > 25 før eller i starten af graviditet), mens 13 % var svært overvægtige (BMI > 30) (Det medicinske Fødselsregister). Det er veldokumenteret, at overvægt hos moderen medfører en betydelig øget risiko for komplikationer for mor og barn både i forbindelse med graviditet og fødsel (DSOG 2017). Jo højere BMI hos moderen desto højere er risikoen for bl.a. graviditetssukkersyge, svangerskabsforgiftning og kejsersnit (Ovesen 2011, Torlini 2009). For barnet ses øget risiko for høj fødselsvægt, fosterdød og indlæggelse på børneafdeling (Yu 2013, Chu 2007). På længere sigt har barnet øget risiko for udvikling af overvægt i barnealderen og senere i voksenlivet, med øget risiko for fedmerelaterede sygdomme som hjertekarsygdomme og diabetes (Godfrey 2017). Overvægtige mødre oplever desuden oftere problemer med opstart og vedligeholdelse af amning (Baker 2007).

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

Hos overvægtige gravide er den kliniske undersøgelse med henblik på at bedømme fosterets leje og størrelse behæftet med betydelig usikkerhed, hvorfor henvisning til ultralydsundersøgelse kan overvejes – denne undersøgelse er dog også vanskeligere hos overvægtige. Da ca. 30 % af alle svært overvægtige føder ved kejsersnit og udgør en anæstesiologisk risikogruppe med besværet anlæggelse af epidural og spinal anæstesi, anbefales det at tilbyde profylaktisk epidural anlæggelse tidligt i det aktive fødselsforløb til kvinder med BMI > 40kg/m² (Dresner 2006).

De seneste år er der udført en række store randomiserede kontrollerede undersøgelser omkring intervention i graviditeten blandt overvægtige kvinder eller kvinder med øget risiko for gestationel diabetes. De fleste studier har fokuseret på kostomlægning eller fysisk aktivitet eller en kombination af begge. Størstedelen af studierne har fundet signifikant nedsat vægtøgning i graviditeten, og dette har potentielt stor betydning for kvindens vægtudvikling på sigt og for kommende graviditeter. To store danske studier fandt begge signifikant lavere gestationel vægtøgning men ingen reduktion i antallet af kvinder, der fik kejsersnit, svangerskabsforgiftning, graviditetssukkersyge eller børn født med høj fødselsvægt (Renault 2014, Vinter 2011). Det samme gælder for et stort europæisk multicenterstudie (Simmons 2017). Et internationalt samarbejde med 36 forskningsteams inkluderende individuelle resultater fra mere end 12.000 kvinder konkluderede, at intervention i graviditeten signifikant nedsætter vægtøgningen samt reducerer antallet af kejsersnit (Rogozińska 2017). Man har i denne metaanalyse ikke fundet evidens for, at intervention reducerer øvrige maternelle eller neonatale komplikationer.

Den begrænsede succes fra disse interventionsstudier skal ses i lyset af det korte tidsperspektiv i en graviditet og det faktum, at de fleste studier af praktiske årsager først er opstartet i løbet af 2. trimester. Både maternelle og ikke mindst neonatale udfald er formentlig væsentligt påvirkede af en dysmetabolisk profil allerede tidligt i graviditeten. Det er derfor meget sandsynligt, at vægt og sundhedsstatus fra starten af eller før graviditeten er

af større betydning end de metaboliske ændringer, der kan opnås senere i løbet af graviditeten. På denne baggrund er det vigtigt at anbefale vægttab til overvægtige kvinder inden graviditeten og anbefale generel regelmæssig moderat motion allerede inden graviditet.

Se endvidere afsnit 6.2 vedr. anbefalinger om vægtøgning under graviditeten afhængig af prægravidets BMI.

Boks

Anbefalinger vedr. overvægt

- Overvægtige gravide tilbydes rådgivning med henblik på at begrænse vægtøgningen under graviditeten med fokus på kostomlægning og fysisk aktivitet.
- Gravide med prægravid BMI ≥ 27 henvises i uge 27-30 til glukosebelastningstest.
- Hos gravide med svær overvægt kan overvejes henvisning til ultralydsundersøgelse i uge 35 med henblik på stillingskontrol og fostervægt samt samtale med obstetriker om mulige komplikationer ved fødslen. Tilbud om profylaktisk epidural ved fødsel kan diskuteres ved den lejlighed.

Boks slut

Referencer til kapitel 9

ACOG (2013). Committee Opinion No 579: Definition of term pregnancy. Obstet Gynecol 122(5):1139-40.

Albert HB et al (2006). Risk factors in developing pregnancy-related pelvic girdle pain. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 85(5): 539-544.

Arrowsmith S et al (2011). Maternal obesity and labour complications following induction of labour in prolonged pregnancy. BJOG 118(5): 578-588.

Avdiyovski H et al (2019). Membrane sweeping at term to promote spontaneous labour and reduce the likelihood of a formal induction of labour for postmaturity: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol 39(1): 54-62.

Baker JL et al (2007). High prepregnant body mass index is associated with early termination of full and any breastfeeding in Danish women. Am J Clin Nutr 86(2): 404-11.

Bastiaanssen JM et al (2005). A historical perspective on pregnancy-related low back and/or pelvic girdle pain. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology 120(1): 3-14.

Bjelland EK et al (2016). Pelvic pain after childbirth: a longitudinal population study. Pain 157(3): 710-716.

Boulvain M et al (2005). Membrane sweeping for induction of labour. The Cochrane database of systematic reviews (1):CD000451.

Chu SY et al (2007). Maternal obesity and risk of stillbirth: a metaanalysis. AmJObstet Gynecol 197(3):223-8.

Crowther CA et al (2005). Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. NEJM 352(24):2477-86.

Daly LM et al (2018). Care of pregnant women with decreased fetal movements: Update of a clinical practice guideline for Australia and New Zealand. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2018 Aug;58(4):463-468.

Divon et al (2002). Male gender predisposes to prolongation of pregnancy. Am J Obstet

Dresner M, Brocklesby J, Bamber J. Audit of the influence of body mass index on the performance of epidural analgesia in labour and the subsequent mode of delivery. BJOG. 2006;113(10):1178-81.

DSOG (2010). Tvillinger – graviditet og fødsel. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på: <https://www.dsog.dk>

DSOG (2011). Graviditas prolongata. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på: <http://www.dsog.dk>

DSOG (2013). Cervix-skanning i singleton graviditeter. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på: <http://www.dsog.dk>

DSOG (2013). Hyperemesis gravidarum. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på: <https://www.dsog.dk>

DSOG (2013). Spontan abort og missed abortion i første trimester. Gynækologisk guideline. Tilgængelig på: <https://www.dsog.dk>

DSOG (2017). Leverbetinget graviditetskløe. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på: <http://www.dsog.dk>

DSOG (2017). Overvægtige gravide. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på: <http://www.dsog.dk>

DSOG (2017). Placenta Prævia (PP) og Abnorm Invasiv Placenta (AIP). Obstetrisk Guideline. Tilgængelig på: <https://www.dsog.dk>

DSOG (2018) Præeklampsi og hypertension. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på: <http://www.dsog.dk>

Ebrahimi N et al (2009). Nausea and vomiting of pregnancy: using the 24-hour Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE-24) scale. J Obstet Gynaecol Can 31(9):803-807.

Elden et al (2016). Predictors and consequences of long-term pregnancy-related pelvic girdle pain: a longitudinal follow-up study. BMC musculoskeletal disorders 17: 276.

Froen JF (2004). A kick from within--fetal movement counting and the cancelled progress in antenatal care. Journal of perinatal medicine 32(1): 13-24.

Froen JF et al (2008). Management of decreased fetal movements. Seminars in perinatology 32(4): 307-311.

Gammie N & Key S (2014). Time's up! Women's experience of induction of labour. Pract Midwife 17(4): 15-18.

Gatward H et al (2010). Women's experiences of being induced for post-date pregnancy. Women Birth 23(1):3-9.

Georgsson S et al (2016). To be taken seriously and receive rapid and adequate care - Womens' requests when they consult health care for reduced fetal movements. Midwifery 40: 102-108.

Goddijn M & Leschot NJ (2000). Genetic aspects of miscarriage. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 14(5):855-65.

Godfrey KM et al (2017). Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring. Lancet Diabetes Endocrinol 5(1):53-64.

Gulmezoglu AM et al (2012). Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. The Cochrane database of systematic reviews (6):CD004945.

Hack KEA et al (2008). Increased peri-natal mortality and morbidity in monochorionic versus dichorionic twin pregnancies: clinical implications of a large Dutch cohort study. BJOG Int J Obstet Gynaecol 115(1):58–67.

Hall H et al (2016). The effectiveness of complementary manual therapies for pregnancy-related back and pelvic pain: A systematic review with meta-analysis. Medicine 95(38): e4723.

Heazell AE & Froen JF (2008). Methods of fetal movement counting and the detection of fetal compromise. J Obstet Gynaecol 28(2):147-54.

Hedegaard M et al (2014). Reduction in stillbirths at term after new birth induction paradigm: results of a national intervention. BMJ Open 2014;4:e005785. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005785

Hedegaard M et al (2015). Perinatal outcomes following an earlier post-term labour induction policy: a historical cohort study. BJOG 122(10): 1377-85.

Henderson J & Redshaw M (2013). Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. Acta Obstet Gynecol Scand 92(10):1159-1167.

Jeppesen C et al (2017). National study of the prevalence of gestational diabetes mellitus among Danish women from 2004 to 2012. Scand J Public Health 45(8):811-817.

Johnsen SL et al (2008). Fetal size in the second trimester is associated with the duration of pregnancy, small fetuses having longer pregnancies. BMC Pregnancy Childbirth 8: 25.

Kiserud T (2012). Hvor lenge varer et svangerskap? Tidsskriftet Den Norske Legeforening 132(1): 8-9.

Kortekaas JC et al (2015). Recurrence rate and outcome of postterm pregnancy, a national cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 193:70-74.

Larsen EC et al (1999). Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy. I: Prevalence and risk factors. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 78(2):105-110.

Liddle SD & Pennick V (2015). Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. The Cochrane database of systematic reviews (9): CD001139.

Lie RT et al (2006). Maternal and paternal influences on length of pregnancy. Obstet Gynecol 107(4): 880-885.

Mackenzie J et al (2018). Women's experiences of pregnancy related pelvic girdle pain: A systematic review. Midwifery 56: 102-111.

Maimburg RD (2016). Women's experience of post-term pregnancy. Pract Midwife 19(6): 21-23.

Mangesi L et al (2015). Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. The Cochrane database of systematic reviews (10):CD004909.

Mogren I et al (1999). Recurrence of prolonged pregnancy. Int J Epidemiol 28(2): 253-257.

Mogren IM (2006). BMI, pain and hyper-mobility are determinants of long-term outcome for women with low back pain and pelvic pain during pregnancy. *Eur Spine J* 15(7):1093-102.

Moore JE et al (2014). Moving toward patient-centered care: Women's decisions, perceptions, and experiences of the induction of labor process. *Birth* 41(2):138-46.

Morken NH et al (2011). Recurrence of prolonged and post-term gestational age across generations: maternal and paternal contribution. *BJOG* 118(13): 1630-1635.

NICE (2011). Multiple pregnancy: antenatal care for twin and triplet pregnancies. Clinical guideline CG129. Tilgængelig på: <https://www.nice.org.uk>

Norman JE et al (2018). Awareness of fetal movements and care package to reduce fetal mortality (AFFIRM): a stepped wedge, cluster-randomised trial. *Lancet* 392(10158):1629-1638.

Nuutila M et al (1999). Women's anticipations of and experiences with induction of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 78(8): 704-709.

Nybo Andersen AM et al (2000). Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ* 320(7251): 1708-12.

Nørgaard LN et al (2012). A Danish national cohort study on neonatal outcome in singleton pregnancies with placenta previa. *Acta Obstet Gynecol Scand* 91(5):546-51.

Owe KM et al (2016). Exercise level before pregnancy and engaging in high-impact sports reduce the risk of pelvic girdle pain: a population-based cohort study of 39 184 women. *British journal of sports medicine* 50(13): 817-822.

Ovesen P et al (2011). Effect of prepregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 118(2, Part 1):305-12.

Ozkan S et al (2015). Review of a challenging clinical issue: Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *World J Gastroenterol* 21: 7134-7141.

RCOG (2016). Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, Green-top Guideline No. 69. Tilgængelig på: <https://www.rcog.org.uk>

Regan L & Rai R (2000). Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 14(5):839-54.

Renault KM et al (2014). The Treatment of Obese Pregnant Women (TOP) study: a randomized controlled trial of the effect of physical activity intervention assessed by pedometer with or without dietary intervention in obese pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 210(2):134.e1-9.

Rogozinśka E et al (2017). Effect of diet and physical activity based interventions in pregnancy on gestational weight gain and pregnancy outcomes: meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *BMJ* 358:j3119.

Roos N et al (2010). Maternal risk factors for postterm pregnancy and cesarean delivery following labor induction. *Acta Obstet Gynecol Scand* 89(8): 1003-1010.

Shetty A et al (2005). Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour--a questionnaire-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 123(1): 56-61.

Simmons D et al (2017). Effect of Physical Activity and/or Healthy Eating on GDM Risk: The DALI Lifestyle Study. *J Clin Endocrinol Metabolism* 102(3): 903-13.

Thagaard IN et al (2017). The effect of obesity on early fetal growth and pregnancy duration: a cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 31(22): 2941-2946.

Tikkanen M (2011) Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2011;90: 140-149.

Torloni MR et al (2009). Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. *ObesRev* 10(2):194-203.

Van Benten E et al (2014). Recommendations for physical therapists on the treatment of lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy* 44(7): 464-73, A1-15.

van den Akker O et al (2016). Maternal psychosocial consequences of twins and multiple births following assisted and natural conception: a meta-analysis. *Reprod Biomed Online* 33(1):1–14.

Vermani E et al (2010). Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review. *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain* 10(1): 60-71.

Vilksa S et al (2009). Mental health of mothers and fathers of twins conceived via assisted reproduction treatment: a 1-year prospective study. *Hum Reprod Oxf Engl* 24(2):367–77.

Vinter CA et al (2011). The LiP (Lifestyle in Pregnancy) Study: A randomized controlled trial of lifestyle intervention in 360 obese pregnant women. *Diabetes Care* 34(12):2502-7.

Vleeming A et al (2008). European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J* 17(6):794-819.

Warrander LK et al (2012). Maternal perception of reduced fetal movements is associated with altered placental structure and function. *PloS one* 7(4), pp. e34851.

Wennerholm UB et al (2009). Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta Obstet Gynecol Scand* 88(1): 6-17.

Wenze SJ et al (2015). Raising multiples: mental health of mothers and fathers in early parenthood. *Arch Womens Ment Health* 18(2):163–76.

Williamson C & Geenes V (2014). Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *Obstet Gynecol* 124: 120-33.

Winje BA et al (2016). Interventions to enhance maternal awareness of decreased fetal movement: a systematic review. *BJOG* 123(6):886-98.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *ICD 10: International Statistical Classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Available: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en> [12/10,

2017].

Yu Z et al (2013). Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. PloS one 8(4):e61627.

10. Fødsels- og forældreforberedelse

Fødsels- og forældreforberedelse er en integreret del af svangreomsorgen og en væsentlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats, som alle kommende forældre tilbydes. Fødsels- og forældreforberedelse finder i princippet sted ved alle kontakter med den gravide kvinde og hendes partner. Ud over konsultationer, hvor individuelle behov bliver tilgodeset, bør forberedelsen også finde sted i grupper.

Deltagelse i fødsels- og forældreforberedelsestilbud giver mulighed for, at de kommende forældre kan indgå i dialog med de sundhedsprofessionelle og hinanden om den forestående fødsel og tiden herefter (Brady 2017). Tilbuddet har til formål at bidrage til de kommende forældres autonomi og aktiv deltagelse i deres graviditets-, fødsels- og barselsforløb.

Det er dokumenteret, at deltagelse i strukturerede fødsels- og forældreforberedelsestilbud på mindre hold har en række positive effekter, som kan øge sandsynligheden for en ukompliceret fødsel. Det er således vist, at det kan reducere bekymringer (Maimburg 2013) og angst for fødslen (Kiziurmak 2016), øge kvindens self-efficacy til at kunne håndtere fødslen (Brixval 2016), det kan øge andelen af kvinder i aktiv fødsel ved ankomsten til fødeafdelingen (Maimburg 2010, Bonovich 1990, Paz-Pascual 2008, Lumluk 2011), reducere brugen af medicinsk smertelindring (Maimburg 2010) og forbedre kvindens fødselsoplevelsen (Maimburg 2016, Miquelutti 2013).

Effekten af deltagelse i fødsels- og forældreforberedende kurser på tiden efter fødslen og i forældreskabet er mindre belyst. Dog har to større danske randomiserede undersøgelser fundet, at deltagelse i et struktureret fødsels- og forældreforberedende kurser på mindre hold øger kvindernes tro på at kunne amme og oplevelse af, at have sufficient viden om amning i de første 6 uger efter fødslen (Kronborg 2012). Ligeledes oplever forældrene mindre stress i forældreskabet 6 måneder efter fødslen, når de deltog i et struktureret fødsels- og forældreforberedende kursus på mindre hold (Koushede 2017).

10.1. Tilrettelæggelse af fødsels- og forældreforberedelseskurser

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).

Ud over det sundhedsfaglige indhold skal tilbuddet tilrettelægges med henblik på relationsdannelse de gravide imellem, hvilket kan medvirke til højere læringsudbytte og netværksdannelse, som kan få betydning både under graviditeten og efter fødslen. En undersøgelse med mere end 4000 førstegangs gravide kvinder viste således, at 97 % angav kontakten med andre kommende forældre som hovedårsagen til deltagelse i fødsels- og forældreforberedende kurser, og hhv. 96 % og 91 % angav amning og evidens baseret information om graviditet, fødsel og barsel som begrundelse for deltagelse (Newburn 2011).

Socio-økonomiske og demografiske forhold er associeret med lavere deltagelse i fødsels- og familieforbere-
dende tilbud. 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.

10.2. Fødsels- og forældreforberedelsens indhold

Mange informationer om graviditet, fødsel og den kommende forælderrolle er tilgængelige via eksempelvis
blade, bøger, pjecer, app's og internetsider. Praksiserfaringer viser dog, at der er et stort spring fra den teoreti-
ske viden til den praktiske virkelighed. Undervisningsprogrammet bør have fokus på aktiv involvering af både
den gravide og hendes partner i undervisningen. Dialogen mellem deltagerne, erfaringsudveksling og praktiske
øvelser bør prioriteres, suppleret af oplæg, film, lyd filer mm.

Undervisningsprogrammets indhold bør tilrettelægges, så det afspejler graviditet, fødsel, barsel og forældre-
skab som en sammenhængende proces i nævnte rækkefølge. Relevante emner, der kan adresseres i de for-
skellige undervisningsmoduler, kan være:

10.2.1. Graviditet og forberedelse til fødsel

- Helbred og livsstil, herunder fysisk aktivitet og bækkenbundstræning
- Graviditetens psykologi hos kvinden og manden, forestillinger om det kommende barn
- Familiedannelse, ændring i par-relation og samliv, forælderrollen, familienetværk
- Kroppens fysiologiske udvikling herunder graviditetsgener og håndtering heraf
- Den komplicerede graviditet, sygemelding, inddragelse af netværk og flere fagprofessionelle
- Gravid efter termin, fokus på normalitet, social, mental og fagprofessionel støtte
- Igangsættelse, fokus på fælles beslutningstagning og konsekvenser på kort og langt sigt
- Hvor skal fødslen foregå, fokus på tryghed og konsekvenser ved forskellige valg
- Rettigheder og fælles beslutningstagning herunder dialogen med sundhedsprofessionelle

10.2.2. Fødslen

- Begyndende fødsel, symptomer, håndtering i hjemmet, kontakt til fødeafdelingen
- Den fysiologiske fødsel herunder føde-/hvilestillinger, variationer af fødselens forløb, oprette fødestillin-
gers betydning for fødselens forløb
- Partnerens rolle ved fødslen, støttepersoners betydning for fødselens forløb
- Fødselens fremgang og håndtering af veer
- Smertehåndtering herunder smertelindring
- Indgreb i fødslen, herunder betydning for fødselens forløb
- Forløsningsmåder med fokus på mors helbred og etablering af amningen
- Den komplicerede fødsel, herunder evt. indlæggelse på neonatalafdeling
- Hud-mod-hud mellem forældre og barn
- Etablering af amning med fokus på få hovedbudskaber: 1) amning er en fælles forældreopgave, 2)
hud-mod-hud kontakt, 3) amning efter behov, 4) gode sutte- og amnestillinger

10.2.3. Barsel og det nyfødte barn

- Udskrivning efter fødsel, herunder opbakning fra partner og netværk
- Barsel i hjemmet eller på hospitalet
- Den første tid med det nyfødte barn – praktisk og følelsesmæssigt
- Amning / barnets ernæring, herunder identifikation af barnets tegn på, at det har behov for bryst/flaske
og vurdering af, om barnet får mad nok og er i trivsel
- Kroppen efter fødslen, herunder bækkenbundens genoptræning

- Efterfødselsreaktioner med fokus på symptomer hos både kvinden og partneren
- Barnets kompetencer, evne til og behov for kommunikation og berøring. Konkret viden om barnets sanser. Barnets signaler og adfærd samt forældrenes tolkninger og reaktioner. Udvikling af tilknytning mellem forældre og barn

10.2.4. Forældreskabet og børns udvikling

- Egenomsorg, herunder søvn og daglige rutiner
- Inddragelse af netværk
- Par-relationen og samliv, genoptagelse af seksuallivet og prævention
- Forælderrollen
- Familiedannelse herunder relation til øvrig familie og venner
- Søskende i familien herunder sammenbragte familier
- Barselsorlovens forløb, lovgrundlag, muligheder for og ønsker om deling af orloven

Mange emner i et forebyggende undervisningsprogram kan være oplagt at udarbejde som digital undervisning fx rundvisning på fødeafdelingen, rettigheder og fælles beslutningstagning, barselsorlov, familiedannelse, efterfødselsreaktioner, barnets signaler o.a.

Boks

Anbefalinger vedr. forældre og fødselsforberedelse

- Alle inviteres til at deltage i fødsels- og forældreforberedende tilbud. Socialt udsatte og sårbare gravide og deres partnere har oftest brug for særlige tilbud
- Fødeafdelingerne planlægger fødsels- og forældreforberedende kurser i samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste
- Fødsels- og forældreforberedende tilbud afholdes på mindre faste hold
- Fødsels- og forældreforberedende tilbud planlægges med et blandet indhold af sundhedspædagogiske metoder og med aktiv deltagelse og relationsdannelse som udgangspunkt for de didaktiske overvejelser

Boks slut

Referencer til kapitel 10

Bonovich L (1990). Recognizing the onset of labor. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 19(2):141-5.

Brady V & Lalor J (2017). Space for human connection in antenatal education: Uncovering women's hopes using Participatory Action Research. Midwifery 55: 7-14.

Brixval CS et al (2016). Antenatal education in small classes may increase childbirth self-efficacy: Results from a Danish randomised trial. Sex Reprod Healthc 10:32-34.

Kizilirmak A & Baser M (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. Appl Nurs Res 29:19-24.

Koushede V et al (2017). Antenatal small-class education versus auditorium-based lectures to promote positive transitioning to parenthood - A randomised trial. PloS one 12(5): e0176819.

Kronborg H et al (2012). Antenatal training to improve breast feeding: a randomised trial. *Midwifery* 28(6): 784-790.

Liu Q et al (2016). The Effectiveness of Blended Learning in Health Professions: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of medical Internet research* 18(1): e2.

Lumluk T & Kovavisarach E (2011). Effect of antenatal education for better self-correct diagnosis of true labor: a randomized control study. *J Med Assoc Thai* 94(7): 772-4.

Maimburg RD et al (2010). Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG* 117(8): 921-928.

Maimburg RD et al (2013). Women's worries in first pregnancy: results from a randomised controlled trial. *Sex Reprod Healthc* 4(4): 129-31.

Maimburg RD et al (2016). Women's experience of childbirth - A five year follow-up of the randomised controlled trial "Ready for Child Trial". *Women Birth* 29(5): 450-454.

Miquelutti MA et al (2013). Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 13:171.

Newburn M et al (2011). Preparation for birth and parenthood: report on first-time mothers and fathers attending NCT antenatal courses. London, NCT. Tilgængelig på: <https://www.nct.org.uk/>

Paz-pascual C et al (2008). Design and process of the EMA Cohort Study: the value of antenatal education in childbirth and breastfeeding. *BMC Nurs* 2008 7:5.

U.S Department of Education (2010). Evaluation of evidence based practices in online Learning: A Meta-Analysis and Review of Online Learning Studies. Washington DC. Tilgængelig på: <https://www.ed.gov/>

11. Fødslen

11.1. Generelt

En fødsel er en naturlig fysiologisk proces, som både er en fysisk og psykisk udfordring og en begivenhed, som huskes resten af livet. Fødselsoplevelsen kan således have langvarige positive eller negative psykologiske eftervirkninger. Sundhedspersonalet bør derfor arbejde for både det gode udkomme og den gode fødselsoplevelse (WHO 2018 a). God kommunikation, støtte og empati fra personalet og en rolig imødekommende atmosfære er medvirkende til, at parret føler sig trygge, set og hørt og bidrager til, at fødslen kan være en positiv oplevelse for kvinden og hendes partner, uanset om fødslen foregår vaginalt eller ved kejsersnit.

Formålet med sundhedsvæsenets indsats under fødslen er:

- at sikre trygge forløb, uanset hvor og hvordan parret vælger at føde
- at mor og barn kommer igennem fødslen med bedst mulig sundhedstilstand
- at minimere komplikationer under og efter fødslen
- at bidrage til en god fødselsoplevelse for begge forældre

I Danmark er fædre til stede ved ca. 95% af alle fødsler i Danmark (Madsen 2003). Partnerens tilstedeværelse på fødestuen har stor betydning for den kommende mors velbefindende både under selve fødslen og bagefter. Desuden angiver fædre, der har været mere aktivt involveret i graviditet og fødsel, at have en mere positiv oplevelse af familiedannelsesprocessen. Der bør derfor være fokus på at inddrage faren/partneren i hele forløbet med henblik på at understøtte den tidlige familiedannelse.

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. En flerstrengt indsats bl.a. med fokus på forbedret teamsamarbejde mellem jordemødre og obstetrikere, kompetenceniveauer for fødselsbetjeningen, hyppige tværfaglige konferencer og konstant monitorering af resultater har vist at kunne øge andelen af kvinder, der føder vaginalt uden at det er sket på bekostning af de fødendes tilfredshed og udfald for mor og barn (Blomberg 2016).

Enhver undersøgelse, behandling og indgreb under fødslen kræver den fødendes informerede samtykke. For at dette kan ske på relevant vis forudsætter det, at de kommende forældre forberedes under graviditeten på de handlinger fødslen kan indebære, herunder formål, fordele og ulemper.

11.2. Den vaginale fødsel

Den spontant forløbende fødsel forestås på alle danske fødeafdelinger af en jordemoder. Hvis der indtræder komplikationer, skal jordemoderen tilkalde en læge.

Det naturligt forekommende hormon, oxytocin, spiller en væsentlig rolle under fødslen, og der bør være fokus på, hvordan oxytocinniveauet kan påvirkes positivt. Tryghed i fødselssituationen, rolige omgivelser, positive relationer, berøring og god kommunikation er med til at øge oxytocin-produktionen hos den fødende (Moberg 2015).

Den fødende skal i videst muligt omfang have bevægelsesfrihed til at gå og stå og vælge de stillinger hun finder mest hensigtsmæssige. Der er evidens for, at gående og opretstående stillinger kan afkorte fødselsforløbet, nedsætte behovet for epidural og risikoen for kejsersnit (Lawrence 2013). Endvidere kan det øge hendes

følelse af at have kontrol. Undervejs i fødslen bør kvinden opfordres til mobilisering - gerne gennem faders/partnerens involvering - og hun informeres om de gavnlige effekter.

11.2.1. Latensfase

En lang latensfase er oftest led i en normal fødsel og ses hyppigst hos førstegangsfødende. En lang latensfase kan dog også afspejle abnormiteter i den underliggende fødselsfysiologi.

Studier viser, at chancen for, at fødslen forløber spontant, øges, og at behovet for instrumentelle indgreb nedsættes, hvis den gravide er i reel aktiv fødsel, når hun indlægges på fødeafdelingen. Det ses, at tidlig indlæggelse på fødeafdeling øger risikoen for længere fødsel, hyppigere brug af vestimulation og epiduralbloklade samt dårlig fødselsoplevelse. Det er dog usikkert, om det er en underliggende patologi, der fører til lang latensfase og dermed flere indgreb, eller om det er den tidlige indlæggelse på hospitalet, der risikerer at føre til indgreb (Bailit 2005, Klein 2004, Holmes 2001). Kvinder, der har deltaget i fødselsforberedelse, er generelt længere fremme i fødslen, når de henvender sig til fødeafdelingen (Maimburg 2010), se kapitel 10.

På obstetrisk afdeling bør der derfor være mulighed for at visitere kvinder, der henvender sig til fødeafdelingen, med henblik på at håndtere deres behov. Når den gravide henvender sig til fødeafdelingen med kontraktioner/veer i den latente fase, vurderer jordemoderen i samråd med den gravide, om det vil være bedst for hende at gå hjem eller blive på modtage- eller svangreafsnittet til omsorg og evt. smertelindring.

Boks

Anbefalinger vedr. latensfasen

- En lang latensfase er oftest led i en normal fødsel og ses hyppigst hos førstegangsfødende
- 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
- Der bør være relevante tilbud til kvinder, der har behov for støtte

Boks slut

11.2.2. Aktiv fødsel og uddrivningsfase

Senest fra når kvinden er i aktiv fødsel, skal der kontinuerligt være en sundhedsperson til stede hos den fødende. Der er god evidens for, at kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson under fødslen nedsætter kvindens behov for medicinsk smertelindring, øger hendes tilfredshed og chancen for at fødslen forløber spontant (Hodnett 2013). Jordemoderen skal understøtte det spontane forløb og gøre en indsats for, at flest mulige kvinder føder ukompliceret uden unødvendige indgreb. For at fremme fødselsforløbet opfordres kvinden til mobilisering (Lawrence 2013), til at spise og drikke (Singata 2013), til regelmæssigt at lade vandet og til hele tiden at give udtryk for, hvad hun i situationen har behov for, herunder evt. behov for smertelindring. Partneren involveres og bidrager aktivt hertil. Parrets forventninger til progression i fødslen skal afstemmes efter virkeligheden. Et partogram er et godt redskab til kommunikation om fødselens forløb og kan benyttes som redskab til beslutningsstøtte.

Varetagelsen af fødselens uddrivningsfase har konsekvenser for indgrebsfrekvens, barnets tilstand samt kvindens risiko for bristninger. Epiduralbedøvelse kan forlænge perioden for barnets nedtrængning i bækkenet med ca. 1 time hos førstegangsfødende. Afventning af spontan pressetrang samt fokus på, at ledende fosterdel reelt er på bækkenbunden, før kvinden giver efter for aktiv brug af bugpressen, nedsætter behovet for instrumentel forløsning. Det er især i presseperioden, det hurtigste fald i pH hos barnet kan ske.

Kvinden bør opmuntres til at følge sin egen fornemmelse af pressetrang (Lemos 2017). Hun bør i pressefasen indtage forskellige stillinger, og skal støttes i at være i den stilling, som hun finder mest komfortabel (Gupta 2017). Ved langsom progression i pressefasen kan jordemoderen hjælpe og guide til en bedre presseteknik, opfordre til andre stillinger og have ekstra fokus på opmuntring og psykologisk opbakning.

Under barnets fødsel bør kvinden indtage den fødestilling, hvor hun oplever at være mest i kontrol og jordemoderen guider hende, så der sikres en forsigtig forløsning af barnet uanset fødestilling (Albers 2006, Edqvist 2017, Basu 2016, Tunestveit 2018).

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.

Fødsel i vand kan tilbydes alle raske kvinder med forventet normal fødsel med gestationsalder mindst 37+0, barn i hovedstilling, klart fostervand normal mobilitet hos kvinden og uden risikofaktorer.

Boks

Anbefalinger vedr. aktiv fødsel og uddrivningsfase

- Afventning af spontan pressetrang samt fokus på, at ledende fosterdel reelt er på bækkenbunden, før kvinden giver efter for aktiv brug af bugpressen
- Opmærksomhed på den aktive presseperiodes længde, da det især er i pressefasen, det hurtigste fald i pH sker
- Under barnets fødsel bør kvinden indtage den fødestilling, hvor hun oplever at være mest i kontrol
- Episiotomi bør kun foretages på restriktiv indikation ved truende iltmangel hos fosteret

Boks slut

11.2.3. Smertelindring - ikke medicinsk og medicinsk

Kvindens behov for smertelindring under fødsel varierer meget og skal ses i sammenhæng med den fødende kvindes smerteopfattelse, kulturelle aspekter og individuelle copingstrategier. Tilstedeværelse af faren eller anden ledsager samt kontinuerlig tilstedeværelse af en jordemoder under hele den aktive del af fødslen kan nedsætte behovet for medicinsk smertelindring (Hodnett 2013).

Smertelindringsmuligheder i fødselssammenhæng er såvel ikke-medicinske (fx vejtrækning, afspænding, ve-hvilestillinger, massage, sterilvandspapler, akupressur/-punktur, TENS og varme bade) som medicinske (fx morfin, lattergas, pudendus- og epiduralblokade). Under fødslen beror valget af smertelindring på en individuel vurdering af behov og ønsker i samråd med parret.

Brugen af epiduralblokade har været konstant gennem de seneste år og anvendes ved knap 25% af alle fødsler. Epiduralblokade er den mest effektive form for smertelindring under fødslen, men kan medføre feber, vevssvækkelse og forlænge fødselens 2. stadium. Epiduralblokade medfører hyppigere brug af vestibulerende drop og øger risikoen for forløsning med sugekop, men øger ikke risikoen for forløsning ved kejsersnit (DSOG 2011). Epiduralblokade anlægges altid af en anæstesilæge, og kvinden skal forinden være informeret om virkninger, bivirkninger og mulige komplikationer og skal give samtykket til behandlingen.

Boks

Anbefalinger vedr. smertehåndtering og -lindring

- I løbet af graviditeten informeres de kommende forældre om mulighederne for smertehåndtering og -lindring under fødslen, herunder om bivirkninger
- Valget af smertelindring under fødslen beror på en individuel vurdering i samråd med den fødende

Boks slut

11.2.4. Overvågning af fosteret under fødslen

Den optimale fosterovervågning under fødslen har til formål at identificere de fostre, der er udsat for kortvarig eller vedvarende iltmangel under fødslen, men samtidig sikre at der kun udføres de nødvendige indgreb for at undgå skade hos mor eller barn. Studier indikerer, at både "doorstep CTG" og kontinuerlig CTG overvågning under fødslen af kvinder med lav risiko øger risikoen for kejsersnit og andre medicinske interventioner uden at forbedre det neonatale outcome (Devane 2017, Alfirevic 2017).

Træstetoskop/doptone: Ved den ukomplicerede vaginale fødsel af et forventeligt raskt barn, er det indiceret regelmæssigt at lytte til hjertelyden med enten træstetoskop eller doptone. I den aktive del af fødslen anbefales at lytte hvert 15.- 30.minut og hvert 5.minut i presseperioden. Det anbefales at lytte i 1 minut og tælle i 3 x 5 sek. Såfremt der høres en abnorm hjertelyd, skal der køres en CTG.

Cardiotocografi (CTG): Hos fødende, hvor det er vanskeligt at lytte hjertelyd samt hos fødende med obstetriske eller medicinske komplikationer, som giver en øget risiko for iltmangel, anbefales intermitterende eller kontinuerlig CTG. Intermitterende CTG bør foregå over mindst 20 minutter og mindst hver 2.time – dog kontinuerligt under presseperioden. CTG har høj sensitivitet for det truede foster men en lav specificitet, hvilket kan øge indgrebsfrekvensen under fødslen. Forud for CTG informeres forældrene om formålet med undersøgelsen, og hvad undersøgelsen evt. kan udløse.

Scalp-pH/STAN: Ved abnorme CTG fund suppleres med scalp-pH/lactat og/eller STAN med henblik på at undgå unødvendige indgreb. For at nedbringe antallet af scalp-pH kan man anvende STAN.

Både anvendelse af CTG og STAN forudsætter kontinuerlig kompetenceudvikling af personalet og klar definition, som bør fremgå af klinisk vejledning på obstetrisk afdeling.

Boks

Anbefalinger vedr. overvågning af fosteret under fødslen

- Der er ikke evidens for, at det nyfødte barns tilstand bedres ved at anvende CTG ved ankomst til fødegangen (doorstep CTG). Der er heller ikke evidens for at foretage intermitterende eller kontinuerlig CTG fremfor regelmæssig lytten til hjertelyd ved den ukomplicerede fødsel.
- Hos fødende med obstetriske eller medicinske komplikationer, som giver en øget risiko for iltmangel, anbefales intermitterende eller kontinuerlig CTG. Ved abnorme fund suppleres med Scalp-pH/STAN

Boks slut

11.2.5. Véstimulation

Vestimulation anvendes i forbindelse med igangsættelse af fødsel eller til stimulation af vekraften i allerede igangværende fødsel, hvor der er primær vandafgang, insufficiente veer eller manglende progression.

Et partogram kan, når kvinden er i aktiv fødsel, anvendes som hjælpemiddel til vurdering af fødselens progression og evt. vesvækkelse. Det tilstræbes at forebygge brug af véstimulation gennem fokus på lejeændring, accept af hvileperioder med aftagende veaktivitet, mobilisering under fødslen, tryghed hos parret og opmærksomhed på tilstrækkelig mad og drikke til den fødende, som beskrevet ovenfor.

Vedr. anvendelse af vestimulation ved manglende progression henvises til Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje om *Førstegangsfødende med dystoci (manglende fremgang)* 2014. I retningslinjen er der fokus på nøje overvejelse af indikationen for vestimulation, konference med en erfaren kollega og afventen før vestimulation. Stimulation gives efter et regime, der tager hensyn til såvel effektive veer som ve-pauser. Hy-

perstimulation skal undgås, og der skal være ve-pauser, som sikrer barnet tilstrækkelig iltning. Forud for og under vestimulation overvåges fostret med CTG. Ved etableret veaktivitet og progression i fødslen kan det overvejes at seponere S-drop. Der skal overvåges med CTG under vestimulation med oxytocin (fx syntocinon).

Boks

Anbefalinger vedr. vestimulation

- Det tilstræbes at forebygge brug af vestimulation gennem fokus på lejeændring, mobilisering, tryk hos parret og mad og drikke til mor
- Ved mistanke om dystoci er det god praksis at konferere med en erfaren kollega inden brug af vestimulation
- Stimulation gives efter et regime, der tager hensyn til såvel effektiv veer og vepauser. Hyperstimulation skal undgås, og der skal være vepauser, som sikrer barnet tilstrækkelig ilt
- Barnets hjertelyd monitoreres kontinuerligt under ve-stimulation

Boks slut

11.2.6. Bristninger og suturering

Bristninger i perinæum, vagina og labia i forbindelse med vaginal fødsel er almindelige og ses især ved fødsel af første barn. Op mod 80-90% af førstegangsfødende har behov for suturering efter fødslen.

Ved suturering af bristninger efter fødslen er effektiv smertelindring vigtig, evt ved kombination af flere metoder. Ved suturering af komplicerede bristninger bør det være en mulighed at tilbyde spinalbedøvelse og suturering på et operationsafsnit.

Det er vigtigt, at der fortløbende er fokus på uddannelse og supervision af både jordemødre og læger i suturering af bristninger.

Kvinden bør i forbindelse med behandlingen informeres om det forventede ophelingsforløb, herunder om evt. komplikationer der kræver henvendelse til egen læge.

Sphincterruptur

En sphincterruptur er en alvorlig risikofaktor ved en vaginal fødsel, idet der er øget risiko for senfølger i form af anal inkontinens. Derfor bør der være fokus på at reducere antallet af store bristninger. Flere studier har vist, at man kan reducere antallet af sphincterrupturer ved at støtte kvinden til at føde barnets hoved langsomt og ved manuel støtte til perineum (Rasmussen 2016, Albers 2006, Edqvist 2017, Basu 2016, Tunestveit 2018, DSOG 2015).

Kvinder, der har pådraget sig en bristning, som involverer sphinctermusklen, informeres ved udskrivelsen om at kontakte fødeafdelingen såfremt de oplever tiltagende smerter og/eller anal inkontinens. Desuden aftales opfølgning ca. 3 måneder efter fødslen med henblik på vurdering af evt. senfølger og behandling af disse (DSOG 2019).

Hos kvinder med tidligere sphincterruptur bør der ved efterfølgende graviditet foretages en risikovurdering og tilbydes samtale om den kommende fødsel.

Boks

Anbefalinger vedr. bristninger og suturering

- Ved suturering af bristninger er effektiv smertelindring vigtig

- I forbindelse med suturering af bristninger informeres kvinden om det forventede ophelingsforløb, herunder om at henvende sig ved tiltagende smerter og/eller anal inkontinens
- Kvinder med sphincterruptur tilbydes opfølgning ca. 3 måneder efter fødslen mhp vurdering af evt senfølger
- Der bør fortsat være en målrettet indsats for at reducere antallet af store bristninger

Boks slut**11.2.7. Instrumentel forløsning**

I Danmark består instrumentel forløsning næsten udelukkende af sugekop-forløsning, som anvendes ved ca. 8-10 % af alle fødsler. Indikationerne for sugekop forløsning er oftest truende/evident iltmangel, manglende fremgang og udtrættet mor. Ved forløsning med kop er der øget risiko for bristninger og neonatale komplikationer.

Hyppigheden af sugekop-forløsning kan formentlig nedsættes ved at afvente aktiv presseperiode til barnets hoved er på bækkenbunden, ved stående og sideliggende stilling under presseperioden, samt kontinuerlig tilstedeværelse af jordemoder under den aktive del af fødslen.

Boks**Anbefalinger vedr. instrumentel forløsning**

- Indikationerne for sugekop-forløsning er oftest truende/evident iltmangel, manglende fremgang og udtrættet mor
- Forløsning med sugekop forsøges forebygget ved at afvente presseperiode til barnets hoved står på bækkenbunden, ved stående og sideliggende stilling under presseperioden

Boks slut**11.3. Kejsersnit (sectio)**

Kejsersnit udføres, når en vaginal fødsel udgør en risiko for mor og eller barnets helbred. Kejsersnitsfrekvensen har i Danmark ligget stabilt på omkring 20-22 % de senere år (22,7 % i 2007 og 20,4 % i 2016). Andelen af førstegangsfødende med ét barn i hovedstilling ved termin med intenderet vaginal fødsel, der ender med at føde ved kejsersnit, synes at være lidt faldende (2006 14,5%, 2016 12,1%) (Det Medicinske Fødselsregister).

Kejsersnit foretages helt overvejende i regional bedøvelse (spinal/epidural analgesi). Børselsforløbet er optimeret med hurtig mobilisering og fokus på smertelindring. Indlæggelsestiden er i tilfælde af ukompliceret forløb meget kort – 1-2 dage.

Boks

- 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
- Det sikres, at kvinder modtager evidensbaseret information om fødemåde

Boks slut**11.3.1. Tidligere kejsersnit – sectio antea**

Vaginal fødsel efter kejsersnit er sikkert for de fleste kvinder (Dodd 2013, Dodd 2017). Kvinder, der tidligere har født ved kejsersnit, tilbydes samtale på obstetrisk afdeling i den aktuelle graviditet med henblik på drøftelse af den forestående fødsel.

Graviditetsforløb efter tidligere kejsersnit adskiller sig som hovedregel ikke fra graviditet efter tidligere vaginal fødsel (DSOG 2013 a). Tidligere kejsersnit er dog forbundet med en let øget risiko for placenta prævia (foranliggende moderkage). Risikoen stiger med antallet af tidligere kejsersnit og er således 1,3% efter 2 tidligere kejsersnit mod 0,5% i den samlede population (DSOG 2017). Risiko for accret placenta (indvækst af moderkagen i muskelvævet i livmoderen) øges betydeligt ved samtidig placenta prævia og tidligere kejsersnit (DSOG 2017). Der er i registerundersøgelser fundet en let øget forekomst af intrauterin fosterdød blandt gravide kvinder med tidligere kejsersnit (Smith 2003, Gray 2007, O'Neill 2014). Årsagen er uafklaret.

En opgørelse fra Fødselsregistret viser, at i perioden 1973-2005 forsøgte 71,4 % af kvinder med tidligere kejsersnit at føde vaginalt, af disse endte 75,5 % med at føde vaginalt. Har kvinden én gang gennemført en vaginal fødsel efter kejsersnit, er der øget sandsynlighed for, at hun igen kan føde vaginalt (Landon 2005).

Absolut indikation for fornyet kejsersnit:

- Tidligere ruptur af livmoderen
- Tidligere operation på livmoderen fx fjernelse af fibromer, der har nødvendiggjort åbning til uterinkaviteten
- Årsager, der gav anledning til det tidligere kejsersnit, som også er til stede i den aktuelle graviditet
- Tilfælde, hvor fødsel altid tilrådes at foregå ved kejsersnit f.eks. 1) placenta prævia og 2) foster i tværløje

Relativ indikation for fornyet kejsersnit:

- Tidligere kejsersnit pga. mekanisk misforhold. Det tidligere forløb gennemgås med obstetrikere inden endelig stillingtagen til fødemåde.

Komplikationer til planlagt vaginal fødsel efter tidligere kejsersnit

- Behov for fornyet kejsersnit under fødslen (ca. 25%)
- Ruptur af arret i livmoderen med behov for akut kejsersnit (0,5% efter 1 tidligere kejsersnit) (Thisted 2017)

Et patientrelateret elektronisk beslutningsværktøj til vejledning af gravide kvinder med tidligere kejsersnit kan med fordel anvendes inden første konsultation med jordemoder, hvorved en fokuseret beslutning fremmes. Se yderligere på <https://efterkejsersnit.dk>.

Boks

- Ved ét tidligere kejsersnit bør kvinden tilbydes samtale på obstetrisk afdeling med henblik på at drøfte fordele og ulemper ved henholdsvis forsøg på vaginal fødsel og planlagt kejsersnit. Plan for fødslen samt samtaltens hovedindhold noteres i journalen
- Planlagt vaginal fødsel efter tidligere kejsersnit anbefales at foregå på en obstetrisk afdeling under overvågning af mor og barn. Hjemmefødsler frarådes i disse tilfælde
- Ved igangsættelse af fødsel efter tidligere kejsersnit oplyses kvinden om den øgede risiko for uterusruptur
- Ved mere end ét tidligere kejsersnit kan vaginal fødsel være en mulighed efter individuel vurdering

Boks slut

11.3.2. Kejsersnit på mors ønske (maternal request)

Kejsersnit på mors ønske (maternal request) angives som indikation for kejsersnit i de situationer, hvor en gravid ønsker kejsersnit, men obstetrikere ikke på baggrund af en samlet risikovurdering finder grund til at fraråde

vaginal fødsel. Begrundelsen for kvindens ønske er som regel følelsesmæssig, fx angst for at føde, og de fleste er flergangsfødende med en tidligere traumatiserende fødselsoplevelse, som de ikke ønsker gentaget (Sundhedsstyrelsen 2005).

Den gravide har ikke krav på at føde ved kejsersnit, hvis der ikke er medicinsk indikation, men hun skal altid tilbydes grundig information om fordele og ulemper ved forskellige fødselsmåder og om fødeafdelingens tilbud. Hun bør tilbydes samtale på fødeafdelingen med henblik på at tilrettelægge mulige tilbud i den aktuelle svangreomsorg og afdække årsagerne til ønsket, herunder at gennemgå tidligere fødselsforløb, at drøfte fordele og ulemper ved henholdsvis vaginal fødsel og kejsersnit, og at indgå i en dialog om den forestående fødsel. Samtalen bør finde sted tidligt i graviditeten, og emnet tages op igen senere efter behov.

Før lægen kan iværksætte behandling, skal der foreligge en klar sundhedsfaglig vurdering og begrundelse (indikation). Derudover skal lægen afklare eventuelle sundhedsfaglige forbehold ved behandlingen (kontraindikationer), herunder faktorer der kan øge risikoen ved behandlingen eller gøre, at den helt må frarådes. Den lægefaglige vurdering af indikationer, fx tidligere traumatisk fødselsoplevelse eller angst for vaginal fødsel, skal beskrives i journalen, ligesom evt. tilstande og lidelser, der kan udgøre kontraindikationer skal journalføres.

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).

Boks

- Den gravide skal tilbydes grundig information om fordele og ulemper ved forskellige fødselsmåder. Ved ønske om planlagt kejsersnit skal hun tilbydes samtale(r) i den aktuelle svangreomsorg, hvor årsager til ønsket afdækkes, tidligere fødselsforløb gennemgås, og fordele og ulemper ved henholdsvis vaginal fødsel og kejsersnit drøftes med henblik på at afstemme forventninger til den forestående fødsel.
- Kvinder, der fastholder ønske om planlagt kejsersnit, skal tilbydes samtale ved speciallæge

Boks slut

11.3.3. Fødselsoplevelse ved kejsersnit

Fødselsoplevelsen er et samlet udtryk for mange forhold omkring fødslen. Hvordan fødselsoplevelsen opleves af den fødende kvinde og hendes partner kan variere (Nystedt 2017). En negativ fødselsoplevelse er hyppigere, når fødslen foregår ved kejsersnit (Nystedt 2017, Handelzalts 2017, Karlstrom 2017). Akut intervention, uforudsigelighed, manglende hud-mod-hud kontakt med det nyfødte barn, senere etablering af amning er alle forhold, der kan påvirke fødselsoplevelsen i negativ retning, og som forekommer oftere når fødslen foregår ved kejsersnit (Nystedt 2017, Handelzalts 2017, Karlstrom 2017, Maimburg 2017). I det omfang det er muligt, bør forhold, der medvirker til at sikre en positiv fødselsoplevelse, styrkes også i tilfælde af akut kejsersnit. De nybagte forældre bør tilbydes en efterfødselssamtale, hvilket kan medvirke til en stabilisering af oplevelsen. En negativ fødselsoplevelse påvirker ofte forældrenes fremtidige helbred og relation indbyrdes og med det nyfødte barn (Lobel 2007, Allen 1998, Ballard 1995, Simkin 1991).

Boks

- Der tilbydes efterfødselssamtale, også efter kejsersnit jf. kap 13
- Hud-mod-hud kontakt mellem barn og forældre prioriteres efter kejsersnit
- Tidlig mor-barn kontakt har betydning for fødselsoplevelsen

Boks slut

11.3.4. Langsigtede komplikationer hos mor 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 graviditetsrelaterende 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 hysterectomi (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).

Boks

- Kejsersnit medfører en øget risiko for komplikationer i en fremtidig graviditet
- Der er også en risiko for andre langsigtede komplikationer efter kejsersnit
- Der er reduceret forekomst af urin-inkontinens og genitalprolaps efter kejsersnit

Boks slut

11.4. Tiden lige efter fødslen

Tiden umiddelbart efter fødslen er helt unik og en særlig sensitiv periode for dannelsen af bånd mellem forældre og barnet. Den er ekstrem vigtig for dannelsen af oxytocin-relaterede effekter på social interaktion og evnen til at håndtere stress, og det ser ud som om, at disse oxytocin-medierede effekter lige efter fødslen er meget langvarige (Moberg 2015).

Efter fødslen er det vigtigt at være opmærksom på forældrenes følelsesmæssige og psykiske reaktion på fødselsforløbet. Personalet skal så vidt muligt være omkring forældrene i de første timer, så de kan spørge ind til fødsels forløb og den nærmeste fremtid.

11.4.1. Blødningsprofylakse og afnavling

Indgift af syntocinon post partum reducerer såvel omfanget af blødning i forbindelse med fødslen som hyppigheden af store blødningsepisoder. Det anbefales, at der gives syntocinon injektion intramuskulært til mor umiddelbart efter barnets fødsel både ved vaginal forløsning og ved kejsersnit (WHO 2012).

Ved øget risiko for post partum blødning (fx tidligere post partum blødning, gemelli, para > 4, foetus magnus, koagulationsforstyrrelser, polyhydramnios, igangsættelse, langvarig fødsel) overvejes derudover profylakse i form af koncentreret syntocinon-drop.

Med henblik på at kunne vurdere det nyfødte barns tilstand umiddelbart efter fødslen, anbefales det at tage navlesnorsblod, såvel arterie- som veneblod, til pH og SBE (standard base excess) bestemmelse snarest muligt efter barnets fødsel, helst indenfor ét minut, og før afnavling sker. Med mindre barnets tilstand kræver andet, afventes 2-3 minutter, før der foretages afnavling. Sen afnavling resulterer i øget jerndepot hos barnet helt op til 6 måneders alderen (WHO 2014). Hvis parret efter information om afnavling ønsker at afvente yderligere, skal dette imødekommes.

For at forebygge blødningsrisiko anbefales det at give den nyfødte en intramuskulær indsprøjtning med K-vitamin indenfor et par timer efter fødslen, se kapitel 12.

11.4.2. Hud-mod-hud og den første amning

Umiddelbart efter fødslen lægges barnet hud-mod-hud på mors mave/bryst, hvilket giver barnet mulighed for selv at finde vej til brystet, når det er parat. Tidlig og uforstyrret hud-mod-hud kontakt mellem mor og nyfødt skal prioriteres og opmuntres, ligesom moren støttes i at indlede den første amning hurtigst muligt efter fødslen og helst indenfor den første time (WHO 2018 b, Sundhedsstyrelsen 2018). Anbefalingen gælder efter såvel en vaginal fødsel som efter kejsersnit (Gouchon 2010, Hung and Berg 2011, Nilsson 2019). Ved komplicerede fødsler og post-partum komplikationer lægges barnet hud-mod-hud hos sin mor, så snart de medicinske omstændigheder tillader det. Er moderen forhindret i hud-mod-hud kontakt lige efter fødslen, skal faren/partneren have mulighed for at være hud-mod-hud med sit barn (Chen 2017, Shorey 2016).

Uforstyrret hud-mod-hud kontakt indebærer, at barnet ikke undersøges og vejes, før det har suttet (se kapitel 13), og at sundhedspersonalet ikke giver hands-on hjælp. På grund af barnets påvirkning af endorfiner er der intet i vejen for, at det kan få K-vitamin injektion lige efter fødslen (Widström 2011).

Uforstyrret hud-mod-hud kontakt er afgørende for etablering af god forældre-barn kontakt og den første amning. Der er evidens for positiv effekt på barnets parathed til at tage brystet, sutteteknikken og ammevarigheden (Moore 2016, Widström 2011). Hud-mod-hudkontakt har også en stabiliserende virkning på barnets fysiologiske funktioner (Christensson 1992, Moore 2016). Desuden ses en effekt på moderens udskillelse af oxytocin (Moberg 2015), tilknytning til barnet (Bystrova 2009, Dumas 2013, Moore 2016) og mentale sundhed (Bigelow 2012).

Det bør tilstræbes, at ethvert tiltag og behov for intervention tager hensyn til dette (se kapitel 13), og at adskillelse af forældre og barn så vidt muligt undgås.

Ved komplicerede fødsler og kejsersnit må sundhedspersonalet sikre den fornødne ro og eventuel hjælp til den første kontakt til barnet og den første amning, når det er medicinsk forsvarligt. Hvis barnet ikke bliver klar på fødestuen, anbefales det, at barnet fortsat ligger hud-mod-hud, så længe moderen er vågen. Hvis moderen har fået universal anæstesi, bør personalet sørge for, at barnet kun ligger hos moderen, når hun er vågen og opmærksom (Sundhedsstyrelsen 2011).

Kvinder, der føder ved kejsersnit, oplever flere udfordringer i forhold til etablering af amningen (Hobbs 2016). I en dansk undersøgelse ses, at 73 % af børn født til tiden ved kejsersnit får etableret amningen i de første timer efter fødslen, for børn født vaginalt er tallet 90 % (Maimburg 2017). Der skal være et øget fokus på ammeetablering, når barnet er født ved kejsersnit.

Boks

Anbefalinger vedr. tiden lige efter fødslen

- Det anbefales at give blødningsprofylakse til mor (oxytocin) og barn (K-vitamin, se kap 12)
- Sen afnavling anbefales af hensyn til barnets jerndepoter
- I den første tid efter fødslen prioriteres hud-mod-hud kontakt og initiering af den første amning inden for den første time efter fødslen, både efter vaginal fødsel og kejsersnit
- Adskillelse af forældre og barn bør så vidt muligt undgås
- Der skal være et øget fokus på ammeetablering, når barnet er født ved kejsersnit

Boks slut

11.5. Hjemmefødsler

Hvis kvinden har besluttet at føde hjemme, rådgiver jordemoderen ved et hjemmebesøg under graviditeten om nødvendige praktiske foranstaltninger i hjemmet. Kvinden bør så vidt muligt assisteres ved fødslen af en jordemoder, hun kender. Den hjemmefødende skal være velinformeret om, hvorledes hun tilkalder jordemoderen. Når kvinden er i aktiv fødsel, skal der være en jordemoder tilstede i hjemmet. Jordemoderen medbringer det nødvendige udstyr til den spontant forløbende, ukomplicerede fødsel samt nødhjælpsudstyr til at påbegynde behandling ved komplikationer hos mor og barn.

Efter fødslen bliver jordemoderen i hjemmet i mindst to timer for at observere mor og barn og hjælpe familien tilrette, herunder støtte ved den første amning. Efter indhentet samtykke fra kvinden underretter jordemoderen den kommunale sundhedstjeneste og kvindens praktiserende læge om, at fødslen har fundet sted.

11.6. Færdighedstræning

Der er evidens for værdien af færdighedstræning i håndtering af akutte situationer og tilstande ifm. fødsler. Færdighedstræning kan fx omhandle instrumental forløsning, skulderdystoci, underkropsforløsning, post partum blødning, eklampsi, og suturering af sphincterruptur og episiotomi samt genoplivning af det nyfødte barn. Se desuden kapitel 12 om genoplivning af nyfødte.

Fødeafdelingerne bør etablere regelmæssig undervisning for både læger og jordemødre i indikation for CTG, tolkning af CTG og opfølgning på afvigelser.

Boks

Anbefaling vedr. obstetrisk færdighedstræning

- Det relevante personale på fødeafdelingerne bør modtage oplæring og vedligeholdelses-undervisning i CTG-overvågning og i håndtering af akutte obstetriske tilstande (færdighedstræning)

Boks slut

Referencer til kapitel 11

Albers LL et al (2006). Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. Birth 33(2): 94-100.

Alfirevic Z et al (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD006066.

Allen NB et al (1998). Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. Dev Psychopathol 10(3):513-529.

Amorim MM et al (2017). Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reprod Health 14(1): 55.

Bailit JL et al (2005). Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. Obstet Gynecol 105(1): 77-9.

Ballard CG et al (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. Br J Psychiatry 166(4):525-528.

Basu M et al (2016). Can the incidence of obstetric anal sphincter injury be reduced? The STOMP experience. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 202; 55-9.

Bigelow A et al (2012). Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 41(3):369-82. Erratum in: J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012; 41(4): 580.

Blomberg M (2016). Avoiding the first cesarean section – results of structured organizational and cultural changes. Acta Obstet Gynecol Scand 95(5): 580-586.

Bystrova K et al (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. Birth 36(2): 97-109.

Chen EM et al (2017). Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial. Nurs Res Pract 2017:8612024.

Christensson K et al (1992). Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. Acta Paediatr 81(6-7): 488-93.

Colmorn LB et al (2015). The nordic obstetric surveillance study: A study of complete uterine rupture, abnormally invasive placenta, peripartum hysterectomy, and severe blood loss at delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 94(7):734-744.

Devane D et al (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD005122.

Dodd JM et al (2013). Planned elective repeat caesarean kejsersnit versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. Cochrane Database Syst Rev 12:CD004224.

Dodd JM et al (2017). Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. Cochrane Database Syst Rev 7:CD004906.

DSOG (2011). Epidural. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk/>

DSOG (2013 a). Sectio antea. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk/>

DSOG (2013 b). Prolaps. Gynækologisk guideline. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk/>

DSOG (2015). Forebyggelse af sphincterruptur. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk/>

DSOG (2017). Placenta prævia. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk/>

DSOG (2019). Sphincterruptur: Diagnostik, behandling og opfølgning. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk/>

Dumas L et al (2013). Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. Clin Nurs Res 22(3): 310-36.

Edqvist M et al (2017). Midwives' Management during the Second Stage of Labor in Relation to Second-Degree Tears-An Experimental Study. Birth 44(1): 86-94.

Gouchon S et al (2010). Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. *Nurs Res* 59(2):78-84.

Gray R et al (2007). Caesarean delivery and risk of stillbirth in subsequent pregnancy: A retrospective cohort study in an english population. *BJOG* 114(3):264-270.

Gupta JK et al (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD002006.

Gyhagen M et al (2013 a). Milsom I. A comparison of the long-term consequences of vaginal delivery versus caesarean section on the prevalence, severity and bothersomeness of urinary incontinence subtypes: A national cohort study in primiparous women. *BJOG* 120(12):1548-1555.

Gyhagen M et al (2013 b). Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: A national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG* 120(2):152-160.

Handelzalts JE et al (2017). Indications for emergency intervention, mode of delivery, and the childbirth experience. *PLoS One* 12(1):e0169132.

Hobbs AJ et al (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth* 16:90.

Hodnett et al. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. Jul 15;7:CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.

Holmes P et al (2001). The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *BJOG* 108(11): 1120-4.

Hung KJ & Berg O (2011). Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs* 36(5):318-24.

Jiang H et al (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD000081.

Karlstrom A (2017). Women's self-reported experience of unplanned caesarean section: Results of a swedish study. *Midwifery* 50:253-258.

Klein MC et al (2004). The effect of family physician timing of maternal admission on procedures in labour and maternal and infant morbidity. *J Obstet Gynaecol Can* 26(7): 641-5.

Landon MB et al (2005). The MFMU cesarean registry: Factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 193(3 Pt 2):1016-1023.

Lawrence A et al (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Art. No.: CD003934.

Lemos A et al (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD009124.

Lindquist SAI et al (2017). Association of previous cesarean delivery with surgical complications after a hysterectomy later in life. *JAMA Surg* 152(12):1148-1155.

Lobel M & DeLuca RS (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. Soc Sci Med 64(11):2272-2284.

Madsen SA (2003). Svangreomsorgen og barnets far. Ugeskr Laeger; 165(46): 4423-5.

Maimburg RD et al (2010). Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. BJOG 117(8): 921-8.

Maimburg RD (2017). Rates of breastfeeding initiation among newborns. Sex Reprod Healthc 12:1-2.

Moberg K (2015). Oxytocin: the biological guide to motherhood. Praeclarus Press.

Moore ER et al (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 11:CD003519.

Moraitis AA et al (2015). Previous caesarean delivery and the risk of unexplained stillbirth: Retrospective cohort study and meta-analysis. BJOG 122(11):1467-1474.

Nilsson I et al. (2019). National klinisk retningslinje om etablering af amning efter fødsel. Komiteen for Sundhedsoplysning og Århus Universitet. Tilgængelig på: <http://www.kompetencecenterforamning.dk/> og <https://www.sst.dk/>

Nystedt A & Hildingsson I (2017). Women's and men's negative experience of child birth - A cross-sectional survey. Women Birth 31(2):103-109.

O'Neill SM et al (2014). Cesarean section and rate of subsequent stillbirth, miscarriage, and ectopic pregnancy: A danish register-based cohort study. PLoS Med 11(7):e1001670.

Rasmussen OB et al (2016). Reducing the incidence of obstetric sphincter injuries using a hands-on technique: an interventional quality improvement project. BMJ Qual Improv Rep 5(1).

Shorey S et al (2016). Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. Midwifery 40:207-17.

Silver RM et al (2006). Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol 107(6):1226-1232.

Simkin P (1991). Just another day in a woman's life? women's long-term perceptions of their first birth experience. part I. Birth 18(4):203-210.

Singata M et al (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8. Art. No.: CD003930.

Smith GC et al (2003). Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. Lancet 362(9398):1779-1784.

Sundhedsstyrelsen (2005). Kejsersnit på mors ønske – en medicinsk teknologi vurdering.

Sundhedsstyrelsen (2011). Forebyg vuggedød.

Sundhedsstyrelsen (2014). Førstegangsfødende med dystoci (manglende fremgang). National Klinisk Retningslinje.

Sundhedsstyrelsen (2018). Amning – en håndbog for sundhedspersonalet.

Thisted DLA et al (2017). Operative technique at caesarean delivery and risk of complete uterine rupture in a subsequent trial of labour at term. A registry case-control study. PLoS One 12(11):e0187850.

Thurn L et al (2016). Abnormally invasive placenta-prevalence, risk factors and antenatal suspicion: Results from a large population-based pregnancy cohort study in the nordic countries. BJOG 123(8):1348-1355.

Tunestveit JW et al (2018). Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth: A cross sectional study. Midwifery 62: 264-272.

WHO (2012). Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage.

WHO (2014). Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes.

WHO (2018 a). Recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience.

WHO (2018 b). Early initiation of breastfeeding.

Widström AM et al (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatr 100(1):79-85.

12. Observation og behandling af den nyfødte

12.1. Undersøgelse af den nyfødte efter fødslen

Straks efter fødslen vurderer jordemoderen den nyfødtes tilstand, hvad angår respiration, hjerteaktion, tonus, reflekser og farve. Dette udtrykkes ved Apgar score, der som minimum noteres 1 og 5 minutter efter fødslen. Derudover suppleres så vidt muligt med blodprøver fra navlesnorsblod til analyse af syre/base status. Desuden ses efter umiddelbart iøjnefaldende misdannelser.

Det er veldokumenteret, at uforstyrret hud-mod-hud kontakt mellem mor og barn lige efter fødslen har betydning for amningen (Moore 2016, Widström 2011). Rutinemæssige tiltag som fuld børneundersøgelse, vejning og måling af barnet kan for det meste vente, indtil barnet har suttet første gang (WHO 2018). Hvis det er nødvendigt at adskille mor og barn efter fødslen, kan barnets medfødte evne til at finde brystet aktiveres på et senere tidspunkt ved hud-mod-hud kontakt (Wambach 2016). Hud-mod-hud kontakt mellem far og barn ser ligeledes ud til at have positive fysiologiske effekter på barnet (Shorey 2016).

Formålet med enhver undersøgelse af barnet skal forklares fuldt ud til forældrene og dokumenteres i barnets sundhedsjournal. Begge forældre bør opfordres til at være til stede under undersøgelsen af deres barn for at fremme deres deltagelse i omsorgen for barnet.

Forældrene bør støttes i selv at tage styringen og prøve sig frem i de første timer. Formålet er, at forældrene får tid og ro til at opdage barnets medfødte kunnen og dermed få gode erfaringer med første amning (WHO 2018). Det bør prioriteres, at personalet er omkring forældrene i de første timer, så de kan spørge ved behov.

En fuldstændig undersøgelse af barnet bør finde sted inden for de første timer efter fødslen og inden barnet forlader fødegangen. Jordemoderen undersøger systematisk barnet med henblik på at konstatere, om der er lidelser eller misdannelser, der kræver lægeundersøgelse, herunder læbe-ganespalte, rygmarvsbrok, sammen voksede eller overtallige fingre/tæer. Det bemærkes, om kraniet, øjne, ydre ører, abdomen og genitalia externa fremtræder normale, om der ses åbning i anus, og der udføres undersøgelse for medfødt hofte luksation, se bilag 6. Endelig vurderes, om barnet synes at være født præmaturt eller dysmaturt. Jordemoderen undersøger barnet, og der tilbydes udelukkende lægeundersøgelse på indikation, såfremt jordemoderens vurdering eller afdelingens retningslinjer giver anledning til dette.

Hvis der i mors journal ved obstetrisk eller pædiatrisk læge er anført, at barnet skal tilses ved pædiater efter fødsel, er det jordemoderens ansvar at orientere vagthavende pædiater om dette.

Boks

Anbefalinger vedr. undersøgelse af den nyfødte

- Jordemoderen undersøger barnet efter fødslen, når det har været lagt til brystet første gang, med mindre akutte tilstande hos mor eller barn tilsiger andet.
- Børnelægen undersøger den nyfødte på indikation
- Fødeafdelingen udarbejder i samarbejde med børneafdelingen skriftlig vejledning i systematisk undersøgelse af det nyfødte barn, samt retningslinjer for henvisning af barnet til undersøgelse ved børnelæge

Boks slut

12.2. Måling af navlesnors-pH

Det anbefales så vidt muligt, at der tages rutinemæssige blodprøver til bestemmelse af pH-værdier og SBE (standard base excess) i navlesnorsarterien- og venen umiddelbart efter fødslen. Ved at sammenholde værdierne opnås viden om, hvorvidt barnet har været udsat for iltmangel under fødslen og i givet fald graden heraf. Når værdierne måles på alle nyfødte, kan man danne et samlet billede af hyppigheden af nyfødte børn med lave pH-værdier. Dette mål er en vigtig kvalitetsparameter for de danske fødeafdelingers behandling af fødende og fødselsovervågningen. Hyppigheden af lav pH indgår som én af indikatorerne i Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler. Ændringer i hyppigheden af børn med lave pH-værdier kan være et tegn på, at afdelingens behandling af de fødende er ændret. Ved en stigende hyppighed bør fødselshåndteringen vurderes. Sammen med Apgar-score er pH-værdien en vigtig parameter, som indgår i vurderingen af påvirkede nyfødtes behov for neonatologisk observation og behandling

12.3. K-vitamin

Nyfødte har en øget blødningsrisiko som følge af fysiologisk K-vitaminmangel. Herudover har visse lidelser hos barnet eller moderen og bestemte typer medicin indtaget af moderen også betydning for barnets blødningstilbøjelighed. Der findes 3 typer af blødningssygdomme betinget af K-vitaminmangel hos nyfødte:

- En tidlig med debut inden for de første 24 timer, oftest hos børn af mødre, der har taget medicin, som påvirker K-vitaminmetabolismen
- En klassisk med debut, når barnet er 2-7 dage. Sygdommen manifesterer sig især som tarmlødning eller blødning fra navlestedet
- En sen med debut efter den første uge og hyppigst i form af intrakranielle blødninger. Den sene form ses næsten kun hos ammede børn og især børn med malabsorption eller kronisk sygdom i lever eller galdeveje

Blødningstilbøjeligheden kan forebygges med indgift af K-vitamin. Forebyggende K-vitamintilskud til nyfødte har været rutine i Danmark siden 1960.

Det er veldokumenteret, at den mest effektive metode til at hindre blødning, som følge af K-vitaminmangel hos spædbørn, er at give 1 mg K-vitamin intramuskulært ved fødslen (Ng 2018, NICE 2015, WHO 2017). K-vitamin dosis for børn med fødselsvægt < 1500 g er 0,3 - 0,5 mg (DPS 2015 a).

Peroral profylakse til det nyfødte barn er ikke så sikker som intramuskulær injektion. Det er nødvendigt med hyppige perorale doseringer for at opnå samme sikkerhed som ved intramuskulær administration (CADTH 2015).

Boks

Anbefaling vedr. K-vitamin-indgift

- Information om forebyggelse af blødning ved K-vitamintilskud indgår i forældre- og fødselsforberedelse
- Det anbefales at barnet får 1 mg phytomenadion intramuskulært inden for de første par timer efter fødslen. Der er ikke behov for yderligere K-vitamintilskud

Boks slut

12.4. Anmeldelse af fødslen m.v.

Jordemoderen foretager anmeldelse af fødslen og de øvrige indberetninger, som sundhedsmyndighederne kræver.

Der gives meddelelse om fødslen til den kommunale sundhedstjeneste, såfremt kvinden ikke har fravalgt tilbud om opfølgning ved sundhedsplejerske.

12.5. Screening af nyfødte

12.5.1. Screening for medfødte sygdomme

I henhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling fra 2008 screener Statens Serum Institut alle nyfødte børn for 17 forskellige medfødte sygdomme (Sundhedsstyrelsen 2008). Yderligere information kan desuden findes på Statens Serum Instituts hjemmeside (<https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/screening-for-medfodte-sygdomme>). Screening udføres på nogle få dråber blod, som stammer fra en hælblodprøve, som tages på den nyfødte i tredje levedøgn.

Det er fødeafdelingens personalets ansvar, at informere og indhente samtykke fra forældre til screeningen. Dette gælder også, såfremt mor og barn er udskrevet inden tidspunktet for screeningen. Statens Serum Institut har udarbejdet en informationsfolder til forældrene. Folderen findes på fem forskellige sprog og gennemgår både praktiske og teoretiske emner i relation til hælblodprøven på den nyfødte.

Blodprøven skal tages 48-72 timer efter fødslen. Er tidspunktet forpasset, bør den alligevel tages hurtigst muligt, selvom undersøgelsen så ikke er helt optimal. Børn født før 32. gestationsuge skal have taget en blodprøve 48-72 timer efter fødslen og en blodprøve igen, når barnet har opnået en alder svarende til 32. gestationsuger.

Hvis forældrene fravælger screeningen, skal der altid indsendes et prøvekort uden blodprøve, men med underskrift fra forældrene som dokumentation for, at prøven er blevet tilbudt.

Såfremt undersøgelsen viser tegn på, at barnet har en af de sygdomme, der testes for, vil forældrene blive kontaktet via de lokale børneafdelinger med henblik på videre undersøgelse og behandling.

Det er fødeafdelingens ansvar at rykke for prøvesvar fra analyseinstansen, såfremt svar udebliver.

12.5.2. Hørescreening

I henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for neonatal hørescreening tilbydes hørescreening til alle nyfødte (Sundhedsstyrelsen 2004). Formålet med hørescreeningen er at diagnosticere børn med et medfødt høretab på et tidligt tidspunkt, så man tidligt kan iværksætte behandling med høreapparat eller operation. Undersøgelser viser, at tidlig behandling gavner barnets sproglige udvikling.

Hørescreeningen består af to trin:

1. Først en undersøgelse på fødeafdelingen 2 - 10 dage efter fødslen. Gestationsalderen skal minimum være 34 uger på screeningstidspunktet. Hvis undersøgelsen er normal, afslutter man herefter.
2. Hvis screeningstesten er positiv, henvises barnet til audiologisk afdeling til videre undersøgelse. Det er vigtigt at informere forældrene om, at den positive test kan skyldes fostervand eller -fedt i øregangene, og at der er over 90 % sandsynlighed for, at barnets hørelse er normal.

Børn med kraniedeformiteter eller kromsomaftvigelser undersøges altid på audiologisk afdeling, da de i risikogruppe for at have et medfødt høretab, jf. Sundhedsstyrelsens retningslinje.

Børn, som har været indlagt over 48 timer på neonatal afdeling, screenes kort tid inden udskrivelsen. Det er særligt vigtigt, at sikre hørescreening af de for tidligt fødte børn med et indlæggelsesforløb på neonatal afdeling, da de har en øget risiko for hørenedsættelse. Det anbefales derfor, at hørescreeningen foretages inden udskrivelsen, dog tidligst ved 34 gestationsalder.

Det er fødeafdelingens ansvar, at forældrene får tilbud om hørescreening efter forudgående information, herunder også om falsk positive resultater og videre forløb såfremt screeningsresultatet ikke er normalt.

Boks

Anbefaling vedr. screening af nyfødte

Alle forældre får tilbud om neonatal biokemisk screening og hørescreening af den nyfødte efter forudgående information.

Boks slut

12.6. Hypoglykæmi

Hypoglykæmi, specielt langvarig hypoglykæmi, kan medføre hjerneskade eller forsinket udvikling.

Præmature, dysmature og børn med asfyksi eller sepsis har små glycogendepoter, og børn med høj fødselsvægt for alderen samt børn af mødre med diabetes har en øget glukoseomsætning pga. hyperinsulinisme. Disse børn har øget risiko for hypoglykæmi (WHO 1997).

Det tilstræbes, at det nyfødte barns blodsukker (B-glukose) holdes på 2,5 mmol/l eller derover. Hvis barnet har risiko for hypoglykæmi, måles blodsukker på barnet 1-2 timer gammel.

Ved risiko for hypoglykæmi er det vigtigt, at barnet kort tid efter forløsningen bringes til at die. Evt. tilskud gives efter amning. Se *Amning – en håndbog for Sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen.

Boks

Anbefalinger vedr. hypoglykæmi

Ved risiko for hypoglykæmi lægges barnet til brystet indenfor 30 minutter

Blodsukker måles 1-2 timer gammel afhængig af risikogruppe

Følgende nyfødte har øget risiko for hypoglykæmi:

- Præmature børn GA < 37+0
- Dysmature børn SGA < -2SD
- Børn med asfyksi
- Børn af mødre med diabetes eller patologisk glukosebelastning
- Store børn med fødselsvægt > +2SD
- Børn mistænkt for infektion

Boks slut

12.7. Gulsot

Gulsot (icterus neonatorum) ses hos ca. 80 % af alle nyfødte. Hos de fleste er det et normalt fysiologisk fænomen, som er selvlimiterende og svinder spontant. Men i sjældne tilfælde kan svær gulsot udvikle sig til akut bilirubin encefalopati (hjernepåvirkning, som kan give varige mén) eller være et symptom på alvorlig sygdom som galdevejsatresi (misdannelse i galdevejene). Det første kan forebygges med lysbehandling og det andet skal opspores tidligst muligt af hensyn til prognosen.

I barnets første leveuger skal sundhedspersonalet derfor ved alle kontakter vurdere om barnet har gulsot, dels intensiteten og dels om den progredierer. Der skal være særlig opmærksomhed på følgende tre tilstande:

Synlig gulsot inden for de første 24 timer

Ved synlig icterus inden for de første 24 timer henvises barnet akut til børneafdeling.

Årsagen er ofte hæmolyse (moderens blod undersøges for irregulære antistoffer, og barnets undersøges med direkte antiglobulin test). Andre hæmolytiske sygdomme overvejes.

Høj serum-bilirubin i 1. eller 2. leveuge

Også fysiologisk icterus kan nå et neurotoksisk niveau, se nedenstående afsnit 12.7.1.

Serum-bilirubin når sædvanligvis sit højeste niveau mod slutningen af første leveuge, på et tidspunkt hvor barnet normalt er udskrevet. Inden udskrivelsen fra fødegangen/barselsafsnittet opfordres forældrene til at henvende sig til fødeafdelingen ved synlig gulsot. Barnet vurderes her af en fagperson. Denne tager stilling til måling af bilirubin med transcutan måling eller blodprøve og vurderer herefter, om der er behov for behandling eller kontrol 1-2 dage senere. Behandling af ukompliceret gulsot med fototerapi kan varetages på en børneafdeling eller et barselsafsnit.

Prolongeret icterus eller synlig gulsot efter 14. levedøgn

Prolongeret icterus defineres som icterus efter 2. leveuge (3. leveuge for for tidligt fødte). Som oftest skyldes prolongeret icterus såkaldt modermælksinduceret icterus – dette er et benigt fænomen, som svinder spontant. Men i sjældne tilfælde kan prolongeret icterus være det første symptom på alvorlig leversygdom eller metabolisk sygdom og kræver derfor udredning, se afsnit 12.7.2.

12.7.1. Forebyggelse af akut bilirubin encefalopati

Ukonjugeret bilirubin er neurotoksisk og en meget høj bilirubinkoncentration kan medføre hjerneskade (bilirubin encefalopati/ kernicterus). Behandling med fototerapi har medført, at død eller mental retardering som følge af kernicterus er sjælden men der ses fortsat to tilfælde om året i Danmark af intermediær eller fremskreden bilirubin encefalopati, og et tilfælde årligt af kernicterus spectrum disorder (DPS 2019).

Sløvhed er første symptom på toksisk påvirkning af hjernen. Der bør være ekstra opmærksomhed, hvis barnet er sløvt, men behandlingskrævende hyperbilirubinæmi kan foreligge, uden at barnet er sløvt.

Alle nyfødte vurderes klinisk/visuelt for gulsot ved konsultationen i tredje levedøgn (48-72 timer efter fødslen), se afsnit 13.5.3. Ved synlig gulsot måles transcutan bilirubin eller total serum bilirubin. Målingen skal foretages på vid indikation og i tvivlstilfælde.

Børn i særlig risiko tilbydes altid undersøgelse med transcutan bilirubinmåling eller blodprøve (total serum bilirubin) senest 48-72 timer efter fødslen. Det drejer sig om:

- Børn af mødre, der tidligere har haft lysbehandlede børn
- Børn af mødre med diabetes (Type 1, Type 2 og gestationel)
- Børn født præterm (før 37. uge)
- Børn af østasiatisk oprindelse (Kina, Korea, Japan, Vietnam)

- Børn med kendt isoimmunisering eller anden hæmolytisk sygdom

Børn med mørk hudfarve er ikke i øget risiko for hyperbilirubinæmi, men skal ligeledes tilbydes transkutan bilirubinmåling eller blodprøve (total serum bilirubin), da det er vanskeligt at vurdere gulsot hos disse børn (DPS 2019).

12.7.2. Tidlig opsporing af galdevejsatresi

Årligt har mere end 1.000 børn forlænget icterus. Blandt disse børn findes der 4-6 tilfælde per år med galdevejsatresi (Sundhedsstyrelsen 2003).

Diagnosen bør stilles så tidligt som muligt, idet man operativt kan reetablere galdeflow ved Kasai hepatisk portoenterostomi, men succesraten falder jo ældre barnet er. Operationen skal helst foretages inden 60 levedage (DPS 2018). Forsinket diagnose af galdevejsatresi fører til alvorlig og irreversibel leverskade, hvilket kan medføre død eller behov for levertransplantation. Tidlig opsporing af spædbørn med galdevejsatresi er således afgørende for prognosen. Desværre bliver nyfødte med galdevejsatresi fortsat ofte diagnosticeret for sent.

Alle børn med synlig gulsot efter 14. levedøgn (præmature efter 21. levedøgn) skal – uden forsinkelse og uanset god trivsel og fravær af andre tegn på sygdom – have foretaget måling af fraktioneret bilirubin.

Dette iværksættes af egen læge. I tvivlstilfælde og uanset hvem der rejser mistanke om prolongeret icterus (sundhedsplejerske, forældre, mv.) skal blodprøven tages.

Ved konjugeret hyperbilirubinæmi over 17 µmol/l henvises barnet subakut (senest næste dag) til en børneafdeling, hvor barnet udredes efter gældende retningslinjer. Fortolkning af konjugeret bilirubin er en ekspert opgave. Hvis konjugeret bilirubin er forhøjet, skal der foretages galdevejsscintigrafi med henblik på påvisning af galdeudskillelse. Dersom der ikke kan påvises galdeudskillelse, henvises barnet til Rigshospitalet med henblik på undersøgelse for galdevejsatresi (DPS 2018).

Boks

Anbefalinger vedr. gulsot

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

- **Ved synlig icterus inden for de første 24 timer** henvises barnet akut til pædiatrisk afdeling
- **Ved synlig icterus i de første 1-2 leveuger** måles transkutan bilirubin og/eller total serum bilirubin. Der bør være særlig opmærksomhed, hvis barnet er sløvt
- **Ved synlig icterus efter 14. levedøgn** (præmature efter 21. levedøgn) måles **altid og uden forsinkelse** fraktioneret bilirubin – uanset god trivsel og fravær af andre tegn på sygdom. Ved konjugeret hyperbilirubinæmi over 17 µmol/l henvises barnet subakut (senest næste dag) til børneafdeling

Boks slut

12.8. Børn med særlig risiko for udvikling af allergisk sygdom

EAACI (Det Europæiske Selskab for Allergologi) anbefaler i lighed med ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) amning til 6-måneders alderen til alle børn for at forebygge mælkeallergi (Muraro 2014).

Hos allergidisponerede børn har undersøgelser vist, at amning eller anvendelse af en dokumenteret højt hydrolyseret modernælkserstatning til fulde 4 måneder har en forebyggende effekt i forhold til udvikling af komælksallergi.

Efter 4-månedersalderen er der ikke påvist en sådan forebyggende effekt (Muraro 2014).

Allergidisposition betyder lægedokumenteret allergisk sygdom hos forældre eller søskende. Ved allergisk sygdom forstås her sygdommene astma, høfeber, atopisk eksem (børneeksem) og fødevareallergi.

Højt hydrolyseret modernælkserstatning kan anvendes til allergidisponerede børn, hvis det ikke er muligt eller ønskeligt for moderen at ernære barnet udelukkende med modernælk, til barnet er fulde 4 måneder.

Der er ikke påvist forebyggende effekt af en særlig diæt til den gravide eller ammende kvinde.

Overgangskost kan introduceres efter 4-månedersalderen som til andre børn uden restriktioner på bestemte fødevarer. Det er ikke dokumenteret, at et indskrænket kosttilbud til barnet efter 4-månedersalderen har en positiv betydning i forhold til at forebygge allergi.

Der henvises til "*Ernæring til spædbørn og småbørn – en håndbog for sundhedspersonale*", Sundhedsstyrelsen.

12.9. Intrauterin og neonatal infektion

Håndteringen og behandling af feber under fødslen har det overordnede formål at forebygge svær intrauterin infektion, som kan skade såvel foster som mor. Det er specielt forebyggelse og behandling af neonatal gruppe B-streptokokker (GBS) infektion, som er væsentlig (Polin 2011, Verani 2010), men også andre bakterielle infektioner samt vira er potentielt skadelige for både mor og foster/barn. Hyppigste årsag til intrauterin infektion er ascenderende infektion, men infektion kan også spredes hæmatogent og iatrogen.

Feber under fødsel vil for barnet, og særligt ved præmaturitet, betyde, at der er øget risiko for asfyxi, sepsis, meningitis, pneumoni, respiratorisk distress, bronchopulmonel dysplasi, cerebral parese og død.

For barnet inkluderer hyppigste medfødte infektionsagens GBS, E.coli, enterokokker, staf. aureus og koag. neg. stafylokker. Sjældnere klebsiella, listeria, pseudomonas og candida. Vira kan også være årsag til neonatal infektion.

Neonatal infektion opdeles i "early-onset" neonatal infektion med symptomdebut < 72 timer post partum og "late-onset" neonatal infektion med symptomdebut > 72 timer post partum.

Incidensen af early onset GBS sygdom hos det nyfødte barn i Danmark er 0,1-0,3/ 1000 levendefødte. Early-onset neonatal GBS infektion optræder i over 90 % af tilfældene < 24 timer efter fødsel. Symptomerne ved debut er i over halvdelen af tilfældene respiratoriske problemer og herefter klinisk sepsis. Ca. 10 % debuterer med meningitis (DPS 2015 b).

Børn, der fødes præterm, er mere modtagelige for infektion, end børn født til terminen. Denne risiko er specielt forhøjet ved GA < 35+0. Børn født af mor, som har fået påvist GBS under graviditeten, har 25 gange øget risiko for early-onset neonatal GBS infektion. Alligevel opstår GBS infektion oftest hos børn født til terminen og uden kendt GBS påvist i graviditeten.

Indikationerne for neonatal vurdering og undersøgelse ved børnelæge afhænger af barnets kliniske tilstand, tilstedeværende maternel intrauterin infektion, behandling med antibiotika under fødslen, GA samt varigheden af vandafgang. Klinisk påvirkede nyfødte vurderes af pædiater, som afgør om barnet skal indlægges på neonatal afsnit eller skal observeres på barselsafsnittet. Det anbefales, at klinisk upåvirkede nyfødte, der er i risikogruppe, indlægges på barselsafsnit mhp. 24 - 48 timers observation og evt. CRP måling. Veletablerede kliniske risikogrupper omfatter børn af kvinder med tidligere barn med invasiv GBS infektion, GBS bakteriuri i aktuelle graviditet, præterm fødsel (GA < 37), febrilia intra partum, vandafgang ≥ 18 timer (DSOG 2019).

Ved vandafgang ≥ 18 timer uden feber, GA ≥ 37 og klinisk upåvirket barn, kan observation undgås, hvis der foreligger en negativ intrapartum GBS test.

Se endvidere kapitel 8 om infektioner.

Boks

Anbefaling vedr. GBS infektion

24 – 48 timers observation af nyfødte på barselsafsnit i følgende tilfælde:

- Mater tidligere født barn med invasiv GBS infektion
- GBS bakteriuri i aktuelle graviditet
- Præterm fødsel GA < 37 uger
- Vandafgang ≥ 18 timer
- Feber under fødsel

Boks slut

12.10. Hepatitis B-vaccination af nyfødte

Vaccine mod hepatitis B gives til børn født af kvinder med kronisk hepatitis B infektion allerede ved fødslen som en såkaldt post exposure vaccine, altså som en behandling mod de hepatitis B vira, moderen kan have overført til barnet. Læs mere i kapitel 8.

Hvis den fødendes hepatitis B status er ukendt, henvises til afsnit 3.7 i Sundhedsstyrelsens *vejledning om HIV (human immundefekt virus), hepatitis B og C virus*, 2013 (www.sst.dk).

Det er lovpligtigt, at indberette givne vacciner i vaccinationsregistret, jf. bekendtgørelse nr. 1615 af 18/12/2018 om adgang til og registrering m.v. af lægemiddel- og vaccinationsoplysninger (www.retsinformation.dk).

Ca. en måned efter endt vaccinationsserie (dvs. når barnet er 13-15 måneder) skal barnet have taget en blodprøve i almen praksis for at undersøge vaccinationseffekten og evt. aktuel infektion. Dette fordi nogle børn smittes intrauterint, og i disse tilfælde har vaccinen ingen effekt, jf. afsnit 3.6 i Sundhedsstyrelsens *vejledning om HIV (human immundefekt virus), hepatitis B og C virus*, 2013 (www.sst.dk).

Boks

Anbefalinger vedr. hepatitis B-vaccination

- Nyfødte, der fødes af kvinder med kronisk HBV-infektion, anbefales at få en hepatitis B-vaccination og en injektion af hepatitis B immunglobulin umiddelbart efter fødslen og inden de forlader fødestuen
- Der noteres i DDV (Det Danske Vaccinationsregister) via FMK, at der er givet første hepatitis B-vaccination og hepatitis B immunglobulin

- Hepatitis B vaccinationsserie: Dag 0, samt efter 1 mdr., 2 mdr. og 12 mdr samt kontrol af vaccinationseffekt efter endt vaccinationsserie, når barnet er 13-15 måneder
- Der gives besked til sundhedsplejersken og den praktiserende læge
- HBV-infektion er anmeldelsepligtig

Boks slut**12.11. Blodtype-immunisering****Boks**

- Der gives rhesus-profylakse, som beskrevet i kapitel 7
- Nyfødte, hvis mødre har fået påvist klinisk betydningsfulde irregulære blodtypeantistoffer, får ved fødslen taget en navlesnorsblodprøve med henblik på undersøgelse for blodtype og forekomst af maternelt antistof på barnets blodlegemer

Boks slut

Rhesus-immunisering er den hyppigste form for blodtype-immunisering og er beskrevet i kapitel 7. Ved fund af irregulære antistoffer hos den gravide henvises straks til fødeafdelingen med henblik på plan for opfølgning for, hvor fødslen skal foregå.

Alle nyfødte af mødre der har fået påvist klinisk betydningsfulde irregulære blodtypeantistoffer, får ved fødslen taget en navlesnorsblodprøve. Prøven undersøges for blodtype og forekomst af maternelt antistof på barnets blodlegemer (direkte antiglobulin test - DAT).

12.12. Genoplivning af nyfødte

På enhver obstetrisk afdeling skal personalet have skriftlig instruks om organisatoriske og praktiske forhold vedr. genoplivning af nyfødte børn.

På enhver fødestue skal der være umiddelbar adgang til genoplivningsbord med varmelampe, observationslys, stopur, ilt, sug og udstyr til manuel ventilation, samt andet udstyr til akut håndtering.

Alle klinisk ansatte på fødeafsnit samt svangre-, barsels- og neonatalafsnit skal kunne indlede basal genoplivning af nyfødte. Obstetrikere, anæstesiologer og pædiatere – dvs. læger, der varetager den umiddelbare, akutte behandling af alvorligt syge nyfødte – skal kunne indlede avanceret genoplivning. Disse kompetencer skal være dokumenteret til stede senest 1. arbejdsdag, hvor pågældende selvstændigt varetager sin funktion. Simulatortræning, træning i teamwork m.v. kan anbefales.

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

Referencer til kapitel 12

CADTH (2015). Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Neonatal Vitamin K Administration for the Prevention of Hemorrhagic Disease: A Review of the Clinical Effectiveness, Comparative Effectiveness, and Guideline. Tilgængelig på <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304684/>

Dermott K, Bick D, Norman R, et al. (2006). Clinical guidelines and evidence review for post-natal care: routine

postnatal care of women and their babies. London: The National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.

DSOG (2019). Feber under fødslen. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk/obstetrik>

DPS (2015 a). Immature nyfødte: modtagelse og indledende behandling. Tilgængelig på <http://www.paediatrici.dk/neonatologi-vejil>

DPS (2015 b). Forebyggelse af tidligt indsættende neonatal GBS sygdom. Tilgængelig på http://www.paediatrici.dk/images/dokumenter/vejil_2015/neonatal%20GBS%20sygdom%2020159.pdf

DPS (2018). Neonatal kolestase/konjungeret hyperbilirubinæmi. Tilgængelig på http://www.paediatrici.dk/images/dokumenter/vejledninger_2018/Neonatal_kolestase_2018.pdf

DPS (2019). Behandlingsstandard for neonatal hyperbilirubinæmi. Tilgængelig på http://www.paediatrici.dk/images/dokumenter/Retningslinjer_2019/Hyperbilirubin%C3%A6mi_guideline.Juli_2019.pdf

Moore ER et al (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 11:CD003519.

Muraro A et al. (2014). EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines. Primary prevention of food allergy. Allergy 69: 590–601.

Ng E & Loewy AD (2018). Guidelines for vitamin K prophylaxis in newborns. Paediatr Child Health; 23(6): 394-402. doi: 10.1093/pch/pxy082.

NICE (2015). Postnatal care up to 8 weeks after birth. National Institute for Health and Care Excellence. Tilgængelig på <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37>

Polin RA et al. (2011). Recommendations for the prevention of perinatal group B streptococcal (GBS) disease. Pediatrics 128(3): 611-616.

Shorey S et al. (2016). Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. Midwifery; 40: 207-217.

Statens Serum Institut (2019). Informationsfoldere til forældre. Tilgængelig på <https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/screening-for-medfodte-sygdomme/informationsfoldere-til-foraeldre>

Statens Serum Institut (2019). Vejledning for prøvetagning. Tilgængelig på <https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/screening-for-medfodte-sygdomme/vejledning-for-proevetagning>

Sundhedsstyrelsen (2003). Anbefalinger vedrørende opsporing af galdevejsatresi. Tilgængelig på <https://www.sst.dk/>

Sundhedsstyrelsen (2004). Sundhedsstyrelsens retningslinjer af 12. august 2004 for neonatal hørescreening. Tilgængelig på <https://www.sst.dk/>

Sundhedsstyrelsen (2008). Biokemisk screening for medfødt sygdom hos nyfødte. Hovedrapport samt bilag (2. del: Faktablade). Tilgængelig på <https://www.sst.dk/>

Sundhedsstyrelsen (2013). Vejledning om HIV (human immundefekt virus), hepatitis B og C virus. Tilgængelig på <https://www.sst.dk/>

Verani JR et al. (2010). Prevention of perinatal group B streptococcal disease: revised guidelines from CDC. MMWR 2010;59(RR-10):1-32.

Widström AM et al (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatr 100(1):79-85.

WHO (1997). Hypoglycaemia of the newborn. Review of the literature.

WHO (2017). WHO recommendations on newborn health.

WHO (2018). Early initiation of breastfeeding.

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.

Næsten halvdelen af alle familier udskrives kort efter fødslen, således at hele barselsperioden finder sted i hjemmet. Der er derfor ofte kun kort tid på fødeafdelingen til at vejlede forældrene om barselsperiodens første dage, pleje af barnet og mors fysiske restitution. Uanset indlæggelsestid tager indsatsen udgangspunkt i den enkelte families sundhedsforståelse og -adfærd, deres behov og ressourcer.

Behandling af sygdom hos mor eller barn varetages af en specialafdeling og fødeafdelingens indsats koordineres med primærsektoren, især hvis mor og barn ikke udskrives samtidigt.

Dette kapitel dækker de første to uger efter fødslen. Undersøgelsen af mor hos den praktiserende læge 8 uger efter fødslen er beskrevet i kapitel 3. Den forebyggende børneundersøgelse ved 5 uger er beskrevet i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge*, Sundhedsstyrelsen 2011.

13.1. Barselsperiodens vigtigste elementer

Barselsperioden er en ganske særlig livsfase for forældrene, den nyfødte og den øvrige nære familie. Det er en overgangsperiode præget af store forandringer både fysiologisk, følelsesmæssigt og socialt.

Fysiologisk gennemgår barnet en dramatisk omstilling ved fødslen og de følgende dage. Eventuelle respiratoriske og cirkulatoriske problemer vil ofte være synlige inden for de første 12 timer. Andre problemer – som fx forsinket mælkedannelse med deraf følgende utilstrækkelig ernæring, medfødt bakteriel infektion, svær gulsot, symptomer på ductusafhængig hjertesygdom eller obstruktion i mave-tarm-kanalen – kan først observeres i de første levedøgn.

De vigtigste elementer i denne periode er barnets trivsel og sundhed, herunder etablering af amning eller anden ernæring samt spædbarnspleje, moderens fysiske restitution, familiedannelsen og forældrenes mentale velbefindende.

13.1.1. Barnets trivsel og sundhed efter fødslen

Inden udskrivelsen skal forældrene være bekendt med hvilke observationer og sygdomstegn hos barnet, der kræver henvendelse til fødeafdelingen, herunder manglende eller sparsom vandladning og afføring, udvikling af gulsot samt tegn på infektion i navle eller hud.

Hvis familien ikke udskrives tidligt, støttes forældrenes omsorgsevne i forhold til at udvikle deres samspil med barnet, herunder at tolke barnets signaler i forhold til sult, søvn, behov for trøst mm samt det spæde sprog.

13.1.2. Mors fysiske restitution og forældrenes mentale velbefindende

En fødsel er, uanset varighed og udfald, en stor fysisk og mental udfordring for de fleste kvinder. Tiden efter fødslen er for moderen præget af fysiske omstillinger, mens den for begge forældre er præget af store følelses-

mæssige udsving: fra styrkefølelse til træthed og udmattelse – fra glæde til bekymring og gråd. Både den vaginale fødsel og kejsersnittet har – oftest forbigående – indvirkning på kvindens vandladnings- og afføringsmønstre, ligesom der kan være sårsmerte, efterveer og andre fysiske gener.

Kvinden informeres og vejledes primært om vandladning, blødning og andre fysiske gener, der kan være alvorlige, herunder voldsom/vedvarende blødning, smerter, feber eller hovedpine – symptomer, som kan være tegn på alvorlig sygdom. Ved behov rådgives kvinden om smerter og gener fra bristning, klip eller sphincterruptur samt hæmorider. Genoptræning af bækkenbunden og gavnlighed af efterfødselsgymnastik drøftes, såfremt indlæggelsestiden tillader det. Efter udskrivelse kan dette varetages af sundhedsplejersken.

Alle mødre, men især flergangsfødende, kan have kraftige efterveer med behov for lettere smertelindrende medicin, ligesom nogle kvinder har brug for smertestillende medicin for smerter på grund af syning i mellemkødet. Blødningen kan i barselsperioden variere i mængde og opleves forskelligt fra kvinde til kvinde, men skal være aftagende fra dag til dag. Omkring hver anden kvinde oplever humørsvingninger i barselsperioden, og kvinden kan et par dage efter fødslen føle sig trist, urolig, nervøs, træt, irriteret og have let til tårer.

Mentale reaktioner på at blive forældre drøftes med forældrene. Rådgivning om prævention og genoptagelse af seksuallivet gives efter udskrivelsen i almen praksis og/eller af sundhedsplejersken, med mindre der er tale om en længerevarende indlæggelse af barnet efter fødslen, hvor det kan blive aktuelt. Se desuden afsnit 5.3.

13.1.3. Familiedannelse

Familiedannelsen får de bedste betingelser, hvis forældrene og barnet har mulighed for at forblive sammen umiddelbart efter fødslen. Det er særlig vigtigt, at moderen og det nyfødte barn ikke adskilles – et princip, der i videst muligt omfang også bør opretholdes ved for tidlig fødsel eller sygdom hos barnet. Hvis adskillelse af mor og barn ikke kan undgås, træder den anden forælder ind og varetager omsorgen for barnet i samarbejde med personale på mors/barns afdeling. Begge forældre bør have mulighed for at være indlagt sammen med barnet, det gælder også ved behov for indlæggelse på neonatalafdeling.

For begge forældre er tiden efter fødslen præget af omstilling, og sundhedspersonalet må være opmærksomme på begge forældres behov for støtte i denne omstillingsproces.

Netværket spiller en afgørende rolle for forældrenes valg og for deres mulighed for at få den barsel, de havde forestillet sig. Sundhedspersonalet bør derfor støtte forældrene i at bruge deres netværk i den udstrækning, de kan få den nødvendige omsorg og støtte i barselsperioden, både når den foregår i hjemmet og på sygehus.

13.2. Barnets ernæring

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det spæde barn udelukkende ernæres med modermælk de første ca. 6 måneder. En velfungerende amning er blandt andet afhængig af, at indsatsen fra sundhedspersonalet tager udgangspunkt i forældrenes ønsker og den enkelte families situation.

Flere får etableret en velfungerende amning og ammer i en længere periode, når følgende fire råd følges (Nilsen 2017 og 2019):

- Hud-mod-hud kontakt, så meget som muligt de første dage og primært hos moderen
- Hyppig amning, når barnet gerne vil, gerne mindst otte gange i døgnet
- Tilbagelænet amning eller anden god stilling, hvor mor og barn har tæt fysisk kontakt
- Faderen/partneren inddrages i ammevejledningen

De fire råd understøtter tilsammen de fysiologiske mekanismer, der gør, at mælkeproduktionen kommer godt gang indenfor de første tre døgn, og at barnet på samme tid omstiller sig til at få mad med intervaller.

Vejledningen om amning skal desuden tage udgangspunkt i at styrke forældrenes self-efficacy og knytte viden til forældrenes individuelle behov.

Sundhedspersonalets opdaterede viden om amning er kernen i den sundhedsfremmende indsats, der tilbydes til nye forældre, når de skal forberede sig til, etablere, vedligeholde og afslutte amning. Viden kan imidlertid ikke stå alene. Sundhedspersonalet må ligeledes være klædt på til at vurdere, hvordan denne viden bedst muligt formidles i den konkrete situation, så den bliver meningsfuld for forældrene og giver dem mulighed for at træffe de valg, der er rigtige for dem (Bartholomew 2011). Ligeledes skal vejledningen give forældrene en viden og tro på, at de kan gennemføre amningen som ønsket (Skouteris 2017). Her har danske studier vist, at en enkel vejledning, der inddrager få konkrete anbefalinger og har fokus på anvendelsesviden frem for teoretisk viden om fordele ved amning har en større effekt på ammevarigheden og forældrenes tro på, at det kan lykkes (Kronborg 2004). Endelig bør vejledningen være fagligt konsistent uanset hvilken faggruppe, der giver den og altid i henhold til gældende udgave af *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen.

Hvis det på grund af medicinske, psykiske og/eller sociale årsager er aktuelt at drøfte, hvorvidt amning tilrådes eller frarådes, bør der tages stilling ud fra kvindens/familiens samlede situation. Dette sker bedst inden fødslen, og beslutningen føres ind i journalen.

Sundhedspersonalet bør – både under graviditeten og i barselsperioden – have særlig opmærksomhed på:

- Kvinder, der tidligere har haft problemer med at amme eller som er usikre på egne evner til at amme (de Jager 2013, Kronborg 2004)
- Kvinder med kort skolegang (Johansen 2016)
- Rygere (Johansen 2016)
- Kvinder med anden etnisk baggrund (som ofte ammer i kortere tid end andre kvinder) (Busck-Rasmussen 2014)
- Kvinder/familier med særlige behov (Wambach 2015), se kapitel 4

Kvinder, der ikke kan eller ønsker at amme, støttes i deres valg og forældrene tilbydes støtte, information og hjælp til at ernære barnet med modermælkserstatning. Begge vejledes om betydningen af hud-mod-hud kontakt.

13.3. Sundhedsvæsnets opgaver i barselsperioden

Den første uges tid efter fødslen er en kritisk overgangsperiode for både mor og barn, hvor det er vigtigt at være opmærksom på, om barnet får tilstrækkeligt med mælk og ikke udvikler gulsot til et niveau, der kræver behandling, ligesom der skal være den fornødne opmærksomhed på, hvorledes mors fysiske restitution forløber. Udgangspunktet for et velfungerende barselsforløb er, at en række forudsætninger for tidlig udskrivelse er iagttaget, og at der er et fælles ansvar for, at familien får de tilbud, de har behov for, uanset om det foregår i regionen eller i kommunen.

En stor andel af familierne udskrives, inden mælken er løbet til og amningen er etableret, inden evt. gulsot hos barnet har udviklet sig, og førend barnet er kommet i gang med at tage på – forhold som man ikke kan forvente forældrene selv kan vurdere. Der er derfor behov for tæt opfølgning på mor og barns tilstand indtil amning eller anden ernæring er etableret, herunder støtte til etablering af amning (se afsnit 13.2) og rådgivning ved sundhedsplejersken på 4.- 5. dagen, samt støtte til familiedannelse efter behov.

Anbefalinger for organisering og ansvarsfordeling mellem region og kommune er beskrevet i kapitel 2. Det faglige ansvar i kontakten med familien påhviler den enkelte autoriserede sundhedsperson, både når det gælder den konkrete vurdering af familiens behov og i den vejledning, der gives.

13.3.1. Forudsætninger for udskrivelse af mor og barn

På baggrund af regionens generelle tilbud om indlæggelse efter en fødsel drøftes det efter fødslen med forældrene, hvilket behov de har. Drøftelserne tager udgangspunkt i en vurdering af mor og barns helbredstilstand efter fødslen, familiens netværk og andet relevant for den enkelte. Den sundhedsfaglige vurdering omfatter mor og barns fysiske helbredstilstand, forældrenes mentale sundhedstilstand og deres evner og tillid til selv at kunne varetage barnets behov.

En væsentlig forudsætning for tidlig udskrivelse, især hos førstegangsforældre, er, at forældrene er velforbredte på den første tid hjemme. Det sker blandt andet gennem fødsels- og forældreforberedelse i graviditeten, som beskrevet i kapitel 10. Tidlig udskrivelse understøttes desuden af, forældrene har et tilstrækkeligt netværk og støtte efter hjemkomst, herunder uhindret adgang til relevant opfølgning i såvel primær som sekundær sektor jf. anbefalingen om tidligt barselsbesøg, se afsnit 13.5.4.

Obstetrisk afdeling bør udarbejde retningslinjer for, hvilke forhold hos mor og barn, der kan betyde tilbud om indlæggelse, og hvilke forhold, der kan tale for underretning af de kommunale myndigheder, såfremt forældrene ikke ønsker at forblive indlagt med deres nyfødte barn imod den sundhedsfaglige vurdering. Der skal desuden være særlig opmærksomhed på mødre, som ikke ønsker at blive udskrevet, selvom alle forhold taler for udskrivelse, idet der er større risiko for komplikationer for disse kvinder. Sundhedspersonalet må tale med kvinden om baggrunden for, at hun ønsker at forblive indlagt med henblik på at afdække problematiske forhold og handle på disse af hensyn til både mor og barns helbred og trivsel.

Et resume af fødsels- og barselsforløbet bør indgå i epikrisen til egen læge. Den kommunale sundhedstjeneste orienteres om fødsels- og barselsforløb efter aftale med forældrene med henblik på, at sundhedsplejersken aflægger tidligt barselsbesøg jf. afsnit 13.5.4 samt iværksætter tilbud, der kan være aftalt under graviditeten.

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.

13.3.2. Tidspunkt for udskrivelse

Inden forældre og barn kan udskrives fra fødeafdelingen efter kort indlæggelsestid skal en række forudsætninger være opfyldt med henblik på at forebygge genindlæggelser som følge af obstetriske komplikationer, svær gulsot, dehydrering og ernæringsproblemer i de første uger efter fødslen.

- Mor skal være rask og velbefindende, og forældrene skal være trygge ved udskrivelse
- Barnet skal være raskt og stabilt
- Barnet skal have været lagt til og diet effektivt under observation og vejledning af sundhedspersonale
- Forældrene skal være velforbredte på den første tid hjemme, blandt andet gennem fødsels- og forældreforberedelse i enten regionalt eller kommunalt regi
- Forældrene skal have viden om, at barnet skal ammes mindst otte gange i døgnet og have kendskab til det normale vandladnings- og afføringsmønster i de første dage og uger efter fødslen
- Der skal være tilbud om strukturerede kontakter fra sundhedsvæsenet de første 2 uger efter fødslen samt mulighed for akut henvendelse døgnet rundt i 7 dage efter fødslen, jf. afsnit 13.5.1.
- Familien bør ikke udskrives til hjemmet om natten, med mindre forældrene ønsker dette

Præeklampsi ses hyppigere hos førstegangsfødende. 15-20 % af tilfældene debuterer efter fødslen. Risikofaktorerne er velbeskrevne og bør indgå i vurderingen af evt. tidlig udskrivelse, se kapitel 9.

13.3.3. Førstegangsførældre

Det er en stor omvæltning at blive forældre første gang, og det fordrer en betydelig omstillingsproces at gå fra at være et par til at blive forældre. Førstegangsførældre kan have vanskeligt ved at vurdere, om en tilstand eller et symptom hos barnet er normalt eller unormalt, hvordan en navle heler op, hvor meget en nyfødt sover, græder osv. En førstegangsfødende kan også have svært ved at bedømme, om hun bløder normalt efter fødslen, har normalt ondt, har passende brystspænding osv. Førstegangsførældre er typisk mere usikre og har ofte mange spørgsmål vedrørende barnet, forløbet efter fødslen og amning.

Førstegangsfødende kan således have et særligt behov for observation og vejledning i den første tid efter fødslen, hvilket må indgå i vurderingen af, hvornår familien kan udskrives og med hvilken rådgivning og opfølgning. Udskrivelse få timer efter fødslen bør kun forekomme, hvis den førstegangsfødende selv ønsker det, og der er et tilbud om tæt støtte i hjemmet, samt hvis ovenstående forudsætninger for udskrivelse er opfyldte.

Flergangsfødende kvinder, der tidligere har haft problemer med amning, har også behov for støtte, for at amningen af det næste barn kan blive vellykket. Denne støtte kan med fordel gives allerede i graviditeten som en del af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i de individuelle kontakter med tæt opfølgning i hjemmet (Sundhedsstyrelsen 2018).

13.4. Opgaver på fødeafdelingen efter fødslen

I forbindelse med udskrivelsen har fødeafdelingens personale¹² følgende opgaver:

- At orientere den kommunale sundhedstjeneste om barnets fødsel inden for et døgn i henhold til afdelingens procedurer og efter aftale med forældrene. Af orienteringen bør fremgå, hvornår forældre og barn forventes udskrevet. Såfremt kvinden ikke ønsker besøg af sundhedsplejerske, orienteres den praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste herom efter aftale med forældrene
- At formidle de nødvendige informationer, som gør familien i stand til at kunne identificere tilstande hos mor og barn, der kræver kontakt med professionelle for vurdering, rådgivning og vejledning i barselsperioden, indtil sundhedsplejersken har været på første besøg i hjemmet
- At oplyse forældrene om, hvorledes de kan henvende sig til fødeafdelingen ved behov for hjælp eller rådgivning i den første uge efter udskrivelsen
- At koordinere jordemoderens og sundhedsplejerskens kontakt med familien efter hjemkomsten, såfremt fødeafdelingen tilbyder hjemmebesøg
- At sikre at epikrisen indeholder oplysninger, der er relevante for den praktiserende læge, således at opmærksomheden på familier med særlige behov for støtte skærpes

13.5. Basistilbud fra fødeafdelingen efter udskrivelse

13.5.1. Åben rådgivning op til 7 dage efter fødslen

Efter udskrivelsen skal forældrene have mulighed for at henvende sig telefonisk og personligt til fødeafdelingen døgnet rundt ved behov for hjælp eller rådgivning op til 7 dage efter udskrivelsen (eller indtil sundhedsplejersken har været på første besøg, såfremt dette finder sted senere end 7 dage efter fødslen).

¹² ved hjemmefødsler eller fødsel på en privat fødeklínik er det personalet der, der varetager opgaverne

13.5.2. Dagen efter fødslen

Førstegangsfødende

Til førstegangsfødende, som udskrives indenfor 24 timer eller har født hjemme eller på fødeklíník, tilbydes besøg i hjemmet af jordemoder dagen efter fødslen. Såfremt jordemoderen vurderer, at der er særlige behov af sundhedsplejefaglig karakter, skal hun efter aftale med forældrene kontakte sundhedsplejersken med henblik på evt. tidligere besøg end 4.-5.- dagen.

Flergangsfødende

Hvis familien er udskrevet inden for de første 24 timer eller har født hjemme eller på fødeklíník, kontakter jordemoderen familien dagen efter fødslen med henblik på at tilbyde råd og vejledning efter behov og – på baggrund af forældrenes oplysninger – vurdere barnets og moderens tilstand. Ved problemer vurderer personalet, hvorvidt mor og barn skal tilbydes (gen)indlæggelse, konsultation i ambulatorium eller hjemmebesøg af jordemoder.

Formålet med den telefoniske kontakt er blandt andet at vurdere, om amning eller anden ernæring er etableret, om barnet har vandladning og afføring svarende til alderen, om barnet er sløvt, om moderens fysiske restitution forløber normalt, og om familien har det mentalt godt.

13.5.3. Anden og tredje dagen efter fødslen

Uanset om familien er indlagt eller udskrevet tilbydes alle forældre og nyfødte en samtale og undersøgelse i barnets 3. levedøgn (48-72 timer efter fødslen). Formålet er at følge op på mor og barns tilstand efter fødslen og tilbyde screeningsundersøgelser af barnet.

Samtale og undersøgelse, som varetages af jordemoder, kan foregå på fødeafdelingen, i en decentral jordemoder- konsultation eller i hjemmet efter regionens beslutning.

Samtalen

Samtalen omfatter drøftelse af barnets tilstand og ernæring, herunder vurdering af om amningen er veletableret, drøftelse af mors fysiske tilstand, herunder blødning og lokkier, efterveer, eventuelle smerter efter bristninger i mellemkødet og behov for smertestillende medicin.

Endvidere drøftes kort mor og fars mentale tilstand, fødselens forløb og forældrenes oplevelse af denne. Hvis relevant kan ydes prækonceptionel rådgivning baseret på den netop overståede graviditet. Jordemoderen vurderer sammen med forældrene, hvorvidt denne korte drøftelse af fødslen er tilstrækkelig, eller om der er behov for en uddybende efterfødselssamtale (se afsnit 13.5.6). I givet fald aftales tid til dette med fødejordemoderen og evt. fødselslægen.

Klinisk opfølgning af mor:

- Opfølgning på RhD profylakse
- Opfølgning på hepatitis status
- Ved behov tilbud om at efterse bristninger. Ved problemer med opheling eller inkontinens henvises til speciallæge
- Evt. vejledning om genoptagelse af samliv og antikonception

Klinisk opfølgning af barnet:

- Tilbud om neonatal biokemisk screening
- Tilbud om hørescreening af barnet
- Vurdering af barnets tilstand, herunder ernæring, vandladning, afføring og hydreringsgrad
- Vurdering af evt. gulsot. Ved synlig gulsot tilbydes transkutan måling af bilirubin eller blodprøve (total serum bilirubin), se afsnit 12.7

Såfremt der ved denne konsultation viser sig at være vanskeligheder, der kræver kortere observation eller mere omfattende vejledning – som fx ammeproblemer eller fysiske eller mentale problemer hos mor eller far – anbefales det, at fødeafdelingen tilbyder dette umiddelbart i forlængelse af konsultationen.

Såfremt familien ikke ønsker indlæggelse på fødeafdelingen, skal personalet på afdelingen, efter aftale med familien, kontakte sundhedsplejersken med henblik på at orientere om problemerne med henblik på at sikre, der kommer besøg på 4.-5. dagen i hjemmet. Det er obstetrisk afdelings ansvar at sikre koordination mellem region og kommune i forbindelse med denne samtale og undersøgelserne.

13.5.4. Fjerde og femte-dagen efter fødslen

Som udgangspunkt er det sundhedsplejerskens opgave at aflægge et tidligt hjemmebesøg på 4.-5.-dagen, hvis familien er udskrevet indenfor 72 timer efter fødslen samt efter hjemmefødsler og fødsler på fødeklinik.

Dog kan kontakten på 4.-5. dagen mest hensigtsmæssigt finde sted på fødeafdelingen, hvis man på 2.-3.-dagen finder forhold, der sundhedsfagligt varetages bedst på fødeafdelingen. Kontakten varetages da af jordemoder eller sygeplejerske, og obstetrisk afdeling orienterer den kommunale sundhedstjeneste om dette. Det kan være forhold, som kræver kortere observation eller intervention på fødeafdelingen, som fx for stort væggtab hos barnet (> 10 %), behandlingskrævende gulsot, dårlig sutteteknik, vurdering af kort tungebånd og evt. klip af dette, brystbetændelse og ammeproblemer, som kræver observation af flere på hinanden følgende amninger for bedre ammeteknik.

Når mor og barn udskrives, orienterer obstetrisk afdeling den kommunale sundhedstjeneste og evt. almen praksis om vejledning og evt. behandling, så relevant opfølgning kan finde sted i hjemmet og i almen praksis.

13.5.5. Komplicerede barselsforløb

Der vil være mødre og/eller nyfødte, der på grund af fysiske, mentale eller sociale omstændigheder har behov for en særlig sundhedsfaglig indsats i barselsperiode. Det skal bemærkes, at forekomsten af komplikationer er hyppigere hos førstegangsfødende. For moderen kan det blandt andet dreje sig om:

- Et traumatisk eller langt fødselsforløb, herunder sphincterruptur
- Flerfoldsfødsel
- Forløsning ved cup eller ved akut eller kompliceret sectio
- Stor blødning >1000 ml
- Behov for anæstesi og operativt indgreb efter fødslen, fx fastsiddende placenta
- Præeklamsi eller hypertension
- Febrile tilstande, tidligere gruppe B streptokokinfektion eller langvarig vandafgang
- Gestationel diabetes eller anden behandlingskrævende medicinsk lidelse i svangerskabet
- Psykisk sygdom under graviditet og efter fødslen, fx depression, angst og tvangstanker efter fødslen og fødsels psykose
- Tidligere ammeforløb kortere end 5-6 uger
- Tidligere fødsel af et barn med hastigt indsættende gulsot

Desuden kan det dreje sig om forældre med en række forskellige problemstillinger, som beskrevet i kapitel 4.

For barnet kan det blandt andet dreje sig om:

- For tidlig fødsel (før fulde 37 uger)
- Væksthæmning / dysmaturitet
- Misdannelser

- Hvis en fosterdiagnostisk undersøgelse har rejst mistanke om sygdom hos barnet, hvor der kræves udredning efter fødslen
- Hypoglykæmi
- Asfyksi

Sene præmature børn (34-36 fulde uger) frembyder særlige problemstillinger i forbindelse med amning, fordi de ikke er færdigudviklede. Mødrene har derfor behov for ekstra støtte og rådgivning for at få etableret amningen, se Amning – en håndbog for sundhedspersonale, Sundhedsstyrelsen 2018.

I tilfælde, hvor kvinden har haft et kompliceret fødselsforløb, eller hvor der opstår patologiske tilstande i barselsperioden, bør kvinden og hendes partner have råd og vejledning om de specifikke komplikationer. Ved komplicerede forløb informerer personalet på obstetrisk afdeling ved behov primærsektoren (sundhedsplejersken og den praktiserende læge) om moderens/barnets særlige problemstillinger efter aftale med moderen/forældrene.

13.5.6. Uddybende efterfødselssamtale

Brugerundersøgelser har vist, at en samtale med jordemoder efter fødslen efterspørges af kvinderne, og at den øger tilfredsheden med forløbet (LUP Fødende 2012). Forskning peger på, at en kort jordemoderledet intervention reducerer traumesymptomer, depression og stress (Gamble 2005).

Alle familier tilbydes, som beskrevet i afsnit 13.5.3, ved konsultationen på 2.-3.-dagen en gennemgang af fødselsforløbet med en jordemoder med henblik på at 1) afrunde den netop overståede graviditet og fødsel og rådgive omkring en evt. kommende graviditet og fødsel, 2) vurdere behovet for en uddybende efterfødselssamtale. For mange forældre vil den samtale være en tilstrækkelig afrunding af forløbet. Forældrene bør informeres om, at de har mulighed for at henvende sig for at få en uddybende samtale på et senere tidspunkt, hvis de får behov for det. Andre forældre vil have behov for en eller evt. flere uddybende samtale(r), for at hele forløbet kan bearbejdes. Det kan eksempelvis være kvinder/familier med:

- langvarigt fødselsforløb
- anlæggelse af vakuum extractor
- syg nyfødt og barn født med misdannelser
- akut sectio
- behandlingskrævende blødning efter fødslen
- stor bristning/sphincterruptur
- dødfødsel
- tegn på belastningsreaktioner (se afsnit 14.2.2)
- mistanke om tilknytningsproblemer
- tidligere fødselsdepression
- fødsel, hvor parret har særligt behov for at drøfte forløbet, uanset dette er vurderet ukompliceret af jordemoderen.

Som udgangspunkt tilbyder den jordemoder, der tog imod barnet, en uddybende efterfødselssamtale.

Hvis familien ønsker at tale med en anden jordemoder end fødejordemoderen, arrangeres dette. Ved specielt komplicerede graviditets- og fødselsforløb vil det ofte være hensigtsmæssigt, at en obstetriker, som parret kender fra forløbet, deltager i efterfødselssamtalen, blandt andet med henblik på en fælles faglig afklaring af forløbet og rådgivning vedrørende kommende graviditet og fødsel. En sådan fælles samtale vil kunne medvirke til at forebygge kejsersnit på mors ønske ("maternal request"), se afsnit 11.3.2.

Samtalen bør som udgangspunkt afvikles senest inden for den første måned efter barnets fødsel. Dog kan samtalen gennemføres senere, hvis forældrene ønsker det. I forbindelse med sygdom, dødfødsel og/eller andre særlige traumatiske forløb kan jordemoderen tilbyde efterfødselssamtale i hjemmet. Jordemoderen kan også tilbyde samtale i hjemmet til familier, hvor kvinden har fået ydelser på niveau 3 eller 4. Såfremt jordemoderen tilbyder samtale i hjemmet, har jordemoderen ansvar for at koordinere samtalen med sundhedsplejerskens besøg af hensyn til familien.

13.5.7. Efterfødselssamtalens indhold

Efterfødselssamtalen tager udgangspunkt i kvindens og partnerens oplevelser i forbindelse med graviditet og fødsel. Udgangspunktet er til enhver tid parrets behov for opfølgning på det afsluttede forløb. I løbet af samtalen afklares evt. spørgsmål i relation til selve fødejournalen.

Parret kan ved behov sættes i kontakt med relevante faggrupper, såfremt parret ønsker en yderligere uddybning eller afklaring af forløbet. Jordemoderen spørger til kvindens fysiske restitution, herunder smerter eller evt. gener fra bristninger/suturer, tilbyder inspektion af disse, informerer om inkontinens, hvis relevant og tilbyder evt. vejledning i bækkenbundstræning. Genoptagelse af samliv og prævention/ familieplanlægning kan drøftes.

Jordemoderen drøfter forældrenes mentale trivsel med udgangspunkt i fødselsoplevelserne. Samtalen giver mulighed for, at kvinden og hendes partner kan få udtrykt og drøftet de bekymringer, som graviditets- og fødselsforløbet har medført. Formålet er at afklare problemstillinger, som parret ønsker belyst med hensyn til konsekvenser for moderen, barnet og evt. familien på kortere og længere sigt.

I nogle tilfælde kan det være nødvendigt for moderen at drøfte fødslen, før hun kan etablere en tryk relation, knytte sig til barnet og påbegynde amningen. Det kan være nødvendigt og relevant at tilbyde yderligere samtaler, hvilket vurderes sammen med parret.

13.6. Basis tilbud fra kommunen efter fødslen

Efter udskrivelse fra føde- eller barselsgang tilbyder den kommunale sundhedstjeneste besøg i hjemmet.

13.6.1. Tidligt hjemmebesøg 4-5 dage efter fødslen

Såfremt familien er udskrevet indenfor 72 timer efter fødslen og efter hjemmefødsler/klinikfødsler, tilbyder sundhedsplejersken at aflægge et tidligt hjemmebesøg på 4.-5. dagen efter fødslen. Formålet er at føre tilsyn med barnets trivsel i den første tid efter fødslen og dermed bidrage til at undgå genindlæggelse pga. dehydrering og/eller ernæringsproblemer, gulsot og brystbetændelse hos moderen. Såfremt særlige forhold taler herfor (se ovenstående) og efter aftale med forældrene, kan det tidlige hjemmebesøg erstattes af konsultation på fødeafdelingen hos jordemoder eller sygeplejerske. Jordemoderen koordinerer dette med udgangspunkt i familiens behov på 2.-3.-dagen.

Ved det første tidlige besøg fokuserer sundhedsplejersken på barnets trivsel, amning, evt. gulsot samt familiedannelse. Sundhedsplejersken vurderer, om amning eller anden ernæring er sufficient, vejleder ved behov om ammeteknik og amnestillinger mm. og drøfter kort parrets oplevelser af de nye roller og de opgaver, der følger med at blive forældre. Der bør være særlig fokus på information om og støtte til, at forældrene kan identificere barnets behov for mad, trøst, omsorg og kærlighed. Ved enhver kontakt bør sundhedsplejersken være opmærksom på familiens mentale velbefindende og tilknytningen mellem forældre og barn.

Der skal være særlig opmærksomhed på mødre i risiko for problemer med etablering af amning, som beskrevet i afsnit 13.2.

Der henvises i øvrigt til *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse*, Sundhedsstyrelsen 2011 og *Amning - en håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen 2018.

Såfremt sundhedsplejersken på det tidlige hjemmebesøg skønner, at der er behov for en vurdering af mors eller barnets tilstand på sygehuset, har forældrene mulighed for at henvende sig til fødeafdelingen uden henvisning inden for den første uge efter fødslen. Såfremt barnet er mere end 7 dage gammelt, henviser sundhedsplejersken til praktiserende læge for vurdering af barnets tilstand fx gulsot eller væggtab (Sundhedsstyrelsen 2013). Såfremt sundhedsplejersken skønner, at det er problemer, der ikke kræver vurdering af personalet på fødeafdelingen eller praktiserende læge, aftaler sundhedsplejersken et behovsbesøg for opfølgning.

13.6.2. Etableringsbesøget

Hvis der ikke har været et tidligt barselsbesøg på 4.-5. dag, aflægges etableringsbesøget senest 7 dage efter udskrivelsen (Sundhedsstyrelsen 2011).

Hvis familien har fået et hjemmebesøg på 4.-5.-dagen, fastsættes tidspunktet for etableringsbesøget ud fra en faglig vurdering og familiens ønsker og behov, dog senest når barnet er 14 dage gammelt.

Såfremt familien udskrives fra fødeafdelingen med særlige behov for støtte og rådgivning, tilbyder den kommunale sundhedstjeneste efter henvisning fra obstetrisk afdeling behovsbesøg i henhold til *bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge* nr. 1344 af 03/12/2010 § 12. Ved problemer af ikke-sundhedsplejefaglig karakter i barselsperioden henviser sundhedsplejersken så tidligt og præcist som muligt til fødeafdeling, praktiserende læge, socialforvaltning eller andre relevante samarbejdspartner.

13.7. Almen praksis opgaver

Det er den praktiserende læges opgaver:

- At undersøge barnet ved akutte henvendelser om helbredsmæssige eller trivselsmæssige problemer samt behandle og rådgive familien ud fra en lægefaglig vurdering. **De første syv dage efter fødslen kan familien henvende sig på fødeafdelingen uden henvisning**
- At undersøge barnet 5 uger efter fødslen – jf. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge*, Sundhedsstyrelsen 2011
- At varetage 8-ugers-undersøgelsen af kvinden, som beskrevet i kapitel 3
- At være opmærksom på, om moderen udvikler tegn på postpartum thyreoiditis
- Ved behov støttes parret i at etablere kontakt til fødeafdelingen til afklaring af tvivl eller uklarheder vedrørende graviditet, fødsel og barselsforløbet
- At være opmærksom på, om en af forældrene udvikler tegn på fødselsdepression
- At drøfte antikonception og evt. kommende graviditeter, også i forhold til prækonceptionelle forholdsregler
- At deltage i tværfaglige konferencer vedrørende familier med særlig psykosociale problemstillinger, der påvirker barnets udvikling og trivsel.

Den praktiserende læge bør være særligt opmærksom på trivselsproblemer, som skyldes patologiske forhold. Det anbefales, at den praktiserende læge henviser til sundhedsplejersken ved problemer, som kan skyldes uhensigtsmæssig ammeteknik eller andre forhold, der ikke er af lægefaglig karakter.

Den praktiserende læge skal endvidere være særligt opmærksom på kvinder/ familier, som har været indplaceret på niveau 3 eller 4 i graviditeten.

Oversigt over tilbud i barselsperioden

	Dagen efter fødslen	2.-3. dagen	4.-5. dagen	12. dagen eller senere	5 uger efter fødslen	8 uger efter fødslen
Alle		Tilbud om biokemisk screening og hørescreening på obstetrisk afdeling		Hjemmebesøg af sundhedsplejerske senest 7 dage efter barselsbesøg eller udskrivelse	Almen praksis, undersøgelse af barnet	Almen praksis, undersøgelse af mor
Hjemmefødsler	Besøg af jordemoder	Samtale med jordemoder på fødeafd. eller i hjemmet afhængig af regionens tilbud	Hjemmebesøg af sundhedsplejerske			
Udskrevet før end 72 timer		Samtale med jordemoder på fødeafd. eller i hjemmet afhængig af regionens tilbud Vurdering af barnets tilstand (vandladning, afføringer, evt. gulsot)	Hjemmebesøg af sundhedsplejerske			
Udskrevet efter 72 timer		Samtale og screening på fødeafd.		Hjemmebesøg af sundhedsplejerske senest 7 dage efter udskrivelse		

Referencer til kapitel 13

Bartholomew LK et al (2011). Planning health promotion programs. An intervention mapping approach. 3.ed. Jossey-Bass, San Francisco, USA.

Busck-Rasmussen M et al (2014). Breastfeeding practices in relation to country of origins among women living in Denmark: a population-based study. *Matern Child Health J* 18: 2479-2488.

de Jager E et al (2014). The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. *Midwifery* 30(6): 657-66.

Gamble J et al. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth* 32(1): 11-9.

Johansen A et al (2016). Amning: Temarapport og årsrapport – Børn født i 2014. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Tilgængelig på: <https://www.sdu.dk/da/sif>

Kronborg H & Vaeth M (2004). The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health* 32(3): 210-6.

LUP Fødende (2012). Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende 2012. Tilgængelig på <https://patientoplevelser.dk/lup/lup-foedende>

Nilsson I et al. (2017). Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study. *Maternal and Child Nutrition* · February 2017 DOI: 10.1111/mcn.12432

Nilsson I et al. (2019). National klinisk retningslinje om etablering af amning efter fødsel. Komiteen for Sundhedsoplysning og Århus Universitet. Tilgængelig på: <http://www.kompetencecenterforamning.dk/> og <https://www.sst.dk/>

Skouteris H et al (2017). Interventions Designed to Promote Exclusive Breastfeeding in High-Income Countries: A Systematic Review Update. *Breastfeed Med* 12(10): 604-614.

Sundhedsstyrelsen (2011). Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/>

Sundhedsstyrelsen (2015). Monitorering af vækst hos 0-5 årige børn – Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/>

Sundhedsstyrelsen (2018). Amning – en håndbog for sundhedspersonale. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/>

Wamvach K & Riordan J (2015). Breastfeeding and human lactation. 5th revised edition. Jones and Bartlett Publishers, Inc, Burlington, MA.

14. Psykologiske aspekter og psykiske lidelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel

14.1. Normal psykologisk udvikling

At få et barn er en af de mest omvæltende begivenheder, et menneske kommer ud for i livet – både psykologisk, fysiologisk og socialt. Parallelt med den fysiske graviditet og fødsel og spædbarnets første tid foregår der en psykologisk proces med forældredannelse og udvikling af tilknytning mellem barn og forældre. Forløbet giver muligheder for personlig udvikling og gør forældrene følelsesmæssigt parate til at modtage og knytte sig til det nyfødte barn. Processen er i høj grad bestemt af, hvilke forudsætninger de kommende forældre bringer med sig, parforholdets karakter, de socioøkonomiske forhold samt den støtte og hjælp, der ydes i graviditeten og barselsperioden.

14.1.1. Graviditet og prænatal tilknytning

Gennem de seneste årtier har der været stigende interesse for såvel klinisk som forskningsmæssigt at undersøge og forstå kompleksiteten af den emotionelle relation, der udvikler sig mellem forældrene og det ufødte barn. Dette skyldes, at større grad af prænatal tilknytning er forbundet med bedre udvikling hos barnet (Alhusen 2013).

Udviklingen af den prænatale tilknytning indebærer såvel kognitive, emotionelle som adfærdsmæssige faktorer, hvor især empati og evnen til at kunne forestille sig det ufødte barn, synes at have væsentlig betydning, men er blot nogle af de psykologiske udviklingsopgaver, der foregår prænatalt (Stern 2007, Broden 2007). Derudover er det vist, at kvindens mentale sundhed både før og efter fødsel kan have langtidseffekter på barnets udvikling (Glover 2014).

14.1.2. Fødsel og barselsperiode

En god fødselsoplevelse kan styrke kvindens mentale sundhed ved at have klaret en krævende og afgørende præstation. Dette har ligeledes en positiv indflydelse på det tidlige forældreskab og tilknytningen.

Efter fødslen vil barnet naturligt knytte sig følelsesmæssigt til forældrene eller den/de personer, der yder det omsorg. Kvaliteten af tilknytningen er dog afhængig af den omsorg, det nærvær og den respons, som det erfarer at modtage i situationer, hvor det har brug for nærvær og omsorg. Forældrenes parathed og evne til at være følelsesmæssigt tilgængelige over tid og i forskellige situationer er afgørende.

Oftest sker tilknytningen af sig selv, men nogle bør støttes den første tid efter fødslen. Glæde, åbenhed og forventning – men også usikkerhed og følelsesmæssig sårbarhed – præger forældre i barselsperioden. Rutinerne på føde- og barselsafdelingen skal forsøge at understøtte tilknytningen mellem den nyfødte og forældrene, og forældre og barn skal i videst muligt omfang være sammen i den første tid efter fødslen. Personalet skal opfordre til hud-mod-hud kontakt og barnet skal lægges til brystet inden for den første time efter fødslen, hvilket også er med til at understøtte tilknytningen. Begge forældre kan have brug for at tale om fødselsforløbet, om barnet og kontakten med det, om at kunne trøste og om forestillinger og forventninger til fx amning og til at komme hjem.

14.1.3. Netværkets betydning

Mange beslutninger om sundhed og sygdom bliver truffet i tæt dialog med familiens netværk. En vigtig opgave er derfor at undersøge, om forældrene ved, hvordan de kan bruge deres netværk, så de får den støtte, de behøver. Samtidig hermed er det også vigtigt at støtte forældrene i, at de har den bedste fornemmelse for deres eget barn, og at alle børn er forskellige set i forhold til andres erfaringer og gode råd. Desuden er mange forældre aktive i sociale netværk på internettet, hvilket formentlig både har en støttende effekt, men også kan betyde forvirring og yderligere ophobning af råd, som det kan være vanskeligt at sortere i.

14.1.4. De sundhedsprofessionelles støtte

Det er væsentligt, at den sundhedsprofessionelle indsats gennem perinatalperioden støtter de kommende forældre i at tilpasse sig den nye livssituation og i at møde de psykologiske udviklingsopgaver og udfordringer, der er forbundet hermed.

Herunder er det vigtigt at fremhæve, at de mangeartede psykologiske processer under graviditeten og i forbindelse med fødsel og barsel er en normal udvikling ved at blive forældre. Det er også vigtigt at påminde kommende forældre om, at det oftest tager et par måneder at tilpasse sig den nye situation som forældre, at etablere en amning og håndtere dette samt for kvinden at restituere fysisk og mentalt oven på graviditet og fødsel.

14.2. Psykologiske problemstillinger og belastningsreaktioner

Den krævende udviklingsproces med forandringer og personlig vækst, der følger med ved at få et barn, medfører også belastning og kan for nogle betyde, at normale psykologiske reaktioner udvikler sig til psykologiske problemstillinger.

14.2.1. Graviditet og fødsel

Graviditet i sig selv medfører ofte bekymringer, som hos nogle kan udvikle sig til egentlig angst. I graviditeten kan bekymringer skyldes fx mistanke om unormale forhold, gener, et kompliceret forløb, parforholdet, boligforhold, økonomi eller familieforhold. Også de nye ukendte kropslige signaler eller symptomer kan give bekymring for, om graviditeten forløber normalt og om fostret har det godt.

Hos nogle kvinder ses angst for fødslen og i en grad, der påvirker dem i hverdagen. De fleste tilfælde af fødselsangst forekommer hos førstegangsfødende, men der ses også svære tilfælde hos flergangsfødende, hvor der oftest er sammenhæng med en tidligere traumatisk fødselsoplevelse.

Forældre med negative forventninger til fødslen bør tilbydes særlig støtte, fx ved konsultation hos en jordemoder, obstetriker eller et team med særlig fokus herpå. Forebyggende er det hensigtsmæssigt at indgå klare aftaler omkring fødselsforløbet. Jordemoderens tilstedeværelse under hele den aktive del af fødslen er særlig vigtigt her, og det er hensigtsmæssigt, at hun er kendt på forhånd af den gravide.

14.2.2. Barselsperiode

Psykologiske problemstillinger efter fødslen kan skyldes fysiske gener, træthed, amningsproblemer, et kompliceret efterfødselsforløb, praktiske udfordringer og andre livsforhold. Der kan være bekymrende tanker om, hvorvidt man kan leve op til rollen som forældre, om man er god forældre sammenlignet med andre, om amningen og om parforholdet. Oveni dette kan følge følelser af manglende kontrol over den nye livssituation.

Eventuelt kan der være brug for en udvidet eller ekstra efterfødselssamtale med fødselsjordemoderen med vurdering af familiens eventuelle behov for ekstra indsats. Sundhedsplejerske og praktiserende læge kan involveres ved problemstillinger, der kræver dette, og familien informeres om, hvor der kan søges hjælp.

Belastningsreaktioner

Belastningsreaktioner spænder meget bredt, fra helt almindelige psykologiske reaktioner på den omvæltning det er at få et barn til egentlig psykisk lidelse i form af især angst og depression med behov for særlig opmærksomhed og en specifik behandlingsindsats.

Akut belastningsreaktion

Den akutte belastningsreaktion er en forbigående tilstand, som udvikler sig som reaktion på en særlig fysisk eller psykisk belastning. Der kan ses symptomer i form af angst, tilbagetrukkethed, bevidsthedsindsnævring, desorientering, irritabilitet og vrede, fortvivelse eller håbløshed, overdreven eller formålsløs hyperaktivitet samt ubehersket eller overdreven sorgreaktion. Det sidste skal vurderes i forhold til den kulturelle baggrund.

Eksempler på belastninger er nævnt ovenfor som problemstillinger i relation til graviditet og fødsel, og tilstanden fortager sig i løbet af timer eller få dage.

Tilpasningsreaktion

Tilpasningsreaktionen er en tilstand med subjektivt ubehag og emotionel forstyrrelse, som fører til nedsat social funktionsevne. Der ses symptomer i form af nedtrykthed, angst, bekymring – og en blanding af disse – samt følelser af magtesløshed, uoverskuelighed mm.

Reaktionen opstår i en tilpasningsperiode efter en betydende ændring i tilværelsen eller en belastende begivenhed, som kan have betydet en større udviklingsmæssig overgang eller krise, herunder f.eks. at få et barn/blive forælder.

Tilstanden fortager sig men kan være langvarig og skal skelnes fra andre psykiske lidelser, især depression.

Ved psykologiske problemstillinger og herunder belastningsreaktioner er det vigtigt at opspore tegn på en evt. patologisk og behandlingskrævende tilstand. Tegn på dette kan være længerevarende symptomer uden bedring, nedsat funktionsevne i en grad, der påvirker den daglige livsførelse og pasningen af barnet samt forringet livskvalitet. Praktiserende læge og sundhedsplejerske bør især være opmærksomme på dette i den første del af barselsperioden.

14.3. Psykiske lidelser

Andelen af gravide med psykiske lidelser er stigende, jf. kapitel 1, og dette skyldes flere forhold. Vores viden om muligheder for at gennemføre graviditet, mens man er i medicinsk behandling for psykisk lidelse, er stigende, og bivirkninger ved nyere antipsykotika påvirker ikke fertiliteten i samme negative grad som tidligere.

Tilbud til gravide med psykisk lidelse er i Danmark meget forskelligt sammensat, betegnet og organiseret. Ofte er der på den obstetriske afdeling etableret et team bestående af obstetrikere og jordemødre med specielle interesser og kompetencer inden for dette område. Derudover kan være tilknyttet andre faggrupper som socialrådgivere, sygeplejersker, psykologer og psykiatere. På flere obstetriske afdelinger har man etableret et tæt samarbejde med lokale psykiatriske afdelinger. Gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og andre rusmidler kan henvises til det regionale Familieambulatorium, idet et sådan forbrug udgør en risiko for såvel den gravide som for fosteret.

Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er helt essentielt for gravide med psykisk lidelse, da problemstillingerne er multifacetterede.

Vedr. behandling af gravide og ammende med psykofarmaka henvises til kapitel 5.

14.3.1. Fødselsdepression

Begrebsafklaring

Depression dækker over et kontinuum fra let tristhed til en svær livstruende psykisk lidelse. Mange af de tanker, følelser, reaktioner og symptomer, som optræder ved almindelige depressioner, kendetegner også fødselsdepressionen. Denne type depression rammer imidlertid på et af de mest sårbare tidspunkter i familiens liv og kan påvirke parforholdet samt barnets emotionelle og kognitive udvikling, hvorfor tilstanden er vigtig at opspore. Desuden skal nævnes at mellem 1/3 til 1/2 af alle postpartum depressioner debuterer allerede under graviditeten (Burt 2009).

Forekomst

Det anslås, at omkring 6-10 % af danske mødre og halvt så mange danske fædre årligt får en fødselsdepression (Nielsen 2000, Munk-Olsen 2006).

Hos ca. en promille udløser graviditet og fødsel en fødselspsykose, der ligesom andre psykoser kræver akut intervention og indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

Symptomer

Symptomer på en fødselsdepression kan observeres og erkendes både hos den enkelte og i samspillet mellem barn og forældre. Hos den enkelte er symptomerne som ved almindelig depression nedsat stemningsleje, manglende evne til at føle glæde og interesse, følelse af at hverdagen er uoverkommelig, søvnbesvær og svær træthed, manglende koncentrationsevne, rådvildhed og uro, nedsat selvværd, følelse af skyld og hos nogle selvmordstanker.

I samspillet mellem forældre og barn kan optræde angst for barnets reaktioner og for ikke at kunne opfylde dets behov. Herunder overdrevne forestillinger om at barnet græder mere end normalt, svær bekymring for om barnet er sygt, angst for at gøre barnet skade og angst for at miste kontrol. Nogle mødre og fædre vil have svært ved at mobilisere forældrefølelse for barnet eller svært ved at holde af det, mens depressionen står på.

Fædre og fødselsdepression

Der er øget risiko for fødselsdepression hos faderen, hvis moderen har en depression. Også for faderen er graviditeten, mødet med barnet og det at blive far en omvæltning. En far, der får en fødselsdepression, kan ligesom moderen få tanker, der knytter sig direkte til forholdet til barnet, som ovenfor nævnt. Det er omdiskuteret i den videnskabelige litteratur, om der ved depressioner hos mænd ses andre reaktionsmønstre, som fx udadreagerende adfærd i form af vrede og aggression, og tilbagetrækning fra hjemmet i form af mere arbejde end vanligt. Det sidste vil i så fald være gældende for lettere depressioner, idet man typisk ikke vil kunne arbejde ved moderat til svær depression. Fødselsdepression hos faderen har som for moderen betydning for både relationen mellem forældrene og relationen til barnet.

Selvmordsrisiko og risiko for barnedrab

Det er meget sjældent, at den gravide eller nybagte mor begår selvmord pga. en depression. Hensynet til barnet vil oftest holde moderen tilbage, men alligevel er psykisk lidelse og herunder depression en af de hyppigste årsager til at mødre dør under graviditeten eller i det første år efter fødslen (Austin 2007).

Opsporing

Symptomer på en fødselsdepression bør opspores tidligt både hos mor og far, idet parforholdet og barnet kan blive påvirket af en svær depression hos den primære omsorgsperson. For at sikre tidlig opsporing hos både mor og far, opfordres der til at begge forældre deltager i graviditetsbesøg og -undersøgelser. Forældre-spædbarnsinteraktionen kan blive forringet (Murray 2010), hvilket kan svække barnets langsigtede følelsesmæssige, kognitive, adfærdsmæssige, sociale og psykomotoriske udvikling og forkorte ammeperioden (Murray 2011, Brand 2009, Cornish 2005). Det kan på kort sigt vise sig ved problemer i forhold til barnets spise- og sovemønstre og på længere sigt ved, at barnet resignerer og bliver et "nemt" og stille barn.

Dansk forskning viser, at selv personer med svære fødselsdepressioner ikke nødvendigvis modtager behandling (Ellervik 2014) og tilsvarende peger en svensk undersøgelse på, at med mindre man systematisk og rutinemæssigt spørger ind til fødselsdepression vil meget få tilfælde opspores og dermed få tilbudt hjælp (Bågedahl-Strindlund 1998).

Sundhedspersonalet bør derfor være særligt opmærksomme på fødselsdepressioner hos både kommende og nybagte forældre. Personalet bør være særligt opmærksom på personer med tidligere depressioner og andre psykiske lidelser, da disse har en markant øget risiko for at udvikle depression i forbindelse med graviditet og fødsel. Ligeledes skal man være opmærksom på kvinder med sociale problemer og kvinder, som lever isoleret, idet sådanne forhold vil øge risikoen for fødselsdepression (Nielsen 2000).

Tidlig opsporing af fødselsdepression hos læge, jordemoder eller sundhedsplejerske kan systematiseres ved brug af Edinburgh-skalaen EPDS, som er et valideret og selvadministreret spørgeskema. Det er vigtigt at understrege, at testen ikke er diagnostisk, men er et redskab, som kan identificere kvinder og mænd, som har brug for yderligere udredning og eventuelt behandlingstilbud. EPDS kan således ikke stå alene, idet en norsk undersøgelse viser, at der er mange falsk positive tilfælde ved brug af denne skala (Eberhardt-Gran 2014). Dette skyldes bl.a., at belastningsreaktioner med korterevarende depressive reaktioner og angstlidelser fejlagtigt kategoriseres som en fødselsdepression.

Behandling

Hvis jordemoderen eller sundhedsplejersken har mistanke om en depression opstået under graviditeten eller efter fødslen, henvises primært til egen læge, der foretager den videre vurdering, behandling og evt. henvisning. Såfremt der er mistanke om moderat til svær depression eller et kompliceret forløb, der kræver psykiatrisk vurdering og behandling henvises hertil.

Den praktiserende læge eller psykiater vurderer, hvilke behandlingsmuligheder, der er relevante for den enkelte. Konkret information om graviditets- og fødselsdepression er hos både kvinder og mænd af stor betydning og kan bidrage til at bryde den isolation og angst, de måtte føle. Hvis der ikke er udsigt til bedring med samtalebehandling alene eller depressionen er moderat til svær, kommer medicinsk behandling ind i billedet sammen med støttende samtaler og psykoedukation, som vigtige dele af den samlede behandling.

Der vil være en ret høj andel af patienter med graviditets- og fødselsdepression, som senere vil vise sig at have en bipolar, affektiv sindslidelse.

Obstetriske komplikationer

Kvinder med depression er dårligere til at udnytte svangreomsorgens tilbud. Der er øget forekomst af en række obstetriske komplikationer ved ubehandlet depression i graviditeten. Således ses overrepræsentation af for tidlig fødsel, reduceret fødselsvægt og medfødte misdannelser (Szegda 2014, Grote 2010, Larsen 2015).

14.3.2. Bipolar, affektiv sindslidelse

Forekomst

Forekomsten af bipolar, affektiv sindslidelse er 1-2 % fordelt ligeligt på mænd og kvinder. Sygdommen debuterer typisk i 20-års alderen, og for ca. 85 % af patienterne med depression. For kvinders vedkommende ofte i form af en fødselsdepression og/eller -psykose.

Symptomer

Ved bipolar affektiv sindslidelse ses ændringer i stemningslejet ud over det normale. I perioder vil stemningslejet være forsænket (depression), hvilket er langt det hyppigste, eller eleveret (hypomani eller mani). Under disse sygdomsperioder kan der udvikles psykoser. Der er tale om en tilbagevendende tilstand, men med stor variation i sygdomsforløbet. Nogle har kun en enkelt episode, men de fleste har mange. Omtrent halvdelen af patienterne har komorbiditet, oftest i form af misbrug eller angstlidelser.

Opsporing

De bipolare førstegangsdepressioner kan ikke umiddelbart skelnes fra unipolare depressioner, idet kun forløbet (dvs. forekomst af mani eller hypomani) kan vise, hvad det drejer sig om. Tidligere blev graviditet frarådet ved kendt bipolar, affektiv lidelse pga. den medicinske behandling (typisk litiumbehandling), men med nuværende viden om medicinbivirkninger er risikoen for komplikationer meget lille. Dog kræver en kendt bipolar, affektiv lidelse et tæt samarbejde mellem psykiater og obstetriker, og hyppig opfølgning hos læge og jordemoder. Ofte følges sådanne kvinder i særlige teams.

Behandling

Behandling af lidelsen er ofte livslang. Der anvendes stemningsstabiliserende medicin i den forebyggende behandling (hyppigst lithium, antiepileptika eller nyere antipsykotika). I den akutte fase med depression anvendes typisk behandling med antidepressiva.

I den akutte fase af mani eller hypomani anvendes behandling med lithium, antiepileptika eller nyere antipsykotika. I særligt alvorlige tilfælde kan Elektro Konvulsiv Terapi (ECT) anvendes under graviditet.

Hvis kvinden er i forebyggende stemningsstabiliserende behandling inden eller under graviditeten, er det oftest vigtigt, at denne fortsættes. Der er dog ikke enighed i litteraturen om, hvor stor risikoen for reaktivering pga. graviditet er, men for nogle kvinder forværres sygdommen, hvilket kan resultere i psykotiske depressioner eller manier, der kan bringe moderens og barnets liv i fare (Larsen 2016). Vurdering af behov for behandlingen bør ske i samarbejde med psykiater.

Obstetriske komplikationer

Det er vigtigt med nøje obstetrisk kontrol, da komplikationer som abort, præterm fødsel og vækstretardering ses hyppigere hos gravide med bipolar lidelse jf. ovenævnte.

14.3.3. Angst

Forekomst

Forekomsten af angst i befolkningen er op til 30 %, dobbelt så hyppigt hos kvinder og debuterer ofte i barndom eller ungdom. Forløbet af angstlidelser er varierende fra person til person og for den enkelte i intensitet gennem livet. Hos en del personer bliver forløbet kronisk og invaliderende.

Angst er en fællesbetegnelse for flere forskellige tilstande, herunder socialangst, generaliseret angst, panikangst, obsessiv kompulsiv sygdom (OCD) og posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD). OCD forekommer med en hyppighed på omkring 1% under graviditeten og op til fire gange så hyppigt i efterfødselsperioden. Panikangst forekommer hos omkring 1-2 % af gravide (Ross 2006), og PTSD forekommer med en hyppighed på 1-2 % efter fødsler (Andersen 2012).

Symptomer

Der optræder hyppigt angstanfald ved disse tilstande. Sådanne anfald er ud over følelsen af rædsel ledsaget af en række skræmmende fysiske symptomer som hjertebanken, kvælningss fornemmelse osv.

Ved OCD vil kvinden ofte være sygeligt optaget af, om tilfældige og objektivi set harmløse hændelser kan have skadet hendes foster.

PTSD er en angsttilstand, der opstår som følge af en traumatisk begivenhed eller situation af stærkt truende eller katastrofeagtig karakter, f.eks. akut kejsersnit med svært påvirket barn eller mor. Tilstanden følger efter traumat typisk forsinket fra få uger til nogle måneder. Der ses symptomer i form af tilbagevendende genoplevelser af traumat som flashbacks, påtrængende erindringer eller mareridt, stærkt ubehag ved alt der minder om traumat, undgåelsesadfærd, hukommelsessvigt om traumat, søvnproblemer, irritabilitet/vredesudbrud, koncentrationsbesvær mm.

Opsporing

OCD er overrepræsenteret efter fødslen. De almindeligt forekommende (og normale) tanker og forestillinger om at komme til at skade ens barn vil tage overhånd og påvirke patientens livskvalitet dybt. Der kan opstå tvangstanker, i værste tilfælde om at kunne komme til at slå barnet ihjel. Sådanne tvangstanker vil medføre svær forpinthed og altid kræve henvisning til læge. Det er vigtigt at differentiere i forhold til en reel psykose, hvor der rent faktisk kan være fare for barnets liv.

PTSD er vigtigt at opspore og behandle, fordi det ellers kan betyde, at kvinden beslutter sig for ikke at få flere børn pga. den dermed forbundne angst. Forebyggende samtaler med en jordemoder efter en fødsel, der har virket traumatisk, kan muligvis forebygge udvikling af PTSD.

Behandling

Behandling udgøres grundlæggende af psykoterapi. Det kan være nødvendigt at supplere med antidepressiva (SSRI), som også har en dokumenteret effekt på angsttilstande. Klassiske angstdæmpende lægemidler som benzodiazepiner har været anvendt i mange år, men skal pga. den afhængighedsskabende egenskab helst undgås. Planlægning af en tidlig indsats er vigtig, da angst er en betydelig risikofaktor for senere fødselsdepression.

Obstetriske komplikationer

Ubehandlet svær angst kan umuliggøre samarbejdet ved fødslen og medføre, at sectio bliver nødvendigt.

14.3.4. Skizofreni**Forekomst**

Forekomsten af skizofreni er ca. 1 % fordelt ligeligt på kvinder og mænd, og sygdomsdebut er oftest mellem 18-30 år.

Symptomer

Skizofreni er en sygdom, hvor tænkning, følelser og adfærd er påvirket. Symptomerne kan være meget forskellige, herunder ses vrangforestillinger og hallucinationer, tilbagetrukkethed og apati, kognitive forstyrrelser (fx læderet opmærksomhedsfunktion og planlægningsevne) og affektive symptomer (fx depressive symptomer og selvmordstanker). Sygdomsforløbet er ligesom symptombilledet meget forskelligt. Nogle kommer sig helt, mange vil opleve at symptomerne varierer, og mange har brug for livslang antipsykotisk medicinsk behandling.

Opsporing

De fleste gravide med skizofreni vil være kendt i forvejen i psykiatrien, og graviditeten bør være forudgået af prækonceptionel rådgivning i forhold til medicinering og andre forhold. Imidlertid debuterer nogle kvinder med skizofreni under graviditeten eller lige efter fødslen, og det er vigtigt at være opmærksomme på sådanne tilfælde. Omkring 1/3 af alle tilfælde af fødselspsykoser viser sig at være udløst af en tilgrundliggende skizofreni.

Behandling

Ved kendt skizofreni og igangværende antipsykotisk behandling anbefales det at fortsætte denne behandling, da risiko for tilbagefald er høj ved ophør med antipsykotisk behandling og kan påvirke både mor, foster og senere omsorgsevnen for barnet.

Samarbejde med et specialiseret team vedr. disse kvinder er meget vigtigt, da kvinderne ofte pga. deres psykiske lidelse vil have svært ved at udnytte svangreomsorgens normale tilbud.

Obstetriske komplikationer

Det er vigtigt med hyppig obstetrisk kontrol, da komplikationer i form af abort, præterm fødsel, vækstretardering og fødselskomplikationer hyppigere ses hos gravide med skizofreni (Simoila 2018, Männistö 2016).

14.3.5. Spiseforstyrrelser

Forekomst

De tre hyppigst forekommende spiseforstyrrelser er anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) og tvangs-overspisning, også kaldet Binge Eating Disorder (BED).

AN forekommer hos ca. 1 % af voksne kvinder, mens BN ses hos ca. 4 % og BED hos 3 %. Forekomsten af spiseforstyrrelser hos gravide kvinder i Danmark er ukendt. Udenlandske studier finder en forekomst hos gravide kvinder på 4 % (Micali 2009).

Symptomer

AN er karakteriseret ved en opretholdelse af lav vægt, en angst eller blokering over for vægtøgning og oftest et forstyrret kropsbillede. Spisningen er ritualiseret med regler og rammer, og ofte er oplevelsen af krop og spisning relateret til bestemte følelser.

BN kendetegnes ved en vekselvirkning mellem overspisning med kontroltab og derefter kompenserende adfærd med både faste (som ved AN), provokerede opkastninger og misbrug af afføringsmidler for at modvirke madens effekt på vægten.

BED er karakteriseret af episoder med overspisninger uden tilstedeværelse af kompensatorisk adfærd for at undgå vægtøgning.

Fælles karakteristika for de forskellige typer af spiseforstyrrelser er, at de alle er alvorlige lidelser med langvarige forløb med både fysiske, mentale og sociale konsekvenser.

Opsporing

Den gravide kvinde kan have vanskeligt ved at acceptere den vægtøgning og de fysiologiske forandringer, som graviditeten indebærer. Kvinder med spiseforstyrrelser har tendens til at skjule deres lidelse overfor sundhedsprofessionelle, formentlig grundet frygten for stigmatisering, samt ambivalens over for behandling. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på tegn på en spiseforstyrrelse.

Efter fødslen er kvinder med en spiseforstyrrelse i øget risiko for at udvikle fødselsdepression, og der er risiko for forstyrrelser i mor-barn-relationen (Watson 2014). Der kan desuden være særlige problemer med moderens såvel som barnets ernæring. Nogle kvinder med en spiseforstyrrelse ønsker ikke at amme, og det bør respekteres. Da kvinden ikke har et naturligt forhold til mad, kan hun dog have vanskeligt ved at vurdere, om barnet får tilstrækkelig næring, hvorfor sundhedspersonalet bør være særlig opmærksom på barnets trivsel. Desuden er nogle kvinder med spiseforstyrrelser tilbøjelige til at tabe sig markant efter fødslen og der kan være behov for ekstra fokus på moderens helbredstilstand og evt. hjælp til at stoppe amningen.

Børn af mødre med spiseforstyrrelser er i markant øget risiko for udvikling af problemer med fysisk trivsel og psykiske forstyrrelser, herunder spiseforstyrrelser i barndommen (DSOG 2014).

Behandling

Behandling af en kendt spiseforstyrrelse og forebyggelse af reaktivering af lidelsen under graviditeten er vigtigt og en specialistopgave. Der bør henvises til specialafsnit for kvinder med en spiseforstyrrelse og evt. til spædbørnspsykiatrisk afdeling. I graviditeten anbefales en tidlig og vedvarende støtte og behandling af kvinden, der bør følges af den samme jordemoder gennem graviditeten.

Obstetriske komplikationer

Der er øget risiko for obstetriske komplikationer herunder påvirkning af graviditetens forløb og barnets vækst. Kvinder med AN og BN har øget risiko for spontan abort og præterm fødsel og for at føde børn med lavere fødselsvægt i forhold til gestationsalderen. Ligeledes er anæmi, intrauterin væksthæmning og perinatal død hyppigere hos kvinder med AN. Kvinder med BED har øget risiko for at føde børn med høj fødselsvægt i forhold til gestationsalderen samt øget risiko for forløsning ved sectio (Kimmel 2016, Linna 2014, Mitchell-Gielegghem 2002).

14.3.6. ADHD

Forekomst

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) er en arvelig udviklingsforstyrrelse, der er til stede fra barndommen, men som ofte først diagnosticeres senere i livet. Hyppigheden er meget vekslende i forskellige kulturer og selv inden for samme kultur.

Symptomer

Ved ADHD ses problemer med fokuseret opmærksomhed, impulsivitet og hyperaktivitet. Desuden foreligger ofte en emotionel ustabilitet som kan forveksles med depression, og tilstanden kompliceres ofte af komorbid depression og angst i perioder.

Opsporing

Denne patientgruppe har hyppigt udviklet et symptomatisk misbrug. Der findes derfor en overvægt af patienter med misbrugsproblematik og dårlig social funktion, der kræver særlig opmærksomhed fra svangreomsorgen. Da der som nævnt er øget risiko for depression og angst ved ADHD, skal sundhedspersonalet være opmærksom på udvikling af symptomer på dette i løbet af og efter graviditeten.

Behandling

Kvinder med ADHD har ofte forværring af symptomerne præmenstruelt. Til gengæld dæmpes symptomerne oftest under graviditet, hvilket har den fordel, at man vil kunne pausere med evt. fast centralstimulerende medicin, hvorved uhensigtsmæssig påvirkning af fostret undgås.

Obstetriske komplikationer

Der er meget sparsom viden om obstetriske komplikationer hos kvinder med ADHD.

14.3.7. Personlighedsforstyrrelser

Forekomst

Den samlede forekomst af personlighedsforstyrrelser er 10-15 %, mens forekomsten for de enkelte specifikke personlighedsforstyrrelser er 0,5-3 %. Hos kvinder drejer det sig typisk om emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (tidligere kaldet borderline) samt histrionisk, ængstelig og dependent personlighedsforstyrrelse. Der er en betydelig komorbiditet mellem de forskellige personlighedsforstyrrelser, og mellem personlighedsforstyrrelse og lidelser som f.eks. depression og angst. Således har patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse hyppigt andre personlighedsforstyrrelser som dependent eller histrionisk personlighedsforstyrrelse eller depression (70 %), spiseforstyrrelser (30 %) og misbrug (30 %) (Videbech 2018, Rosenberg 2018).

Symptomer

Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse omfatter to typer: 1) den emotionelt ustabile, impulsive type og 2) den emotionelt ustabile, borderline type. Den førstnævnte er som navnet siger præget af impulsivitet og personen vil under stress ofte reagere aggressivt. Tilstanden er ofte præget af et generelt ustabil humør med svingninger fra eksaltation til desperation på få minutter samt mange eksplosive udbrud. Adfærden kan desuden ofte være risikobetonet, fx ubeskyttet sex med mange partnere eller indtagelse af for personen nye og ukendte misbrugsstoffer. Borderline typen er præget af tydelig usikker og skiftende identitetsfølelse, der fører til manglende indre psykisk stabilitet og ustabile relationer til andre. Det kan være selvskade fx ved at skære sig selv i håndledet eller brænde sig selv med cigaretter. Denne adfærd kan medføre stærke følelser og afstandstagen hos nogle sundhedsfaglige personer, hvilket kan forhindre en professionel behandling.

Opsporing

Ustabilitet, tegn på selvskade, misbrug eller anden risikobetonet adfærd kan være advarselstegn. Hos nogle patienter ses ganske kortvarige psykotiske episoder ("mikropsykoser").

Behandling

Hvis tilstanden medfører indskrænket funktionsevne, livskvalitet og evne til omsorg for sig selv, graviditeten eller barnet, bør der henvises til regionalt behandlingstilbud i psykiatrien.

Obstetriske komplikationer

De obstetriske komplikationer er nævnt ovenfor, idet disse hovedsageligt afhænger af, om personlighedsforstyrrelsen medfører depression, spiseforstyrrelse eller misbrug.

14.4. Forældre, der mister et barn under graviditet, fødsel eller barsel

Når et par mister et barn under graviditet, fødsel eller barsel, har de brug for omsorg, der rækker ud over den almindelige svangreomsorg. Uanset om tabet sker ved samrådsabort, ved intrauterin fosterdød, under fødslen eller i barselsperioden, vil det for de fleste forældre være en skelsættende hændelse. Forældrene har behov for særlig støtte både under fødslen og i tiden efter. Kendetegnende for situationen er, at parret ofte er helt uforberedt og uden erfaring med tab, og derfor får personalets tilgang og holdning stor indflydelse på forløbet og forældrenes oplevelse (Krosch 2017, Stroebe 2007, Kingdon 2015, Gold 2007).

Ved en samrådsabort vælger parret et barn fra, som i udgangspunktet var et ønskebarn. Et valg mange forældre beskriver som vanskeligt og smertefuldt. Skyld og tvivl kan komme til at fylde meget, både under beslutningsprocessen og efter fødslen. Når forældrene skal træffe et valg om at fortsætte eller afbryde graviditeten, er det derfor væsentligt, at der er god tid, og at alle muligheder bliver fremlagt på et neutralt grundlag, så forældrenes egne værdier danner grundlag for beslutningen (Korenromp 2007, Maguire 2015).

Det tager tid for forældrene at forstå og erkende, hvad der er sket, og de kan have behov for gentagelse af informationer. Hvordan forældrene reagerer på beskeden om, at deres ufødte barn er sygt eller dødt, afhænger af den enkeltes personlighed og spænder bredt. En helt individuel tilgang og omsorg er derfor nødvendig. Det gælder generelt, at det er helende at blive set og rummet, og det er derfor en væsentlig opgave for personalet at kunne være forstående og nærværende sammen med forældrene i deres sorg (Gold 2007, Cacciatore 2013, Bowlby 1997, Wijngaards-de Meij 2007, Bakhbakhi 2017, Ellis 2016, Guldin 2014).

Ved fødsel af et sygt eller dødt barn bør omsorgen varetages af personale, der har erfaring med par i krise og sorg, og indlæggelsen bør så vidt muligt foregå, så parret ikke konfronteres med andre gravide, fødende eller spædbørn (Gold 2007, Bakhbakhi 2017, Ellis 2016).

De fleste forældre vil automatisk pendulere imellem sorgens to spor, dvs. skiftevis være optaget af følelserne i tabet og af mere hverdagsagtige og konkrete gøremål. At tage pauser fra det smertelige skaber følelsesregulering og er nødvendigt for at samle kræfter til at rumme følelserne, når de vender tilbage. Muligheder for lejlighedsvis afledning under et langvarigt forløb bør derfor være tilstede, f.eks. i form af gåture, besøg, tv, film eller lignende (Guldin 2014, Stroebe 1999).

Behovet for at se og holde sit døde barn er individuelt, fra slet ikke at se barnet til at have det hos sig frem til begravelsen (Kingdon 2015). Gestationsalder, kultur, traditioner og forestillinger om hvad eller hvor det mistede barn er, kan influere på parrets behov og valg (Jørgensen 2015). Forældrene kan have brug for støtte og tid til at finde deres egen måde at forholde sig på. Mange par fortæller efterfølgende, at samværet med og omsorgen for det døde barn blev en meget meningsgivende og central del (Kingdon 2015). Konkrete minder om tiden med barnet har også vist sig gavnlige for mange forældre. Personalet kan hjælpe med at samle minder som fod- og håndaftryk, tage billeder, støtte forældrene i at være sammen med det døde barn, invitere familie og pårørende ind og se barnet, afholde velsignelse eller andre ritualer (Bakhbakhi 2017, Ellis 2016). Forældrene skal informeres om, at de kan tage barnet med hjem (Kingdon 2015). Personalet kan også understøtte, at der skabes et vedvarende bånd mellem barn og forældre, dvs. foreslå handlinger hvorved relationen kan bevares,

fx ved genstande der deles mellem barn og forældre (den ene del kommer med i kisten, den anden forbliver hos forældrene) (Stroebe 2005). Den individuelle tilgang er også her essentiel.

Inden forældrene forlader afdelingen, tilbydes de henvisning til Landsforeningen Spædbarnsdød, og der oplyses om muligheder for støtte i form af eksempelvis sorggrupper, 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 er en vigtig del af udskrivelsessamtalen (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. Parret støttes i at knytte kontakt til det ventede barn og forberede sig på den kommende fødsel (Bakbakhi 2017, Lundorff 2017, Blackmore 2011, DeBackere 2008, Mills 2014).

Referencer til kapitel 14

Alhusen JA (2008). A literature update on Maternal-Fetal Attachment. JOGNN 37: 315-328).

Andersen LB et al (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand 91(11): 1261-72.

Austin MP et al (2007). Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. Med J Aust 186(7): 364-7.

Bakbakhi D et al (2017). Care following stillbirth in high-resource settings: Latest evidence, guidelines, and best practice points. Semin Fetal Neonatal Med 22(3): 161-166.

Blackmore ER et al (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. Br J Psychiatry 198(5): 373-378.

Bowlby J (1997). Attachment (Attachment & Loss) - Volume One of the Attachment and Loss Trilogy (v.1: Attachment Attachment). Vintage; 1997.

Brand SR & Brennan PA (2009). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? Clin Obstet Gynecol 52(3): 441-455.

Broden M (2004). Graviditetens Muligheder. Hans Reitzels Forlag.

Bågedahl-Strindlund M, & Monsen Börjesson K (1998). Postnatal depression: a hidden illness. Acta Psychiatr Scand 98(4): 272-5.

Cacciatore J (2013). Psychological effects of stillbirth. Semin Fetal Neonatal Med 18(2): 76-82.

Cornish AM et al (2005). Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second post-natal year: the impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behav Dev* 28: 407–417.

DeBackere KJ et al (2008). The parental experience of pregnancy after perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 37(5): 525-537.

DSOG (2014). Sårbare gravide. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på: <https://www.dsog.dk/>

Eberhard-Gran M et al (2014). Screening for postnatal depression - a summary of current knowledge. *Tidsskr Nor Laegeforen* 134(3): 297-301.

Ellervik C et al (2014). Prevalence of depression, quality of life and antidepressant treatment in the Danish General Suburban Population Study. *Nord J Psychiatry* 68(7): 507-512.

Ellis A et al (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth* 16: 16.

Glover V (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 28(1): 25-35.

Gold KJ (2007). Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *J Perinatol* 27(4): 230-237.

Grote NK et al (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 67(10): 1012-24.

Guldin M (2014). Tab og Sorg - en grundbog for professionelle. Vol 1: Hans Reitzels Forlag.

Jørgensen ML (2015). "Det var jo ikke sådan jeg havde forestillet mig, at jeg skulle være sammen med dem. Som døde." En antropologisk undersøgelse af liminalitet og foster/spædbarn- status på Afsnit for perinatalt tab. [Master]: Institut for Kultur og Sundhed, Aarhus Universitet.

Kimmel MC et al (2016). Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord* 49(3): 260-75.

Kingdon C et al (2015 a). The Role of Healthcare Professionals in Encouraging Parents to See and Hold Their Stillborn Baby: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *PLoS One* 10(7): e0130059.

Kingdon C et al (2015 b). Seeing and holding baby: systematic review of clinical management and parental outcomes after stillbirth. *Birth* 42(3): 206-218.

Korenromp MJ et al (2007). A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenat Diagn* 27(8): 709-716.

Krosch DJ & Shakespeare-Finch J (2017). Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychol Trauma* 9(4):425-433.

Larsen ER et al (2015). *Danish Psychiatric Society; Danish Society of Obstetrics and Gynecology; Danish Paediatric Society; Danish Society of Clinical Pharmacology*. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2015;(445):1-28.

Larsen ER & Saric K (2017). Pregnancy and bipolar disorder: the risk of recurrence when discontinuing treatment with mood stabilisers: a systematic review. *Acta Neuropsychiatr* 29(5): 259-266.

Linna MS et al (2014). Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 211(4): 392.e1-8.

Lundorff M et al (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 212: 138-149.

Maguire M et al (2015). Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: a qualitative study. *Contraception* 91(3): 234-239.

Micali N et al (2009). Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr* 154(1): 55-60.

Mills TA et al (2014). Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG* 121(8): 943-950.

Mitchell-Gielegheem A et al (2002). Eating Disorders and Childbearing: Concealment and Consequences. *Birth* 29(3): 182-191.

Munk-Olsen T et al (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 296(21): 2582-9.

Murray L et al (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50(5): 460-470.

Nielsen Forman D et al (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG* 107(10): 1210-7.

Rosenberg og Videbech (2018). Neuropsykiatri – fra molekyle til sygdom. FADLs forlag.

Simoila L et al (2018). Obstetric and perinatal health outcomes related to schizophrenia: A national register-based follow-up study among Finnish women born between 1965 and 1980 and their offspring. *Eur Psychiatry* 52: 68-75.

Stern D (1997). Moderskabskonstellationen. Hans Reitzels Forlag

Stroebe M et al (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet* 370(9603):1960-73.

Stroebe M & Schut H (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud* 23(3): 197-224.

Stroebe W et al (2005). Grief work, disclosure and counseling: do they help the bereaved? *Clin Psychol Rev* 25(4): 395-414.

Szegda K et al (2014). Depression during pregnancy: a risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med* 27(9): 960-7.

Videbech et al (2018). Psykiatri – en lærebog om voksnes psykiske sygdomme. FADLs forlag.

Watson HJ et al (2014). Eating disorders, pregnancy, and the postpartum period: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Norsk Epidemiologi* 24(1).

Wijngaards-de Meij L et al (2007). Patterns of attachment and parents' adjustment to the death of their child. Pers Soc Psychol Bull 33(4): 537-548.

Bilag 1: Relevant lovgivning vedr. sårbare gravide/familier

Lovtekst er tilgængelig på <https://www.retsinformation.dk/>

Tværfaglig gruppe

Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab (sundhedsloven § 123).

Underretningspligt

Personer der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunalbestyrelsen (jf. serviceloven § 153), hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller grund til at antage,

1. At et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte.
2. At et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold,
3. At et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte på grund af barnets eller den unges ulovlige skolefravær eller undladelse af at opfylde undervisningspligten, eller
4. At et barn eller en ung under 18 år har været udsat for overgreb.

Underretningspligten er ikke betinget af, at der er tale om omsorgsvigt, fysisk eller psykisk overgreb eller lignende situationer. Det er tilstrækkeligt, at barnet eller de vordende forældre har vanskeligheder, som den pågældende fagperson ikke selv kan gøre noget ved. I disse tilfælde skal de sociale myndigheder inddrages med det samme.

Den, der underretter, skal ikke foretage en vurdering af, om barnet eller den unge vil kunne opnå særlig støtte efter servicelovens regler. Denne vurdering foretages af kommunens socialforvaltning.

Gratis, familieorienteret rådgivning

Som led i det tidlige forebyggende arbejde på børneområdet skal kommunen sikre gratis, familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien, herunder også til vordende forældre (serviceloven § 11). Kommunerne skal desuden tilbyde forebyggende indsatser, fx familierettede indsatser eller andre indsatser, der har til formål at forebygge familiens vanskeligheder. Målgruppen for den forebyggende indsats efter § 11, er bl.a. de børn, unge og familier, der har sociale og adfærdsmæssige problemer, der ikke er så store endnu, at der bliver tale om foranstaltninger efter servicelovens § 52 (se nedenfor).

Børnefaglig undersøgelse

Såfremt de sociale problemstillinger i den kommende familie er af et sådant omfang, at der kan være behov for særlig støtte til barnet efter fødslen, skal kommunen inddrages med henblik på at foretage en børnefaglig undersøgelse, jf. serviceloven § 50, stk. 9.

Hvis det vurderes, at der er et særligt behov for støtte til barnet, så skal kommunen foretage en børnefaglig undersøgelse af barnet med henblik på at afdække barnets behov for særlig støtte (serviceloven § 52). I de tilfælde hvor det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen, så skal kommunen undersøge de vordende forældres forhold nærmere med henblik på at afdække behovet for særlig støtte til barnet og familien. Viser den børnefaglige undersøgelse et behov for særlig støtte, så skal kom-

munen yde hjælp efter servicelovens § 52, stk. 3. Det kan være støtte i form af praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, familiebehandling, døgnophold for familien eller en fast kontaktperson, der kan støtte barnet.

Gravide med rusmiddelproblemer:

Tilbud om misbrugsbehandling med mulighed for tilbageholdelse

Kommunerne har siden 2007 haft pligt til at tilbyde gravide med et stofmisbrug, som har behov for et døgntilbud efter § 107, stk. 2, nr. 2, i lov om social service, at indgå kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse. Med L 655 af 08/06/2016 blev der indført krav om, at kommunerne også skal tilbyde gravide kvinder med et misbrug af alkohol en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse. Med vedtagelsen af lovforslaget er reglerne for indsatsen til gravide kvinder med et misbrug således blevet ensrettet både, hvad angår forpligtelsen til at tilbyde misbrugsbehandling med mulighed for tilbageholdelse, og rammerne for, hvordan tilbageholdelse i praksis kan ske.

Det er frivilligt for kvinden, om hun ønsker at tage imod tilbuddet og at indgå en kontrakt om tilbageholdelse. Indgår den gravide kvinde med et misbrug en kontrakt, giver reglerne bl.a. mulighed for at tilbageholde kvinden, hvis hun frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre eller nærliggende fare for at skade fosteret. Formålet med reglerne er at fastholde den gravide kvinde i behandling og hindre kvinden i at skade fosteret.

Reglerne om tilbageholdelse er fastsat i sundhedslovens §§ 141 b til 141 g og i lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling.

I forhold til tilbageholdelse af gravide stofmisbrugere efter lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling henvises til kapitel 8 i vejledning nr. 10327 af 14/12/2017 om behandlingstilbud på det sociale stofmisbrugsområde m.v.

Endvidere henvises til de til hver en tid gældende vejledninger på området, som for indeværende er:

Vejledning nr. 10375 af 28/12/2016 til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin (Lovkrav og anbefalinger).

Bekendtgørelse nr. 746 af 29/06/2006 om gratis hepatitisvaccination til særligt udsatte persongrupper. (Se kapitel 8)

Vejledning nr. 49 af 30/06/2009 om etablering af regionale familieambulatorier.

Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer (Sundhedsstyrelsen 2010) for organisering og tilrettelæggelse af indsatsen. Tilgængelig på www.sst.dk

Information til læger, jordemødre og andre sundhedsprofessionelle om graviditet, alkohol og andre rusmidler. Tilgængelig på www.sst.dk

Bilag 2: Spørgeguide om alkohol og evt intervention

Spørgsmål til alle gravide																																																															
1. Hvor mange genstande drikker du i gennemsnit om ugen, nu hvor du er gravid?																																																															
Antal genstande:																																																															
Mindre end 1 genstand om ugen											<input type="checkbox"/>																																																				
Ingen											<input type="checkbox"/>																																																				
2. Prøv at tænke på hele perioden, hvor du har været gravid – også de første uger, før du vidste, at du var gravid. Hvor mange gange har du da drukket 5 genstande eller flere ved en enkelt lejlighed?																																																															
Antal gange:																																																															
Ingen											<input type="checkbox"/>																																																				
Husker ikke/ved ikke											<input type="checkbox"/>																																																				
<p>Hvor langt henne i graviditeten var du ved disse lejligheder?</p> <p>Sæt x ved den eller de uger, hvor du drak 5 genstande eller mere ved en enkelt lejlighed.</p> <p>Uge 1 starter ved sidste menstruations første dag.</p> <p>Uge:</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21																																											

TWEAK screeningsguide – vedrørende gravides brug af alkohol

1. Hvor meget skal der til, før du begynder at mærke de første virkninger af alkohol, nu hvor du er gravid?	Antal genstande:
	Ved ikke <input type="checkbox"/>
2. Har nogen i din familie eller nogen af dine nære venner været bekymrede over eller beklaget sig over dit alkoholforbrug indenfor det seneste år?	Ja <input type="checkbox"/>
	Nej <input type="checkbox"/>
3. Starter du somme tider dagen med en lille en?	Ja <input type="checkbox"/>
	Nej <input type="checkbox"/>
4. Sker det, at du har drukket alkohol og bagefter har fået at vide af en ven eller en i din familie, at du har sagt eller gjort noget, som du ikke selv kan huske?	Ja <input type="checkbox"/>
	Nej <input type="checkbox"/>
5. Føler du somme tider trang til at skære ned på dit alkoholforbrug?	Ja <input type="checkbox"/>
	Nej <input type="checkbox"/>

TWEAK screeningsguide – pointgivning

TWEAK er et valideret screeningsredskab til afdækning af problematisk alkoholforbrug hos gravide.

TWEAK står for: Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia, Cut-down.

Pointberegning for spørgsmål 1-5:
2 point for spørgsmål 1, hvis svaret er ≥ 3 genstande
2 point for spørgsmål 2 ved positivt svar
1 point for hvert af spørgsmålene 3, 4 og 5 ved positivt svar

Positiv test ved score ≥ 2 point.

Henvisning til familieambulatorium

Ved TWEAK-score ≥ 2 point henvises til det regionale familieambulatorium.

Intervention ved konstateret alkoholforbrug hos gravide

Den gravides alkoholforbrug	Intervention
1-3 genstande pr. uge	Ingen særskilt alkoholintervention.
4-6 genstande pr. uge	Ved henvendelse i første trimester oplyses om mulig øget risiko for spontan abort. Derudover oplyses om

	Sundhedsstyrelsens råd til gravide, herunder Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at undgå alkohol under graviditeten.
≥ 7 genstande pr. uge	- Henvisning til regionalt familieambulatorium
Episodisk højt alkoholforbrug (≥ 5 genstande ved samme lejlighed) efter kvinden har erkendt sin graviditet eller ≥ 3 gange	- Henvisning til regionalt familieambulatorium
Højrisikoforbrug, alkoholafhængighed og abstinensbehandling	- Henvisning til regionalt familieambulatorium, evt. akut
Positiv TWEAK test med score ≥ 2	- Henvisning til alkoholbehandling - Stillingtagen til underretning til kommunen

Ved et mindre alkoholforbrug tidligt i graviditeten er der sjældent grund til bekymring.

Risikoen for alvorlig fosterskade er minimum 10-15 % ved et alkoholforbrug ≥ 6-7 genstande om dagen, hvorfor man i disse tilfælde bør drøfte mulighed for provokeret abort med kvinden. Ved et lavere forbrug samt ved episodisk højt forbrug ved flere lejligheder er der derimod ikke indikation for at tage abortmuligheden op med kvinden.

Ved tvivl kan den gravide henvises til rådgivning i familieambulatoriet.

Intervention ved konstateret forbrug af andre rusmidler

Ved forbrug af andre rusmidler henvises den gravide til familieambulatoriet.

Henvisning til det regionale familieambulatorium

Den gravide med et alkohol-/rusmiddelforbrug kan henvises direkte til familieambulatoriet. Akut henvisning uden for dagarbejdstid kan ske via vagthavende på de regionale gynækologisk-obstetriske afdelinger fx ved behov for afrusning, abstinens- eller substitutionsbehandling.

I tilfælde af, at den gravide ikke ønsker henvisning til familieambulatorium, henvises hun til den almindelige svangreomsorg, som yder intensiveret indsats. Hun bør samtidig tilbydes henvisning til den kommunale alkohol-/rusmiddelbehandling.

Intervention ved formodning om et barn med medfødt rusmiddelskade

Ved formodning om, at et problem hos et førskolebarn kan være betinget af rusmiddeleksponering i fostertilstanden, kan barnet henvises til undersøgelse i familieambulatoriet.

Bilag 3: Kvindelig omskæring

Kvindelig omskæring, Female Genital Mutilation (FGM) – omfatter ifølge WHO alle indgreb, der uden medicinsk indikation forandrer eller beskadiger kvindens ydre kønsorganer.

Der findes 4 typer af kvindelig omskæring (WHO 2016)

Type 1 Klitoridektomi: Fjernelse af dele eller hele klitoris; evt kun forhuden på klitoris

Type 2 Excision: Fjernelse af klitoris og labia minora

Type 3 Infibulation: Fjernelse af klitoris og labia minora, sammensyning af labia majora, således at der kun efterlades et ganske lille hul til urin og menstruationsblod

Type 4 Andre procedurer på genitalia uden medicinsk indikation: Omfatter mindre indgreb, hvor der stikkes, prikkes, skæres o.lign. i genitalia

FGM er udbredt i visse afrikanske lande på trods af, at det mange steder er ulovligt (WHO 2008). Infibulation er den hyppigste metode bl.a. i Somalia, hvor ca. 98 % af kvinderne er infibulerede. Undersøgelser blandt immigranter tyder imidlertid på, at disses holdning er ændret i retning af en afstandtagen til FGM. Der foreligger kun få rapporterede tilfælde, hvor kvinder er blevet omskåret efter at være immigrerede (Johnsdotter 2016).

Studier har fundet, at læger og jordemødre har begrænset viden om FGM, herunder at type af FGM hyppigt misklassificeres (Johnsdotter 2016, Abdulcadir 2015, Costello 2015).

Lovgrundlag

- Omskæring af piger/kvinder er omfattet af straffelovens § 245a. Efter denne bestemmelse straffes den, som tilføjer en anden person skade på legeme eller helbred, med fængsel indtil 6 år.
 - Det er ligeledes strafbart for forældre at lade deres børn omskære under ophold uden for Danmark
- Ifølge § 154 i lov om social service skal kommunen underrettes, hvis man bliver opmærksom på en ung kvinde under 18 år, der er blevet omskåret. "Den der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældres eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har pligt til at underrette kommunen".
- Personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv (omfatter læger og jordemødre) har jf. § 153 i samme lov skærpet indberetningspligt, hvis de får kendskab til eller grund til at antage, at et barn eller en ung under 18 år har været udsat for overgreb.

Sundhedsstyrelsens udtalelser

- Læger kan ikke deltage i omskæring af kvinder, der anses for at være en mutilerende operation, der aldrig vil være indikation for at udføre (Sundhedsstyrelsen 1981 og 1999).
- Sømmensyning af infibulationen efter fødslen kan kun ske, hvis kvinden fastholder ønske herom, efter at lægen har oplyst kvinden om den helbredsrisiko, som dette indgreb indebærer. Lægen har ikke pligt til at udføre indgrebet. (Sundhedsstyrelsen 2014)

Følgenvirkninger af omskæring

Ud over de akutte komplikationer i form af blødning, infektion og ultimativt død, er beskrevet en række kroniske følgenvirkninger til omskæring, mest udtalt for type 3 (WHO 2000, Berg 2014).

- Psykiske problemer
- Urinretention og recidiverende urinvejsinfektion
- Kroniske smerter i vulva
- Dysmenoré
- Dyspareuni

Obstetriske problemstillinger

Studier fra Afrika har vist en association mellem FGM og øget forekomst af obstetriske komplikationer (bl.a. kejsersnit, blødning, øget perinatal morbiditet og mortalitet). Også blandt somaliere i de nordiske lande er påvist øget risiko for fødselskomplikationer som kejsersnit, blødning, lav Apgarscore og perinatal mortalitet. Der er imidlertid ikke påvist en kausal sammenhæng mellem type af omskæring og udfald af fødslen, der kan skyldes andre forhold som ringere perinatal omsorg, dårligere socio-økonomiske forhold (Johnsdotter 2016, Abdulcadir 2015).

Sundhedspersonales opgaver

Under graviditeten

- Den praktiserende læge afklarer om kvinden er omskåret og om muligt hvilken type, det drejer sig om
- Gravide kvinder, der er omskåret, skal henvises til obstetrisk specialafdeling
- Hvis kvinden ikke taler og forstår dansk, anbefales deltagelse af kvindelig tolk
- Den gravide infibulerede kvinde bør følges af jordemoder eller læge med særlig viden og interesse for problemstillingen
- Væsentligt at tale med kvinden om omskæring og den mulige indflydelse på graviditet og fødsel. Kvinder, der er omskåret, er ofte meget åbne om problemet
- Type og omfang af omskæring bør fastlægges tidligt i graviditeten
- Vurder behov for åbning og informer om de muligheder, der findes for åbning før eller under fødslen og reglerne omkring resuturering. (Resuturering post partum kan kun udføres som en rekonstruktion af forholdene, som de var før fødslen, og kvinden skal oplyses om helbredsrisikoen).
- Informer om mulige fordele ved ikke at blive reinfibuleret
- Vis tegninger af før og efter og af de anatomiske forhold hos henholdsvis infibulerede og ikke infibulerede kvinder
- Særlig opmærksomhed på urinvejsinfektion pga den øgede forekomst af urinretention efter FGM
- Læg plan for fødslen omfattende aftale for bedøvelse og åbning af infibulation

Efter fødslen

- Samtale om fødselens forløb
- Informer parret om det sundhedsskadelige ved omskæring og om, at det ifølge dansk lovgivning er forbudt at omskære piger/kvinder
- Med kvindens tilladelse kan sundhedsplejerske informeres om, at der er talt omskæring med parret, og at det er oplyst, at omskæring af piger er ulovligt i Danmark. Sundhedsplejersken anmodes om at følge op efter fødslen

Åbning af infibulation

- Der er ingen sikker evidens for, om åbning af infibulation bedst foretages under graviditeten eller under fødslen (Esu 2017)
- Hvis det ikke er muligt at foretage vaginaleksploration med 2 fingre, er det relevant at foreslå åbning under graviditeten, så det er muligt at vurdere graviditetens og fødselens udvikling
- I øvrige tilfælde kan infibulationen åbnes under fødslen

Referencer til bilag 3

Abdulcadir J et al (2015). Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. BJOG 122(3): 294-303.

Berg RC et al (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMJ open 4(11): e006316-2014-006316.

Costello S (2015). Female genital mutilation/cutting: risk management and strategies for social workers and health care professionals. Risk management and healthcare policy 8: 225-233.

Esu E et al (2017). Antepartum or intrapartum deinfibulation for childbirth in women with type III female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis. Int J Gynaecol Obstet 136 Suppl 1: 21-29.

Johnsdotter S & Essen B (2016). Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 32: 15-25.

Sundhedsstyrelsen (1981). Officiel meddelelse. Ugeskrift for Læger 143: 2532.

Sundhedsstyrelsen (1999). Forebyggelse af omskæring af piger.

Sundhedsstyrelsen (2014). Skærpelse af faglige anbefalinger om reinfibulation.

WHO (2000). Health complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth - A systematic review.

WHO (2008). Eliminating female genital mutilation: an interagency statement.

WHO (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation.

Bilag 4: Måling af blodtryk

Der er ikke god konsensus om, hvorvidt det er nødvendigt at gentage blodtryksmåling, hvis blodtrykket måles forhøjet ($\geq 140/90$ mmHg) og ej heller hvor lang tid, der skal gå mellem evt. gentagne målinger. Nogle mener, der bør gå 15 minutter imellem målingerne (National Heart Foundation of Australia 2010), andre mener 4 timer (Christensen 2013), mens Dansk Hypertensionsselskab m.fl. advokerer for, at man blot skal gentage målingen indenfor få minutter, og at såfremt der er afvigelser på mere end 5 mmHg fortsætter man med at tage målinger, indtil man får 2 værdier, der varierer mindre end 5 mmHg (Brown 2005, Denolle 2008, Mikami 2017).

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.

En for lille manchets størrelse kan give et falsk forhøjet BT og en for stor manchets størrelse kan ligeledes resultere i fejlmåling.

White coat hypertension i graviditet er i få mindre studier vist at forekomme hos mindst hver tredje med hypertension (Denolle 2008, Brown 2005). Kvinder med white coat hypertension har formentlig et mildere forløb og bedre graviditetsudkomme end kvinder med reel hypertension (Brown 2005). Masked hypertension (i.e. hypertension ved målinger hjemme, men ikke ved målinger i klinikken) kan også forekomme, men prævalensen angives betydelig lavere (Mikami 2017).

Der findes ikke studier, der sammenligner brugen af 24-timers blodtryksmålinger og automatiserede hjemmeblodtryksapparater hos gravide, men implementeringen af hjemmeblodtryksapparater skønnes nemmest, idet disse uden det store ubehag kan anvendes i graviditeten.

Referencer til bilag 4

Brown MA et al. (2005). The natural history of white coat hypertension during pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 112(5): 601-6.

Christensen KL (2013). Hypertensionsdiagnostik 2013 – opdatering fra Dansk Hypertensionsselskab. Tilgængelig på: <http://www.dahs.dk/index.php?id=7>.

Denolle T et al. (2008). Diagnosis of white coat hypertension in pregnant women with teletransmitted home blood pressure. *Hypertens Pregnancy* 27(3): 305-13.

Mancia G et al. (2013). ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertension 31(7):1281-1357.

Mikami Y et al. (2017). Provisional criteria for the diagnosis of hypertension in pregnancy using home blood pressure measurements. Hypertens Res 40(7): 679-84.

National Heart Foundation of Australia 2010. Guide to management of hypertension 2008. Tilgængelig på: <https://heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/HypertensionGuidelines2008to2010Update.pdf>.

Bilag 5: PUQE Score

PUQE-score (Pregnancy Unique Quantification of Emesis and Nausea- score)¹³

Marker det svar, der bedst beskriver dine symptomer de sidste 24 timer:					SUM
1. Hvor lang tid har du følt dig forkvalmet i løbet af de sidste 24 timer?					
Slet ikke	≤ 1 time	2-3 timer	4-6 timer	> 6 timer	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
2. Hvor mange gange har du kastet op i løbet af de sidste 24 timer?					
Ingen opkastninger	1-2 gange	3-4 gange	5-6 gange	≥ 7 gange	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
3. Har du haft opkastningsbevægelser (uden at der kommer noget med op) i løbet af de sidste 24 timer?					
Nej	1-2 gange	3-4 gange	5-6 gange	≥ 7 gange	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

Totale PUQE-score (summen af pointene på de 3 spørgsmål):

- Mild graviditetskvalme PUQE ≤ 6
- Moderat graviditetskvalme PUQE 7-12
- Svær graviditetskvalme (= Hyperemesis Gravidarum) PUQE ≥ 13

¹³ Dansk oversættelse af: Ebrahimi N et al (2009). Nausea and vomiting of pregnancy: using the 24-hour Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE-24) scale. J Obstet Gynaecol Can 31(9):803-807. doi: 10.1016/S1701-2163(16)34298-0.

Bilag 6: Graviditetsrelaterede bækken-smerter

Smerteanamnese

Smerterne opstår ofte mellem uge 15 og 25, men kan opstå tidligere, hvis kvinden har haft bækkensyndrom i en tidligere graviditet. Smerterne udvikler sig som regel langsomt og forværres over tid. Smerterne mærkes primært i bækkenleddene, men kan undertiden også mærkes i ballerne, lavt over lænden og/eller på bagsiden af lårene. Smerterne kan være meget svingende i karakter, både med hensyn til døgnvariation og fra dag til dag. Smerterne forværres som regel af belastninger. For mange gravide med bækkensyndrom kan almindelige daglige ting gøre ondt, som fx at ligge på ryggen, vende sig i sengen, sidde med korslagte ben eller stå/sidde i længere tid af gangen. Det er ikke ualmindeligt, at smerterne først opstår eller først forværres et stykke tid efter, at kvinden har været udsat for den belastning, der har fremprovokeret smerterne. Dette kan gøre det svært for kvinden at vurdere, hvilke handlinger der virker smerteudløsende.

Objektiv undersøgelse

Lægen eller jordemoderen kan udføre tre enkle tests for at vurdere, om smerterne udløses fra bækkenleddene.

1) Posterior Pelvic Pain Provocation test (P4)

Tegning af P4 test

(Ostgaard 1994)

2) Patrick's Faber test

Tegning af Patrick's Faber test

(Albert 2000, Broadhurst 1998)

3) Modificeret Trendelenburg

Tegning af modificeret Trendelenburg

(Albert 2000)

Hvis en eller flere af disse tests medfører smerter i symfysen og/eller sacroiliacaleddene hos den gravide, er testen positiv for de pågældende led. Ved positiv test kan man henvise til fysioterapeut med henblik på mere specifik undersøgelse og rådgivning.

Referencer til bilag 6

Albert H et al (2000). Evaluation of clinical tests used in classification procedures in pregnancy-related pelvic joint pain. *Eur Spine J* 9(2):161-6.

Broadhurst NA et al (1998). Pain provocation tests for the assessment of sacroiliac joint dysfunction. *Journal of spinal disorders* 11(4): 341-345.

Ostgaard HC et al (1994). The posterior pelvic pain provocation test in pregnant women. *Eur Spine J* 3(5):258-60.

Bilag 7: Klinisk undersøgelse for medfødt hofte luksation

Prævalensen af medfødt hofte luksation og hofte dysplasi er i Danmark 3-5 per 1000 nyfødte.

Den kliniske undersøgelse af nyfødte for hofte luksation omfatter undersøgelse for Ortolanis, Barlows og Galeazzis tegn, som beskrevet nedenfor, samt om der er fri egal bevægelighed af hofterne.

Der skal være særlig opmærksomhed på børn med øget risiko for hofte luksation* og dysplasi, dvs. børn født i sædestilling, familær disposition i første led og børn med medfødte ekstremitetsdeformiteter.

Tegning med forklaring af undersøgelse for Ortolanis tegn

Tegning med forklaring af undersøgelse for Barlows tegn

Tegning med forklaring af undersøgelse for Galeazzis tegn

Bilag 8: Medlemmer af arbejdsgrupper og referencegruppe samt andre bidragsydere

Referencegruppe vedr. revision af Sundhedsstyrelsens anbefalinger af svangreomsorgen

- Konsulent Ann Vilhelmsen, Danske Regioner
- Konsulent Anne Hagen Nielsen (indtil 1. august 2018), Kommunernes Landsforening
- Specialkonsulent Astrid Christine Jensen-Kanstrup (fra 1. august 2018), Kommunernes Landsforening
- Næstformand Dorte Steenberg, Dansk Sygeplejeråd
- Formand for Jordemoderforeningen, jordemoder, MPA Lillian Bondo, Jordemoderforeningen
- Enhedschef, overlæge og medlem af Lægeforeningens bestyrelse Lise Møller, Sekretariatet for lægelig videreuddannelse ØST
- Chefkonsulent Marie Louise Bloch Rostrup-Nielsen, Sundheds- og Ældreministeriet,
- Formand Birgitte Halkjær Storgaard, Foreningen Forældre og Fødsel

Fra Sundhedsstyrelsen

- Overlæge, ph.d. Christine Brot (**Formand**)
- Sundhedsplejerske, MSP, IBCLC Annette Poulsen
- Uddannelseslæge Rikke Hinge Carlsson
- Chefjordemoder Heidi Astrup Fischer, Sundhedsstyrelsens sagkyndig jordemoder
- Overlæge, dr. Med. Kresten Rubeck Petersen, Sundhedsstyrelsens sagkyndig i gynækologi og obstetrik
- Overlæge Mia Bjerager, Sundhedsstyrelsens sagkyndig i pædiatri
- Praktiserende læge lektor Bo Christensen, Sundhedsstyrelsens sagkyndig i almen praksis

Arbejdsgruppe 1 om den normale graviditet og organisering af svangreomsorgen

- Overlæge Ann Lawaetz Skovgaard, Dansk Pædiatrisk Selskab
- Chefjordemoder Anette Lund Frederiksen, Kredsen af chefjordemødre
- Forsknings- og udviklingskonsulent, jordemoder, MSc, phd.d, Anne-Mette Schroll, Jordemoderforeningen
- Afdelingsjordemoder Charlotte Sander Andersen, Jordemoderforeningen
- Konsultationssygeplejerske Charlotte Villadsen, Det Faglige Selskab for Konsultationssygeplejersker
- Ledende overlæge Jannie Dalby Salvig, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Chefjordemoder Joan Dürr, Danske Regioner
- Praktiserende læge Ruth Kirk Ertmann, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Ledende overlæge, formand for DSOG Thomas Larsen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Fra Sundhedsstyrelsen

- Overlæge, ph.d. Christine Brot (**Formand**)
- Sundhedsplejerske, MSP, IBCLC Annette Poulsen
- Uddannelseslæge Rikke Hinge Carlsson
- Specialkonsulent Kathrine Hedemand
- Chefjordemoder Heidi Astrup Fischer, Sundhedsstyrelsens sagkyndig jordemoder
- Overlæge, dr.med. Kresten Rubeck Petersen, Sundhedsstyrelsens sagkyndig i gynækologi og obstetrik
- Overlæge Mia Bjerager, Sundhedsstyrelsens sagkyndig i pædiatri
- Praktiserende læge lektor Bo Christensen, Sundhedsstyrelsens sagkyndig i almen praksis

Arbejdsgruppe 2 om den komplicerede graviditet og fødsel

- Overlæge, Ph.D., næstformand i DSOG Hanne Brix Westergaard, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Klinisk professor i obstetrik Jan Stener Jørgensen, Danske Regioner
- Overlæge Jennifer Vikre-Jørgensen, Dansk Pædiatrisk Selskab
- Ledende sundhedsplejerske Jette Kürstein, Kommunernes Landsforening
- Afdelingsjordemoder, MPH Kit Dynnes Hansen, Jordemoderforeningen
- Specialeansvarlig sygeplejerske, formand for FSGOS Kristina Edel Stenstrup-Peters, Faglig Selskab for Gynækologiske og Obstetriske Sygeplejersker
- Overlæge Lise Lotte Torvin Andersen, Odense Universitetshospital
- Overlæge Lone Hvidman, Aarhus Universitetshospital
- Overlæge, ph.d. Merete Hein, Familieambulatorierne
- Praktiserende læge Pernille Vieth, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Overlæge Rie Lambæk Mikkelsen, Dansk Psykiatrisk Selskab
- Forskningsleder, lektor, jordemoder, MPH, ph.d., Rikke Maimburg, Jordemoderforeningen
- Sundhedsplejerske, formand Susanne Rank Lücke, Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
- Chefjordemoder Trine Lind, Kredsen af chefjordemødre
- Konsultationssygeplejerske Winnie Rietveld Hjerminde, Det Faglige Selskab for Konsultationssygeplejersker

Fra Sundhedsstyrelsen

- Overlæge, ph.d. Christine Brøt (**Formand**)
- Sundhedsplejerske, MSP, IBCLC Annette Poulsen
- Uddannelseslæge Rikke Hinge Carlsson
- Afdelingslæge Jan Utzon
- Chefjordemoder Heidi Astrup Fischer, Sundhedsstyrelsens sagkyndig jordemoder
- Overlæge, dr.med. Kresten Rubeck Petersen, Sundhedsstyrelsens sagkyndig i gynækologi og obstetrik
- Overlæge Mia Bjerager, Sundhedsstyrelsens sagkyndig i pædiatri
- Praktiserende læge lektor Bo Christensen, Sundhedsstyrelsens sagkyndig i almen praksis
- Professor, overlæge Poul Videbech, Sundhedsstyrelsens sagkyndig i psykiatri

Andre bidragsydere

- Postdoc, læge, Louise Mølenberg Begtrup
- Professor, overlæge Peter Damm
- Chefjordemoder, MPA Lisbet Hammer
- Seniorforsker, jordemoder, ph.d. Hanne Kristine Hegaard
- Lektor, jordemoder, MPH, ph.d. Dorte Hvidtjørn
- Professoer, dr. Med Anne Grethe Jurik
- Professor, overlæge ph.d. Ulrik Schiøler Kesmodel
- Afdelingslæge, ph.d. Ida Kirkegaard
- Forskningsleder, psykolog, ph.d. Svend Aage Madsen
- Lektor, ph.d. Annegrethe Nielsen
- Chefkonsulent, sygeplejerske, ph.d. IBCLC Ingrid Nilsson
- Professor, jordemoder, ph.d. Ellen Aagaard Nøhr
- Jordemoder, master i sexologi Rikke Skovgaard
- Professor, overlæge Morten Sodemann
- Vicechefjordemoder Britt Strøm
- Fysioterapeut, faglig konsulent Maja Bohlbro Stærkind

