



SUNDHEDSSTYRELSEN



Anbefalinger for svangreomsorgen

Indhold

Indledning	<u>7</u>
1. Baggrund og principper for svangreomsorgen	<u>9</u>
1.1 Principperne for svangreomsorgen	<u>10</u>
1.2 Livsperspektivet – 9 måneder med betydning for hele livet	<u>12</u>
1.3 Familieperspektivet	<u>13</u>
1.4 Samarbejdet med de kommende forældre	<u>15</u>
1.5 Den generelle udvikling i Danmark	<u>17</u>
1.6 Perinatal, neonatal og maternel dødelighed	<u>20</u>
1.7 Social ulighed i reproduktiv sundhed	<u>22</u>
2. Tilrettelæggelse af svangreomsorgen	<u>28</u>
2.1 Generelt	<u>28</u>
2.2 Organisering	<u>29</u>
2.3 Et differentieret tilbud	<u>30</u>
2.4 Ansvar og koordinering	<u>32</u>
2.5 Faggrupper og opgaver	<u>34</u>
2.6 Valg af fødested	<u>35</u>
2.7 Organisering af det sundhedsfaglige tilbud i barselsperioden	<u>36</u>
2.8 Kommunikationsredskaber	<u>39</u>
3. Kontakter før, under og efter graviditet	<u>41</u>
3.1 Prækonceptionel rådgivning	<u>41</u>
3.2 Grundforløbet i graviditeten	<u>45</u>
3.3 Individualisering af graviditetsforløbet	<u>50</u>

3.4	Former for kontakt	51
3.5	Indhold i konsultationerne	54
3.6	Første konsultation i almen praksis – uge 6-10	56
3.7	Første jordmoderkonsultation – uge 10-15	58
3.8	Jordmoderkonsultation – uge 21	60
3.9	Konsultation i almen praksis – uge 25	61
3.10	Jordmoderkonsultation – uge 29	63
3.11	Konsultation i almen praksis – uge 32	64
3.12	Jordmoderkonsultation – uge 35-36	65
3.13	Jordmoderkonsultation – uge 37	67
3.14	Jordmoderkonsultation – uge 39	68
3.15	Jordmoderkonsultation – uge 41	68
3.16	Henvisning til læge på obstetrisk afdeling	69
3.17	Efter fødslen	70
3.18	Konsultation 2.-3.-dagen efter fødslen	70
3.19	Undersøgelse i almen praksis 8 uger efter fødslen	70
4.	Sårbare og socialt udsatte gravide	73
4.1	En særlig indsats er nødvendig	73
4.2	Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde	74
4.3	Tilrettelæggelse af indsatsen	76
4.4	En fleksibel indsats med grundforløb og en bred palet af supplerende tilbud	77
4.5	Særlige grupper af sårbare og socialt udsatte gravide	81
5.	Levevis og risikofaktorer af betydning for graviditeten	94
5.1	Kost og kosttilskud	94
5.2	Fysisk aktivitet	100
5.3	Seksualitet	103
5.4	Arbejds miljø	104
5.5	Skadelige miljøstoffer	107
5.6	Lægemidler	108
5.7	Rygning	111
5.8	Alkohol	114
5.9	Euforiserende stoffer/narkotika	117

6. Undersøgelse og vurdering af den gravide	<u>122</u>
6.1 Terminsfastsættelse	<u>122</u>
6.2 Vægt og vejning	<u>123</u>
6.3 Blodtryk	<u>126</u>
6.4 Urinundersøgelse	<u>126</u>
6.5 Gynækologisk undersøgelse	<u>127</u>
6.6 Tilvækst og fosterstilling	<u>128</u>
6.7 Celleprøve fra livmoderhalsen (smear)	<u>132</u>
7. Blodsygdomme og immunforsvarsreaktioner	<u>134</u>
7.1 Anæmi	<u>134</u>
7.2 RhD (rhesus)-immunisering	<u>137</u>
7.3 Hæmoglobinopati	<u>141</u>
7.4 Graviditetskomplikationer associeret til arvelig eller erhvervet trombofili	<u>143</u>
8. Graviditet og infektioner	<u>146</u>
8.1 Forebyggelse af infektioner inden graviditet	<u>146</u>
8.2 Forebyggelse af infektioner under graviditet	<u>148</u>
8.3 Forebyggende behandling ved eksposition under graviditet	<u>150</u>
8.4 Screening ved første graviditetskonsultation i almen praksis	<u>151</u>
8.5 Undersøgelse ud fra eksposition eller sygdomstegn i graviditeten	<u>154</u>
8.6 Asymptomatisk bakteriuri	<u>155</u>
8.7 Bakteriel vaginose	<u>156</u>
8.8 COVID-19	<u>156</u>
8.9 Cytomegalovirus (CMV)	<u>158</u>
8.10 Denguefeber	<u>158</u>
8.11 Gonoré	<u>159</u>
8.12 Gruppe B-streptokokker (GBS)	<u>160</u>
8.13 Hepatitis B-virusinfektion (HBV)	<u>161</u>
8.14 Hepatitis C-virusinfektion (HCV)	<u>162</u>
8.15 Herpes simplex virus	<u>163</u>
8.16 Hiv-infektion	<u>164</u>

8.17	Influenza og andre lungeinfektioner	166
8.18	Klamydia	167
8.19	Listeriose	168
8.20	Malaria	169
8.21	MRSA	170
8.22	Parvovirus B19 (lussingesyge)	171
8.23	Q-feber	172
8.24	Røde hunde (rubella)	173
8.25	Skoldkopper (varicella)	174
8.26	Syfilis	176
8.27	Toxoplasmose (haresyge)	177
8.28	Urinvejsinfektioner	179
8.29	Zika	180
9.	Obstetriske problemstillinger	184
9.1	Blødning	184
9.2	Graviditetskvalme, opkastninger og hyperemesis gravidarum	186
9.3	Flerfoldsgraviditeter	187
9.4	Tidlig fødsel	188
9.5	Gestationel diabetes mellitus	191
9.6	Præeklampsi og andre hypertensive tilstande i graviditeten	194
9.7	Graviditetsrelaterede lænde- og bækkensmerter	197
9.8	Leverbetinget graviditetskløe	199
9.9	Mindre liv	200
9.10	Overbårenhed (graviditas prolongata)	201
9.11	Overvægt	202
10.	Fødsels- og forældreforberedelse	209
10.1	Tilrettelæggelse af fødsels- og forældreforberedende kurser	210
10.2	Fødsels- og forældreforberedelsens indhold	212

11. Fødslen	<u>216</u>
11.1 Generelt	<u>216</u>
11.2 Den vaginale fødsel	<u>218</u>
11.3 Kejsersnit (sectio)	<u>225</u>
11.4 Tiden lige efter fødslen	<u>229</u>
11.5 Hjemmefødsler	<u>233</u>
11.6 Færdighedstræning	<u>233</u>
12. Observation og behandling af den nyfødte	<u>238</u>
12.1 Undersøgelse af den nyfødte efter fødslen	<u>238</u>
12.2 Måling af navlesnors-pH	<u>240</u>
12.3 K-vitamin	<u>240</u>
12.4 Anmeldelse af fødslen m.v.	<u>241</u>
12.5 Screening af nyfødte	<u>241</u>
12.6 Hypoglykæmi	<u>243</u>
12.7 Gulsot (icterus)	<u>244</u>
12.8 Børn med særlig risiko for udvikling af allergisk sygdom	<u>247</u>
12.9 Intrauterin og neonatal infektion	<u>248</u>
12.10 Hepatitis B-vaccination af nyfødte	<u>249</u>
12.11 Blodtype-immunisering	<u>250</u>
12.12 Genoplivning af nyfødte	<u>251</u>
13. Barselsperioden	<u>253</u>
13.1 Barselsperiodens vigtigste elementer	<u>253</u>
13.2 Barnets ernæring	<u>255</u>
13.3 Sundhedsvæsenets opgaver i barselsperioden	<u>257</u>
13.4 Opgaver på fødeafdelingen efter fødslen	<u>260</u>
13.5 Basistilbud fra fødeafdelingen efter udskrivelse	<u>261</u>
13.6 Basistilbud fra kommunen efter fødslen	<u>267</u>
13.7 Almen praksis' opgaver	<u>269</u>

14. Psykologiske aspekter	<u>272</u>
14.1 Normal psykologisk udvikling	<u>272</u>
14.2 Psykologiske problemstillinger og belastningsreaktioner	<u>274</u>
14.3 Psykiske lidelser	<u>276</u>
14.4 Forældre, der mister et barn	<u>287</u>
Bilag 1	
Relevant lovgivning vedr. sårbare og udsatte gravide/familier	<u>291</u>
Bilag 2	
Spørgeguide om alkohol og evt. intervention	<u>294</u>
Bilag 3	
Kvindelig omskæring	<u>298</u>
Bilag 4	
Måling af blodtryk	<u>302</u>
Bilag 5	
PUQE-score	<u>304</u>
Bilag 6	
Klinisk undersøgelse for medfødt hofteluksation	<u>305</u>
Bilag 7	
Medlemmer af arbejdsgrupper og referencegruppe samt andre bidragsydere	<u>307</u>
Forkortelser	<u>311</u>
Register	<u>312</u>

Indledning

Der fødes hvert år omkring 60.000 børn i Danmark, og fødslen af hvert enkelt barn er en livsbegivenhed. At blive forældre er en af de mest omvæltende begivenheder i livet. Graviditet, fødsel og barsel er en helt særlig periode for de kommende forældre og en periode, hvor der er brug for rådgivning, information og støtte, så man får det bedst mulige forløb.

Sundhedsstyrelsen udgiver i 2021 både nye anbefalinger for svangreomsorgen og anbefalinger for organisering af fødetilbud, som supplerer hinanden. Formålet er at sikre et differentieret tilbud, der på bedst mulig vis tager hånd om den enkelte kvindes særlige behov i forbindelse med graviditet og fødsel, således at vi opnår størst mulig folkesundhed.

Betegnelsen "svangreomsorg" anvendes som et samlet begreb for sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Med disse anbefalinger sætter Sundhedsstyrelsen en national ramme for regionernes og kommunernes planlægning og organisering af indsatserne og for de sundhedsprofessionelles virke. Det skal bidrage til, at der gives et ensartet tilbud af høj kvalitet på tværs af landet, uanset hvilken landsdel de kommende forældre bor i.

Målgruppen for disse anbefalinger er sundhedspersonale, der arbejder i regioner og kommuner, sundhedsfaglige beslutningstagere og administratorer på området, men anbefalingerne vil også indeholde brugbar information til andre tilgrænsende interessenter og brugere.

Det danske sundhedsvæsen udvikler sig løbende, og det gør befolkningens behov og forventninger til sundhedsvæsenet også. Nærværende anbefalinger er en opdatering af *Anbefalinger for svangreomsorgen 2013* og erstatter disse. Organiseringen og udviklingen af svangreomsorgen er beskrevet i et grundniveau og et udviklingsniveau for indsatserne. Grundniveauet er anbefalinger, som forventes efterlevet nu. Udviklingsniveauet peger fremad og er anbefalinger, som regioner og kommuner kan stille mod at efterleve hen ad vejen.

Der har i revisionsarbejdet været fokus på en øget fleksibilitet og differentiering af tilbuddene med henblik på at nedbringe ulighed i sundhed. Den første jordemoderkonsultation er fremrykket, så den helst bliver afholdt inden udgangen af 1. trimester, hvilket giver bedre muligheder for sundhedsfremme og tidlig opsporing af særlige behov. De gode erfaringer fra satspuljer målrettet gravide/familier i sårbare og udsatte positioner er indarbejdet, og anbefalingerne er væsentligt uddybet i forhold til de gravide, som vurderes at have behov for en tværfaglig indsats. Der har ligeledes været fokus på mental sundhed og på gravide og fødendes autonomi og selvbestemmelse. Anbefalingerne er udvidet med flere nye afsnit, herunder et afsnit om skjult eller fornægtet graviditet, et afsnit om psykiatriske lidelser under graviditet, samt nye afsnit om vaccination af gravide, udenlandsrejser, zikavirus og COVID-19.

Indholdet er baseret på den tilgængelige viden på området, og Sundhedsstyrelsen takker i den forbindelse for den lange række eksperter samt faglige og videnskabelige selskaber, der har tilvejebragt og vurderet den kliniske evidens. Vi står således på solid grund på de fleste områder, og det fremgår også, hvor fagpersonerne måtte have bidraget med rådgivning på basis af "bedste kliniske skøn" i de tilfælde, hvor dokumentationsgrundlaget var mere beskedent. Navne på medlemmerne i arbejdsgrupperne, referencegruppen og de eksperter, som har bidraget, findes i bilag 7. Sundhedsstyrelsen vil samtidig også takke for de mange relevante kommentarer i forbindelse med høringen.

Anbefalingerne skal ses som en opslagsbog, og de forskellige kapitler kan læses separat. Der vil for at lette læsningen af disse forekomme gentagelser. Antallet af referencer er søgt begrænset, således at der primært anføres nationale og internationale guidelines, reviews, meta-analyser og lignende, hvorfra man kan søge videre til den primære litteratur.

Hvor andet ikke er nævnt, er data fra Det Medicinske Fødselsregister (MFR). Det Medicinske Fødselsregister bygger primært på data fra Landspatientregisteret, som overgik til en ny version (LPR3) i 2019. Grundet overgangen er Sundhedsdatastyrelsen ved at danne et nyt Medicinsk Fødselsregister. Indtil dette arbejde er færdigt, er nyeste tilgængelige data for årgang 2018.

Fosterdiagnostiske undersøgelser omtales ikke her, idet de har deres egne *Retningslinjer for fosterdiagnostik*. Ligeledes er 5-ugers-undersøgelsen af barnet beskrevet i *Vejledning om forebyggende sundheds-ydelser til børn og unge*.

1. Baggrund og principper for svangreomsorgen

At blive forældre er en af de mest omvæltende begivenheder i livet – både psykologisk, socialt og identitetsmæssigt. Graviditet, fødsel og barsel er en livsperiode med stort potentiale for personlig vækst for de kommende forældre og samtidig en periode, hvor tidligere erfaring med omsorg i egen barndom træder tydeligere frem, ligesom vanskelige vilkår gennem barndom og ungdom kan blive fremkaldt.

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. De senere års forskning har bibragt en tiltagende erkendelse af, at graviditet og fødsel i langt højere grad, end man tidligere var klar over, også 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, jf. [afsnit 1.2](#). 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 øget folkesundhed i Danmark ved:

- at barnet fødes raskt med størst muligt sundhedspotentiale
- at kvindens helbred varetages i hele forløbet – før, under og efter graviditet og fødsel
- at understøtte en sund og stærk familiedannelse
- at styrke 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.

1.1.1 Lighed i sundhed

Det danske sundhedsvæsen bygger på et lighedsprincip med let og lige adgang til sundhedsvæsenet og 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.

1.1.2 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 tilgængelig evidens. Målet er et så godt og sikkert forløb for mor og barn som muligt, støtte til familiedannelse og en god start på forældreskabet.

1.1.3 Helhedsorienteret tilgang

Svangreomsorgen skal bygge på en helhedsorienteret tilgang ud fra flere perspektiver. Indsatsen rummer tidsperspektivet fra før, under og efter graviditet og fødsel 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.

1.1.4 Medinddragelse

Svangreomsorgen skal sikre respekt for kvindens integritet og selvbestemmelse. Den gravide skal, inden for svangreomsorgens tilbud,



Familiecentreret omsorg tilsiger en åbenhed for, at familier er forskellige, og at alle skal føle sig velkomne.

gives en reel mulighed for at træffe informerede valg under hensyntagen til sin viden og ønsker. Individuelle valg skal respekteres i videst muligt omfang. Den gravides partner skal inddrages.

1.1.5 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 svangreundersøgelser 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 undgås i videst muligt omfang
- at begge forældres tilstedeværelse medtænkes i indretningen af fødestuer samt barsels- og neonatalafdelinger.

1.1.6 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 svangreomsorgens indsatser 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

Kvindens livsvilkår og livsstil inden og i løbet af graviditeten kan have både positive og negative effekter på barnets helbred på både kort og lang sigt. Farens livsvilkår og livsstil har også betydning.

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

Føtal programmering, eller fosterprogrammering, er et forskningsfelt i rivende udvikling. Teorien 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 (Barker 1998, Kwon 2017, Babenko 2015, Jönsson 2021). Mere og mere tyder på, at en række påvirkninger koder fostrets celler til at opføre sig på en særlig måde, længe efter at fostret har forladt livmoderen. Disse såkaldte 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 sårbart over for forskellige sygdomme.

1.2.2 Betydning for moderen

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 periode af stor betydning for en kvindes senere risiko for at udvikle en lang række sygdomme, såsom kræft, leddegigt, diabetes og hjerte-kar-sygdomme. 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 har allerede overvægt før deres første graviditet. Hertil kommer, at en graviditet naturligt medfører en betragtelig vægtøgning, herunder større fedtdepoter, hvor mange efter føds-

len 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-kar-sygdomme, diabetes og muskel-skelet-sygdomme.

Der er også tiltagende opmærksomhed på, at andre graviditetskomplikationer er forbundet med en højere sygdomsrisiko senere i livet. Således er hjerte-kar-sygdomme 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 potentiel 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 forældre og barn 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 i, hvordan de kommende forældre føler, tænker og forholder sig til den store omvæltning, som graviditet, fødsel og forældreskab er – men der er 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, ligesom de sjældent har de samme behov for at tale om tingene, når der opstår vanskeligheder. Sideløbende med tanker om fødslen og om barnets sundhed og fremtid vil der også være mange tanker om, hvordan det nu skal gå, når der kommer en ny person ind i parrets og den enkeltes liv. Det kan være 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 have viden om og tage højde for de forskelle, der kan være behov for at tale om.

1.3.1 Svangreomsorgens tilbud til fædre/partnere

Gennem de seneste 10-15 år er der kommet stigende opmærksomhed på og viden om faderens/partnerens betydning for familiens sundhed og trivsel allerede fra graviditeten. Det gælder faderens/partnerens 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 eventuelt skadeligt forbrug af alkohol eller andre rusmidler, voldsaffekt, m.m. indgå i den første svangrekonsultation, såfremt det vurderes relevant ud fra visitationsoplysningerne. Særligt i sårbare og/eller socialt udsatte familier er en vurdering af faderens/partnerens ressourcer og/eller behov for støtte og eventuelt 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 familieforbereelse, og de fleste fædre/partnere ønsker at være til stede under fødslen. De har brug for at indgå aktivt og deltagende 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 igennem fødslen mentalt – og jo mere tilfredse de er med forløbet – desto bedre udgangspunkt er der for 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 medinddrage 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 (Sorensen 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. 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 gennem en åben dialog med de kommende forældre understøtte deres sundhedskompetence ved at skabe en professionel relation baseret på tillid, ved at undersøge forældrenes perspektiv, ved at lytte aktivt og ved at undersøge, hvilken information det enkelte par har brug for. Det er sundhedspersonalets ansvar at sikre sig, at vejledning og information bliver forstået og er meningsfuld. Det kan fx ske 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/parrets 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 et 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 grundlaget for den professionelle relation.

Når brugere af sundhedsvæsenet bliver involveret i egen behandling, bidrager det til øget 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-, fødsels- og barselsforløb 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:

- 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, der er 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. lovbekendtgørelse 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 opmærksomt 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).

Både sundhedsprofessionelle og kommende forældre kan opleve det som en udfordring at gennemføre fælles beslutningstagen i praksis (Legare 2014, Stiggelbout 2015). 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, medmindre 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 fød-

selstallet 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, var det de små årgange fra 80'erne, som fik børn i 2010'erne. I 2013 nåede man således et nyt lavpunkt for fødselstallet med knap 55.000 nyfødte. Fra 2016 og frem til 2019 har fødselstallet ligget stabilt på godt 61.000 fødsler.

Befolkningens fertilitetskvotient har også betydning for fødselstallet. Den har siden 1990 ligget på i gennemsnit mellem 1,7 og 1,9 barn pr. kvinde og var 1,7 i 2019.

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 ukompligerede fødsler foregår nu enten ambulantly eller med en enkelt overnatning. I 2018 kom 30 % hjem inden for 12 timer efter fødslen, og godt halvdelen (56 %) var hjemme inden for 2 døgn, mens 17 % var indlagt mere end 3 døgn efter fødslen.

Andelen af hjemmefødsler har tidligere 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 %. I 2020 var andelen faldet til 2,9 % ifølge en opgørelse fra regionerne, hvilket kan skyldes, at hjemmefødsler blev frarådet i en periode på grund af covid-19-epidemien.

Som følge af den ændrede praksis med hurtig udskrivelse efter fødslen så man i starten af 2010'erne en stigning i genindlæggelse 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. I perioden 2015-2017 har frekvensen af genindlæggelser 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 er steget 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. Men den gennemsnitlige fødselsvægt for levendefødte har været uændret ca. 3400 g for piger og 3500 g for drenge i perioden 2007-2018. 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.

Andelen af børn med fødselsvægt over 4500 g har ligget mellem 1,7 % og 2,1 % i perioden 2009-2018 og var 2,0 % i 2018. Store børn medfører flere fødselstraumer hos både mor og barn, og børnene fødes 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 med overvægt, 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 tidligt 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 seneste 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, tidligere præterm fødsel og tidligere cervixinsufficiens. Præterme fødsler kan være spontane eller inducerede. Arbejds- og miljømæssige faktorer er beskrevet i [kapitel 5](#).

Mors alder udviser en u-formet kurve, hvor risikoen for præterm fødsel er lavest i alderen 30-34 år. Det samme gør sig gældende i forhold til mors vægt. I 2016 fødte 5,9 % af gravide med normalvægt for tidligt, mens det skete for 7,0 % med undervægt og 8,2 % med svær overvægt (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 grundskoleuddannelse mod 5,6 % med lang videregående uddannelse), se også [kapitel 4](#).

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 også [kapitel 9](#).

1.6 Perinatal, neonatal og maternel dødelighed

Den perinatale og neonatale mortalitet har været faldende gennem mange år og er blandt de laveste i verden.

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 seneste 10 år fra 7,08 pr. 1.000 fødte 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 pr. 1.000 fødte i 2007 og 7,37 i 2016.

I perioden fra 2000 til 2012 faldt antallet af dødfødte børn efter graviditetsuge 37 fra 2,4 til 1,4 pr. 1000 nyfødte (Hedegaard 2014).

1.6.2 Neonatal dødelighed

Den neonatale dødelighed anses for en væsentlig indikator for kvalitet 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 pr. 1.000 levendefødte.

Den neonatale mortalitetsrate i Danmark var 1,9 pr. 1.000 levendefødte i 2015, hvilket er i den lave ende sammenlignet med andre europæiske lande, men dog lidt højere end i de øvrige skandinaviske lande (1,5 i Norge og Sverige, 1,3 i Finland og 1,2 på Island) (Euro-Peristat Project 2018).

Men en specifik nordisk analyse viser, at ser man på neonatalt døde med en fødselsvægt på 1000 g eller mere, så har Danmark samme neonatal mortalitet som de øvrige nordiske lande (Danmark 1,0 pr. 1.000 levendefødte; Norge og Finland 1,0; Sverige 0,8 og Island 0,7) (Nordic Perinatal Statistic 2018). Danmark har det højeste antal levendefødte med fødselsvægt < 2500 g i Norden/Europa (Nordic Perinatal Statistic 2018). Blandt disse findes muligvis flere ekstremt for tidligt fødte, som overlever, men sidenhen dør. Dette kunne være en mulig årsag til, at Danmark har en lidt højere total neonatal dødelighed end de andre nordiske lande.

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 under 1000 g 40 % af de neonatale dødsfald (Euro-Peristat Project 2018).

1.6.3 Mødredødelighed

Maternelle dødsfald er betegnelsen for kvinders dødsfald under graviditet, fødsel eller op til 42 dage efter afsluttet graviditet af årsager, som er udløst eller forværret af graviditeten eller dens håndtering. Dødsfaldet kan ske i forbindelse med graviditet og fødsel, men kan også ske i forbindelse med abort eller ekstrauterin graviditet. Siden 2002 har der i Danmark været foretaget systematisk tværfaglig audit på alle maternelle dødsfald. De hyppigste dødsårsager i de nordiske lande er hjertesygdom, svangerskabsforgiftning, selvmord og blodpropper (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 de laveste i verden (WHO 2015). I 2017 var MMR 3,2 pr. 100.000 levendefødte ifølge en opgørelse fra DSOG's Maternelle Mortalitetsgruppe.

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 dødfødsel, 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 sundhedsråd- og ydelser, gør socialt dårligt stillede kvinder generelt mindre brug af sundhedsvæsenets tilbud herunder

svangreomsorgen. Det er sundhedsvæsenets ansvar at række ud over denne videns- og kompetencekløft.

En særlig indsats i svangreomsorgen er påkrævet for at mindske den veldokumenterede sociale ulighed i reproduktiv sundhed og etablere et bedre grundlag for at føde sunde børn i robuste, velfungerende familier. Det inkluderer tidlig opsporing af sociale problemstillinger eller andre vanskeligheder hos de kommende forældre og tilrettelæggelse af systematiske, forebyggende sundheds- og socialfaglige indsatser med støtte til sårbare og socialt udsatte forældre og nyfødte børn, som beskrevet i [kapitel 4](#).

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 og 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 øget risiko for obstetriske komplikationer så som sygdom under graviditeten, akut kejsersnit samt perinatalt 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 præeklampsi og eklampsi. Særligt blandt gravide fra Pakistan, Tyrkiet og Sydøstasien ses en øget risiko for gestationel diabetes (GDM). Der er øget risiko for dødfødsel og fødsel af et barn med svære medfødte misdannelser blandt immigranter fra ikke-vestlige lande (Brehm Christensen 2016, Nybo Andersen 2016, Rasmussen 2021). I et dansk studie fandt man blandt kvinder fra Somalia og Pakistan en øget risiko for intrapartum

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.

fosterdød, død af maternel 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, se også [kapitel 4](#).

Blandt nogle befolkningsgrupper kan der være særlige determinanter for genetisk rådgivning, se eksempelvis afsnit 7.3 om hæmoglobinopater. Genetisk rådgivning anbefales også til forældre, der er beslægtede (fætter-kusine-ægteskaber), da der er øget risiko for sygdomme med autosomal recessiv arvegang, omend 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 inden for de seneste 10 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 postpartum depression hos disse kvinder (Shakeel 2015, Husain 2012). Der bør derfor være særlig opmærksomhed på tidlig opsporing og behandling af depression hos kvinder med migrantbaggrund kombineret med dårlige sociale forhold og sprogbarrierer, se også [kapitel 14](#). Den kommunale sundheds-tjeneste bør i den forbindelse have særligt fokus på den sundheds-fremmende og forebyggende indsats efter fødslen og tilbyde kvinder med migrantbaggrund deltagelse i sociale netværksgrupper, som fx mødregrupper, og støtte deres deltagelse heri.

Migration og mulige kulturelle og sproglige barrierer er beskrevet i [afsnit 4.5.4](#).

Vedrørende kvindelig omskæring, se [bilag 3](#).

Der henvises til yderligere læsning i rapporten *Veje til etnisk lighed i sundhed*, Dansk Selskab for Folkesundhed 2020.

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.

Babenko O et al (2015). Stress-induced Perinatal and Transgenerational Epigenetic Programming of Brain Development and Mental Health. *Neurosci Biobehav Rev*. 48:70-91. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.11.013.

Barker DJ (1998). In utero programming of chronic disease. *Clin Sci (Lond)* 95:115-128.

- Bilsteen JF (2018). 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.
- 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.
- Hedegaard M et al (2014). Reduction in stillbirths at term after new birth induction paradigm: results of a national intervention. *BMJ Open* 14;4(8):e005785. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005785.
- 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.
- Jönsson J et al (2021). Lifestyle Intervention in Pregnant Women With Obesity Impacts Cord Blood DNA Methylation, Which Associates With Body Composition in the Offspring. *Diabetes* 70:854–866. <https://doi.org/10.2337/db20-0487>
- 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.
- Kwon & Kim (2017). What is fetal programming?: a lifetime health is under the control of in utero health. *Obstet Gynecol Sci*. 2017 Nov; 60(6): 506-519. doi: 10.5468/ogs.2017.60.6.506.
- 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.

- Nordic Perinatal Statistic (2018). Statistical report 13/2020. Available at <https://thl.fi/en/web/thlfi-en>
- 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.
- Rasmussen TD et al (2021). Social and ethnic disparities in stillbirth and infant death in Denmark, 2005-2016. *Nature. Scientific Reports* 11:8001. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-87084-3>
- 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 har ansvar for og 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, arbejds- og miljømæssige 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 også [afsnit 2.3](#) og [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 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](#).

I det følgende er anbefalingerne beskrevet på grundniveau og udviklingsniveau.

Anbefalinger på grundniveau er beskrevet i tidligere udgaver af *Anbefalinger for svangreomsorgen* og vil oftest være implementeret inden for den eksisterende opgaveløsning. Udviklingsniveauet peger fremad, angiver en retning for videreudviklingen af området og beskriver de tiltag, som regioner og kommuner med fordel kan udvikle og implementere hen ad vejen.

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. 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 vedrørende graviditet, fødsel eller barn kan betyde, at den fødende skal visiteres til fødsel på et 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 m.v., samt ved væsentlige ændringer heri.

Som led i deres sundhedsplanlægning udarbejder regionerne fødeplaner, der beskriver samarbejdet mellem det regionale svangre- og fødetilbud, praktiserende læger og den kommunale sundheds-

tjeneste. 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 behandling af høj kvalitet, sammenhæng mellem ydelserne, let adgang til information, et gennemsigtigt sundhedsvæsen og kort ventetid på behandling, jf. sundhedslovens § 2 samt de generelle principper om let og lige i adgang til sundhedsvæsenet

Som grundlag for Sundhedsstyrelsens rådgivning gælder nærværende anbefalinger og derudover *Styrket akut-beredskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen, Anbefalinger for organisering af fødetilbud* og "specialeplanen", herunder særligt de gældende specialevejledninger i gynækologi og obstetrik og i pædiatri.

2.3 Et differentieret tilbud

Der anbefales en differentiering og niveaudeling af svangreomsorgen med henblik på at tilbyde den gravide og hendes partner 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, der identificeres hos den gravide, barnet og familiens samlede situation. Som udgangspunkt omfatter niveau 1 og 2 problemstillinger, der kan løses inden for svangreomsorgens flerfaglighed, mens niveau 3 og 4 kræver tværfaglige og tværsektorielle indsatser. Den gravides niveauplacering bør revurderes gennem graviditeten, idet problemer kan opstå og løses undervejs.

Niveau 1 er det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødsels-hjælp og barselspleje til den gravide og hendes partner, hvor graviditeten vurderes som normal uden øget risiko, og hvor der ikke er andre risikoforhold hos de kommende forældre. Ydelserne tilbydes af jordemoderen og praktiserende læge.

Niveau 2 er et udvidet tilbud til kommende forældre, som har behov for flere ydelser fra jordemoder og/eller fødselslæge eller praktiserende læge end det, der tilbydes kommende forældre på niveau 1. 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 par med tidligere

dårlig fødselsoplevelse, par som tidligere har mistet et barn, kvinder som har haft mislykket ammeforløb eller kvinder med en somatisk eller psykisk lidelse, som er velbehandlet, men hvor der kan være behov for ekstra undersøgelser. De kommende forældre indplaceret på niveau 2 har behov for ekstra eller længere konsultationer, der kan imødekomme de problemer eller erfaringer, der kan få betydning for moderens og/eller barnets sundhed, og som kan håndteres inden for svangreomsorgens almene tilbud. Ydelserne tilpasses parrets individuelle behov. Der kan henvises til særlige tilbud, der er etableret i regionen eller kommunen, fx rygestop- eller vægtstopkurser i henhold til sundhedsaftaler m.m.

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

Gravide med fysiske eller psykiske sygdomme, og gravide, der er sårbare, eller hvor de kommende forældre er socialt udsatte kan vurderes ud fra følgende, hvor der kan være overlap mellem de opstillede grupperinger:

- Kvinder med somatiske lidelser: diabetes, epilepsi, svær overvægt, gastric bypass, medfødte eller erhvervede hjertesygdomme/-lidelser, funktionelle lidelser, o.a., der fordrer samarbejde med speciallæger eller andre fagpersoner uden for svangreomsorgen
- Kvinder og mænd med psykiske lidelser: angst, depression, spiseforstyrrelse, traumer, ADHD, OCD o.a., som ikke er velbehandlede og derfor kræver inddragelse af psykiater eller andre relevante fagpersoner under graviditeten, se [kapitel 14](#)
- Kommende forældre med sociale problemer: konfliktfyldte forhold/vold i hjemmet, utrygt eller ambivalent tilknytningsmønster på baggrund af problematisk opvækst, manglende job/uddannelse/bolig, økonomiske problemer, sparsomt netværk, ung alder/mental umodenhed, uønsket enlig, skiftende partnere, partner i

fængsel, kulturelle forhold af betydning for graviditet, fødsel og forældreskab o.a., se [kapitel 4](#)

- Kvinder og mænd med andre sårbarheder: manglende følelser for eller engagement i graviditeten, tidligere aborter/mistet/handicappet/ alvorligt sygt barn, langvarig fertilitetsbehandling forud for graviditet, alvorlig sygdom i familien eller nyligt tab af nær pårørende o.a.

Såfremt parrets eller den enes udfordringer kræver tværsektorielt samarbejde og medvirken af hjemkommune, skal den kommunale, tværfaglige gruppe inddrages med henblik på at 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, fx familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud, dvs. ydelser på højt specialiseret niveau. De kommende forældre indplaceres på dette niveau, når der er tale om særligt komplicerede problemstillinger, fx skadende forbrug af alkohol, rusmidler eller afhængighedsskabende medicin, svære psykiske lidelser og/eller alvorlig social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem forældre og barn og varetagelse af barnets tarv. For kommende forældre på niveau 4 skal der altid iværksættes et tværsektorielt samarbejde med socialforvaltningen, jf. servicelovens bestemmelser. 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. Visitation til relevante tilbud baserer sig på kvindens obstetriske anamnese, risikoprofil, niveauplacering samt kvindens egne oplysninger samt 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 forskel-

lige 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 og varetage kvindens forløb, når det gælder den ukomplicerede 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. Det er typisk den praktiserende læge, der ved behov henviser til regionens Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling. Det kan ske i forbindelse med første graviditetskonsultation eller eventuel prækonceptionel rådgivning – men henvisning hertil kan også ske via andre specialer eller via jordemoderen, arbejdsgiveren eller den gravide selv (ved henvendelse på hotline).

Jordemoderen og/eller speciallægen i gynækologi og obstetrik (fødselslægen) er ansvarlig for at involvere andre faggrupper og/eller kommunale tilbud. Det kan eksempelvis være tale om læger fra andre specialer, sundhedsplejersker, psykologer, fysioterapeuter eller professionelle med socialfaglig kompetence. Ansvar for koordinering af forløbet aftales lokalt. Gravide med særlige behov tilbydes besøg af sundhedsplejersken i graviditeten, jf. bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge § 12 og § 16. Jordemoderen orienterer den gravide om de tilbud, som findes lokalt.

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 2.8.2](#).

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 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 med undersøgelsen af moderen 8 uger efter fødslen. I almen praksis tilbydes børneundersøgelsen af det nyfødte barn 5 uger efter fødslen, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge*. 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

Jordemoderen har det faglige ansvar og varetager forløbet under graviditet, fødsel og barsel for kvinder med ukompliceret graviditet og fødsel. Jordemoderen er den fagperson, som 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 jordemoderen 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 eksempelvis [kapitel 4](#) om kendt jordemoderordning.

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

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, hvor der er tilstødende sygdomme og komplikationer. Øvrige personalegrupper som uddannelsessøgende læger, sygeplejersker, jordemødre m.v. kan deltage i behandlingen under speciallægens ansvar.

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

2.5.4 Sundhedsplejersken

Sundhedsplejersker samarbejder med relevante fagpersoner i både primær- og sekundærsektoren. Gravide indplaceret på niveau 3 og 4 tilbydes besøg af sundhedsplejersken i graviditeten. Under graviditetsbesøget vurderer sundhedsplejersken sammen med familien de ressourcer, netværk o.a., der kan bidrage til at sikre familien de bedste mulige betingelser for en sund start på livet. 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/sygeplejersken efter fødslen, at sektorovergangen finder sted, så det i videst muligt omfang opleves som et sammenhængende forløb for familien. Efter fødslen tilbyder sundhedsplejersken hjemmebesøg til alle familier med henblik på at vurdere, om barnet får sufficient ernæring, og at eventuelle komplikationer af fysisk eller psykisk karakter hos forældrene eller barnet erkendes, og at familien i givet fald henvises til vurdering og eventuel behandling. Desuden støtter sundhedsplejersken forældrene i udvikling af forældreskabet og i omsorgen for barnet.

2.6 Valg af fødested

I Danmark kan kvinder vælge at føde på en fødeafdeling eller en fødeklinik på sygehus, ved hjemmefødsel eller på en fødeklinik uden for sygehusregi. Langt de fleste fødsler foregår på hospital, mens

2-3 % føder ved hjemmefødsel og under 1 % på fødeklinikker (Sundhedsdatastyrelsen, Det Medicinske Fødselsregister).

Regionerne har pligt til at yde vederlagsfri jordemoderhjælp, hvis den gravide ønsker at føde i hjemmet, jf. sundhedslovens § 83.

For nærmere beskrivelse af mulige fødesteder henvises til Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for organisering af fødetilbud* (2021), der beskriver en fælles faglig ramme for organiseringen af fødeområdet og de forskellige fødetilbud i Danmark. Anbefalingerne skaber en national ramme for indholdet i den information, der bør gives til de fødende og deres familier, således at de har det bedste mulige grundlag for at træffe beslutninger omkring valg af fødested.

2.7 Organisering af det sundhedsfaglige tilbud i barselsperioden

I barselsperioden samarbejder fødestedets 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 knytter sig til observation af mor og barn efter fødslen samt tilbud om screeninger. Uanset at forældrene er udskrevet fra sygehuset, kan disse opgaver ikke løses af primærsektoren alene, idet nogle af dem 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 samt understøtte kvindens/familiens fysiske og mentale tilstand efter fødslen.

Samarbejdet mellem den obstetriske afdeling og den kommunale sundhedstjeneste skal sikre den bedste mulige sundhedsfaglige varetagelse af de forskelligartede opgaver, således at:

- screeninger af nyfødte 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 fysiske og mentale tilstand efter fødslen samt efterfødselssamtalen gennemføres systematisk som afslutning på graviditet og fødsel og med blik for en eventuel kommende sund graviditet og fødsel.

Fordelingen af opgaver i henholdsvis 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.sundhedsdatastyrelsen.dk

2.7.1 Barselsophold

Barselsophold kan foregå i hjemmet, eller på barselsafsnit på sygehuset, fødeklinik, barsel-/patienthotel og lignende, hvor der er mulighed for fornøden sundhedsfaglig støtte, se [kapitel 13](#). Ved komplicerede forhold kan barselsopholdet 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 barselopholdet. Ca. 10 % af nyfødte indlægges på neonatalafdeling efter fødslen. Neonatalafdelingerne bør have faciliteter, som kan rumme hele familien. Let syge nyfødte kan observeres, plejes og behandles på en barselsafdeling. Efter kejsersnit bør barnet følge moderen eller være sammen med sin anden forælder.

Fødeafdelinger og klinikker bør tilstræbe, at familien kan være sammen i hele fødsels- og barselforløbet.

2.7.2 Efter udskrivning

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

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

- Virtuel kontakt med alle flergangsfødende, der udskrives inden for 24 timer
- 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 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 den obstetriske afdeling og kommunen i samarbejde udarbejder lokale retningslinjer for, hvorledes man forholder sig, såfremt moderen ikke ønsker kontakt med en 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. Hvis samtykke ikke kan opnås, kan orientering af praktiserende læge og sociale myndigheder ske uden samtykke i henhold til 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

Jordemoderen eller den obstetriske afdeling, som familien er tilknyttet, tilbyder åben rådgivning 24 timer i døgnet op til 7 dage efter fødslen. Jordemoderen tilbyder hjemmebesøg inden for 1-2 døgn efter fødslen til førstegangsfødende og virtuel kontakt (telefon/video) til flergangsfødende. Familien tilbydes konsultation på fødeafdelingen 48-72 timer efter fødslen. Private jordemødre har samme forpligtelse til at informere sundhedsplejen om fødslen som de offentlige.

Kommunen tilbyder barselsbesøg ved sundhedsplejerske på 4.-5.-dagen, se også [kapitel 13](#).

2.8 Kommunikationsredskaber

2.8.1 Nuværende svangerskabs- og vandrejournal

På tidspunktet for publicering af nærværende anbefalinger består graviditetsjournalen af en svangerskabs- og en vandrejournal i papirform. 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 det ønskede fødested. Det er vigtigt, at den praktiserende læge i afsnittet "samlet vurdering af ressourcer og risici" udarbejder et godt resume af anamnesen, objektive fund, resultat af undersøgelser, arbejdsmiljømæssige eksponeringer, sociale og psykologiske forhold og igangsatte undersøgelser samt opdaterer FMK. 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

På tidspunktet for publicering af nærværende anbefalinger arbejdes der på at udvikle et digitalt redskab – en app – som fremover vil kunne erstatte den fysiske graviditetsjournal (vandre- og svangerskabsjournalen). Det digitale redskab forventes at blive implementeret i 2022. Det 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 det ønskede fødested. Det er vigtigt, at den praktiserende læge i afsnittet "samlet vurdering af ressourcer og risici" udarbejder et godt resume af anam-

nesen, objektive fund, resultater af undersøgelser, arbejdsmiljømæssige eksponeringer, 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 sin graviditetsmappe, ligesom appen vil indeholde generel sundhedsinformation til kommende forældre om graviditet, fødsel og barsel.

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 (2020). *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

Svangreomsorgen danner rammen for et individualiseret forløb, som dækker de helbreds-mæssige, psykologiske og sociale aspekter af graviditet og barsel. 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 har følgende indhold:

- Rådgivning forud for graviditet (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 af kvinden efter fødslen².

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 (VIBIS 2018).

3.1 Prækonceptionel rådgivning

Anbefalinger vedr. prækonceptionel rådgivning

- Ved behov tilbydes prækonceptionel rådgivning i almen praksis.
 - Emnerne for prækonceptionel rådgivning kan omfatte en række emner, som udvælges efter behov, herunder bl.a. livsstilsrådgivning, folsyre, vaccinationsstatus, medicinske problemstillinger, lægemidler og fertilitet.
-

2 5-ugers undersøgelsen af barnet i almen praksis er beskrevet i Sundhedsstyrelsens *Vejlledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*.

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 langt sigt – og kan have det for de efterfølgende generationer (Beckmann 2014, Temel 2014, Hemsing 2017, Stephenson 2018). WHO anbefaler, at der tilbydes en systematisk prækonceptionel indsats.

Det bedste udgangspunkt for et ukompliceret forløb af graviditet og fødsel er, at kvinden ved graviditetens indtræden er sund og rask, normalvægtig, ikke ryger og ikke bruger rusmidler. Det er også væsentligt, at en eventuel kronisk sygdom er velbehandlet og i en rolig fase. Prækonceptionel rådgivning kan øge kvinder og mænds viden om betydningen af egen sundhedstilstand før graviditet og kan forbedre sundhedsadfærden.

Fosterprogrammering starter fra befrugtningstidspunktet, og de første 8 uger af graviditeten er en kritisk periode, hvor fostrets 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 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 udcome.

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.

Grundniveau

Den praktiserende læges forudgående kendskab til kvinden/de kommende forældre giver gode muligheder for en øget opmærksomhed om rådgivning og eventuelt supplerende undersøgelser forud for en ønsket graviditet. Ved behov tilbyder den praktiserende læge prækonceptionel rådgivning, se [afsnit 3.1.2](#).

Udviklingsniveau

På sigt bør prækonceptionel rådgivning tilbydes systematisk til kvinder og mænd, som ønsker at blive forældre. Mange forskelligartede emner kan være relevante, både almen sundhedsfremmende vejledning og specifik målrettet rådgivning, se også [afsnit 3.1.2](#). I lyset af dette – samt udfordringen med at finde det rette tidspunkt (se nedenfor) – vil det være hensigtsmæssigt de kommende år at afprøve

forskellige modeller, metoder og arenaer for en fremtidig prækonceptionel indsats.

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/parret begynder at overveje graviditet inden for de kommende år eller måneder, og rådgivningen derfor giver mening for hende/dem. Nogle emner kan med fordel tages op, længe før en graviditet indtræder, fx fertilitet, vaccination eller vægtnab, mens andre er mere relevante tættere på graviditeten, fx fol-syre, rygning, alkoholforbrug eller justering af en eventuel medicinsk behandling.

Første trin er derfor blot at informere om, at kvinden har mulighed for at booke en tid til en forebyggende samtale sammen med sin partner inden graviditeten. Oplysningen kan gives i forbindelse med konsultationer relateret til reproduktiv sundhed, fx prævention eller screening for livmoderhalskræft. Den praktiserende læge kan ved disse konsultationer kort spørge ind til eventuelle planer om graviditet. Hvis kvinden er begyndt at overveje graviditet, oplyses hun om, at hun har mulighed for at få en forebyggende samtale i almen praksis, hvor lægen kan rådgive om relevante sundhedsmæssige tiltag, som kvinden/parret selv kan gøre for at forberede en sund graviditet og optimere barnets betingelser.

Desuden 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 parrets 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 eventuelt partners tanker, overvejelser om familieplanlægning og forventninger til en fremtidig graviditet. Den praktiserende læge vurderer på baggrund af sit kendskab til

parret, hvilke emner der er relevante. Ved behov henvises til kommunale tilbud, fx rygestop eller væggtab.

Nedenstående emner kan drøftes efter behov.

Fertilitet

- Alderens betydning for både undfangelsen, graviditeten og fødselens forløb
- Beskyttelse mod seksuelt overførte sygdomme, ikke mindst klamydia, se [kapitel 8](#).
- Tilstande, som påvirker fertiliteten, fx endometriose, PCO, blødningsforstyrrelser og nedsat sædkvalitet.

Forebyggelse

- Folsyre, se [afsnit 5.1](#)
- Alkohol og andre rusmidler, se [afsnit 5.8](#) og [afsnit 5.9](#)
- Tobak, se [afsnit 5.7](#)
- Fysisk aktivitet, se [afsnit 5.2](#)
- Overvægt, se [afsnit 9.11](#).

Medicinske problemstillinger

- Opfølgning på vaccinationsstatus, herunder MFR, hepatitis B, covid-19 og boostervaccination for DTP, se [kapitel 8](#)
- Behandling med lægemidler, inkl. information om brug af håndkøbsmedicin under graviditet
- Kroniske, behandlingskrævende medicinske eller psykiatriske tilstande, herunder overvejes henvisning til speciallæge og omstilling af medicin forud for graviditet
- Forekomst af genetisk betingede sygdomme i familien, fx cystisk fibrose, hæmoglobinopati eller Down syndrom
- Konsangvinitet (forhold hvor parterne er beslægtede, fx fætter-kusine-ægteskaber).

Andet

- Trivsel og mental sundhed
- Rejsevejledning ved forestående udenlandsrejser, henvisning til www.ssi.dk for specifik rådgivning
- Arbejds miljømæssige eksponeringer med betydning for fertilitet og graviditet, se [afsnit 5.4](#)
- Eventuelle sociale udfordringer
- Introduktion til linket www.sundhed.dk information om graviditet.

3.2 Grundforløbet i graviditeten

3.2.1 Grundforløbets overordnede struktur

For at reducere forekomsten af perinatal mortalitet og forbedre kvinders oplevelse af omsorgen anbefaler WHO, at kvinder på verdensplan tilbydes mindst 8 kontakter³ i graviditeten (her er ikke iberegnet besøg efter gestationsalder 40+0) (WHO 2016). Evidensen for, at et sufficient antal svangrekonsultationer medvirker til at nedsætte den perinatale dødelighed er dog stærkest i lavindkomstlande (Dowswell 2015). I Danmark har man, jf. kapitel 1, valgt et bredt og omfattende tilbud til svangre med henblik på sundhedsfremme og tidlig opsporing af risikograviditeter, hvad enten dette skyldes somatiske eller psykosociale forhold. Denne tilgang medvirker til målet om at nedbringe ulighed i sundhed og øge kvindernes tilfredshed.

På den baggrund er grundforløbet sammensat af 3 konsultationer hos den praktiserende læge og 5-6 konsultationer hos jordemoderen (indtil terminen). Konsultationerne er tidsmæssigt tilrettelagt ud fra obstetriske overvejelser om forhold, som man skal være særlig 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. Kvinder med fysisk eller psykisk lidelse eller med sociale problemstillinger tilbydes supplerende konsultationer ud over grundforløbet efter behov.

Alle gravide tilbydes desuden to undersøgelser af fostret i henholdsvis første og andet trimester, som beskrevet i *Retningslinjer for fosterdiagnostik* (Sundhedsstyrelsen 2017). Det enkelte forløb kan variere i både antal konsultationer og indhold, og de kommende forældre kan få tilbud om andre relevante indsatser ud over konsultationer hos jordemoder og praktiserende læge. Det kan fx være rygestopkurser, kost- og motionsindsatser eller støtte fra lokalsamfundet fra forskellige NGO'er. Får den gravide komplikationer, der gør det nødvendigt at involvere eksempelvis speciallæge, bør der tages fagligt stilling til, om andre kontakter eller undersøgelser i grundforløbet kan udelades, således at grundforløbet forlades til fordel for et skræddersyet forløb (Kreuter 2003).

Alle jordemoderkonsultationer er bygget op omkring en sundhedsfremmende og forebyggende dialog, hvor de kommende forældre sammen med jordemoderen tager beslutning om, hvad der skal ske i graviditeten samt under og efter fødslen, efterhånden som gravidi-

3 En kontakt kan være en konsultation, en telefon- eller videosamtale.

teten udvikler sig. Der tales også om, hvilke tilbud fødestedet har til parret. Helbredsundersøgelser og tidlig opsporing er integreret i alle konsultationer. Forberedelse til fødslen har et selvstændigt fokus sidst i graviditeten, medmindre kvinden tidligt udtrykker særlige bekymringer eller decideret fødselsangst, som der må reageres på tidligt for at håndtere dette.

To udvalgte konsultationer med særligt indhold

Den første jordemoderkonsultation, som helst finder sted inden udgangen af første trimester, og konsultationen i graviditetsuge 35 (førstegangsfødende) eller 36 (flergangsfødende) har et særligt indhold.

Graviditeten udgør et unikt og ganske smalt vindue for interventioner i form af såvel sundhedsfremmende som forebyggende tiltag, der anbefales iværksat så tidligt som muligt af hensyn til graviditetens og fostrets udvikling. Det anbefales derfor, at den første jordemoderkonsultation bliver afholdt i uge 10-15 og helst inden udgangen af 1. trimester. En tidlig jordemoderkonsultation øger muligheden for tidlig opsporing og intervention gennem identifikation af individuelle behov og målretning af indsatserne. Tidlig opsporing er en universel ydelse, hvilket er en forudsætning for at finde gravide i udsatte og sårbare positioner, jf. kapitel 4. Ved den første jordemoderkonsultationen anbefales at udforme en individuel plan, hvor fødestedets tilbud og muligheder drøftes og vælges af den gravide og hendes partner ud fra de behov og ønsker, der er på dette tidspunkt. Derudover er der ved den første jordemoderkonsultation et stort fokus på at drøfte og understøtte kvindens eventuelle ønsker og behov for sundhedsfremmende tiltag, rådgive om afhjælpning af tidlige graviditetsgener, samt at drøfte tanker og følelser i relation til graviditetens forløb og det kommende forældreskab. Dermed kan en tidlig jordemoderkonsultation medvirke til at skabe større tryghed hos den gravide og hendes partner.

Ved jordemoderkonsultationen i graviditetsuge 35 eller 36 drøftes den forestående fødsel. Samtalen skal omfatte anbefalinger i forhold til fx forebyggende injektion af syntocinon i.m. efter fødslen, K-vitamin til barnet, den første amning og hud mod hud-kontakt samt andre rutiner og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, som forældrene også vil blive præsenteret for kort efter fødslen. Derudover rummer samtalen tanker, ønsker og forventninger til den kommende fødsel og den tidlige barselsperiode, ligesom eventuel underkropsstilling erkendes. Samtalen afsluttes med, at konkrete beslutninger og ønsker beskrives, så det kommer til at fremgå af journalen, hvad der er ønsket og aftalt. Parret orienteres om, at det kan blive aktuelt at foreslå fravigelse af konkrete ønsker ved akutte eller sub-akutte kliniske problemer.



Ved alle konsultationer inviteres faderen/partneren til at deltage. Familiedannelse og tilknytning mellem barn og forældre starter prænatalt hos begge forældre. Samtaler og materialer om graviditet, fødsel og spædbarnspleje bør overvejende henvende sig til begge forældre.

Indholdet af de enkelte konsultationer i grundforløbet er beskrevet i [afsnit 3.5](#).

3.2.2 Henvisning til grundforløbet

Forudsætningen for, at kvindens forløb er sundhedsfagligt optimalt velkoordineret og i overensstemmelse med kvindens ønsker, er, at oplysninger om kvindens sundhedstilstand indhentes hurtigt, og at visitationen til det relevante forløb sker rettidigt og så korrekt som muligt. Det gælder også de oplysninger om psykosociale forhold, som kvinden ønsker videregivet.

Indgangen til grundforløbet er almen praksis. Når kvinden har konstateret, at hun er gravid, bestiller hun tid til første graviditetskonsultation hos sin praktiserende læge i uge 6-10. Efter første konsultation fremsender den praktiserende læge, efter aftale med kvinden, oplysninger om hendes helbreds- og familiemæssige forhold til obstetrisk afdeling via svangrejournalen (i fremtiden forventeligt via en digital henvisning, se [afsnit 2.8.2](#)).

Såfremt lægen 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 svangreniveau, 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 patientoplysninger, henvisning og visitation til forløb

Brug af patientrapporterede oplysninger er et udviklingsområde, som forventes at blive afprøvet og implementeret i de kommende år. Oplysninger fra kvinden selv, som indhentes gennem et standardiseret spørgeskema, som fremsendes digitalt, kan supplere oplysningerne fra almen praksis. Brugen af patientrapporterede oplysninger kan øge kvaliteten af visitationen, styrke patientinddragelsen og give mulighed for at udnytte tiden i konsultationen bedst muligt (VIBIS 2016).

Primær visitation på obstetrisk afdeling

Svangrejournalen fra den praktiserende læge og det oplysnings-skema, som kvinden selv udfylder, danner grundlag for den første visiterende vurdering på obstetrisk afdeling, hvor den initiale indplacering på niveau 1-4 fra almen praksis revurderes på baggrund af de samlede oplysninger. Den første jordemoderkonsultation i uge 13-15 kan således målrettes de særlige udfordringer, som kvinden/parret eventuelt har i forhold til graviditet, fødsel og familiedannelse. Erfaringsmæssigt har nogle få gravide vanskeligheder med at udfylde spørgeskemaet, fx pga. læsevanskeligheder, sprogbarrierer 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

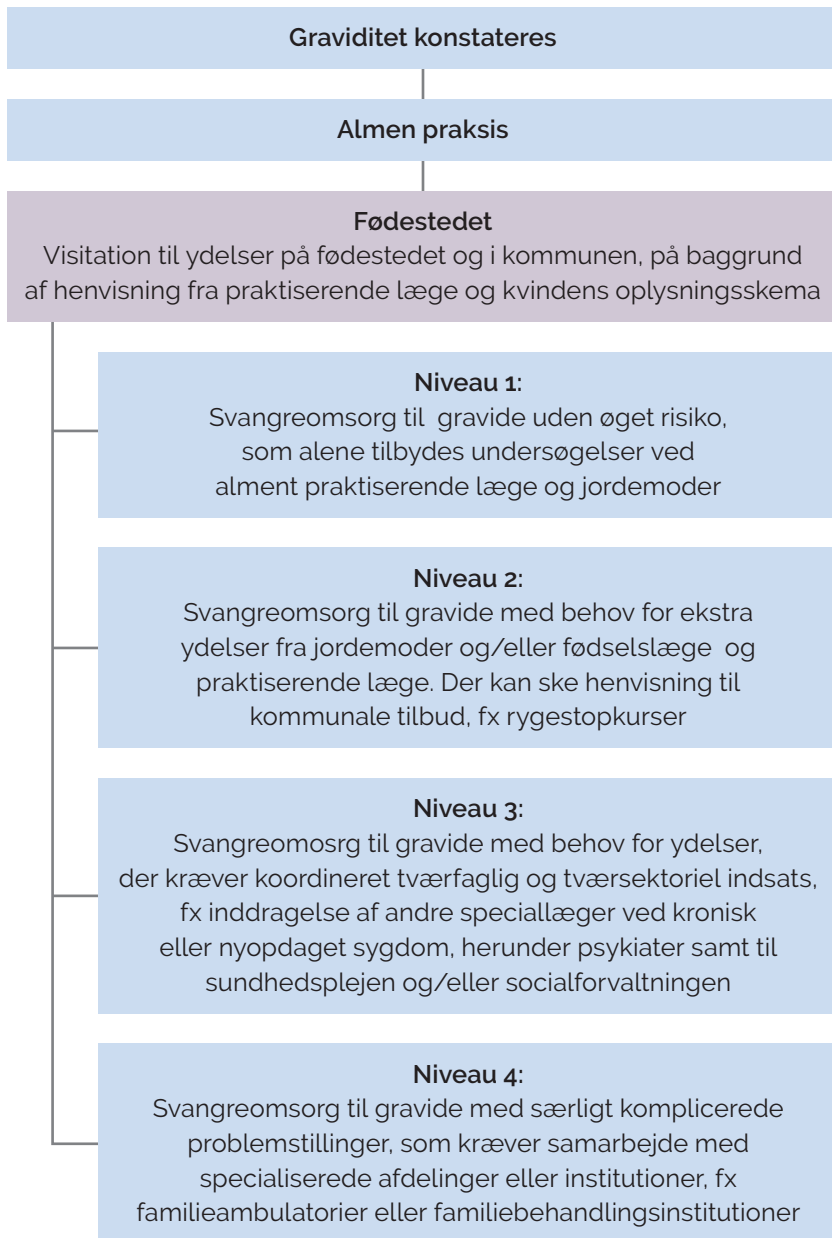
Ved den første jordemoderkonsultation aftales det individuelle forløb med de kommende forældre. Sammen vurderer de indplaceringen på de fire niveauer, og de visiteres videre til den rette indsats, se [afsnit 2.3](#) og [3.7](#).

Niveauerne knytter an til de ydelser, som 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, generelle ydelser ved alment praktiserende læge, jordemoder og/eller fødselslæge, på niveau 3-4 er der tale om tværfagligt og tværsektorielt samarbejde (jordemoder, læge på obstetrisk

afdeling, praktiserende læge – og ved særlige problemstillinger andre speciallæger, sundhedsplejerske, socialrådgiver, familieambulatorie m.fl.). Se også [kapitel 2](#).

Figur 3.1

Det initiale forløb, efter at kvinden konstaterer graviditeten



3.3 Individualisering af graviditetsforløbet

For gravide, som ikke indplaceres på niveau 1 – fx pga. komplicerende sygdomme/tilstande eller komplicerede psykosociale forhold – er grundforløbet udgangspunkt for et individuelt, skræddersyet forløb, som kan indeholde behovs-konsultationer og -undersøgelser i det omfang, det er nødvendigt for at sikre mor og barns sundhed og helbred.

Individuelle, skræddersyede forløb kan have varierende antal konsultationer og indhold alt efter de aktuelle kliniske og/eller psykosociale problemstillinger. Når der iværksættes individuelle ydelser, tages der stilling til, om grundforløbets ydelser fortsat er relevante, eller om grundforløbet udgår til fordel for det individualiserede forløb. Det afhænger af formålet med konsultationerne, som er beskrevet i grundforløbet, se [afsnit 3.5](#). Individuelle forløb justeres løbende undervejs, når problemstillinger opstår, forværres eller løses.

Grundforløbet kan således suppleres med – eller i nogle tilfælde delvist erstattes af – nedenstående tilbud. Eksempler:

- Forløb ved behov for ekstra rådgivning om ændring af livsstil, fx i forhold til overvægt, rygning, alkohol 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
- Henvielse til regionens Arbejds- og miljømedicinsk afdeling
- Yderligere 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 kommende forældre i sårbare og udsatte positioner, som beskrevet i [kapitel 4](#)
- Forberedelse til igangsættelse af fødsel.

3.4 Former for kontakt

Ved alle kontakter bør målet være, at parret gennem samtalen og undersøgelserne bliver støttet i at tage vare på graviditeten, sig selv og hinanden, og i at træffe informerede valg. Hovedformålet med nogle konsultationer vil især være helbredsundersøgelser og vurdering af fostrets vækst og udvikling, mens andre har fokus på parrets og den gravides mentale sundhed, trivsel og udvikling på vej mod forældreskab. De kommende forældre 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: Består af en samtale med og vejledning af de kommende forældre. Den første jordemoderkonsultation sker altid som en individuel konsultation. Kontakterne i almen praksis er også individuelle konsultationer.

Gruppekonsultation: Den enkelte gravide/parret vælger et forløb hos jordemoderen, hvor 4-8 kommende forældre mødes ca. 1½ time pr. gang. Ved gruppekonsultation adskilles samtalen og de kliniske undersøgelser. 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 det forestående 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 fødeafdelinger. 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 kontakt og er ikke en del af grundforløbet. De kan medvirke til, at fødeafdelingerne ikke opleves som svært tilgængelige, og erfaringerne er, at den åbne konsultation til dels kan forebygge akutte henvendelser.

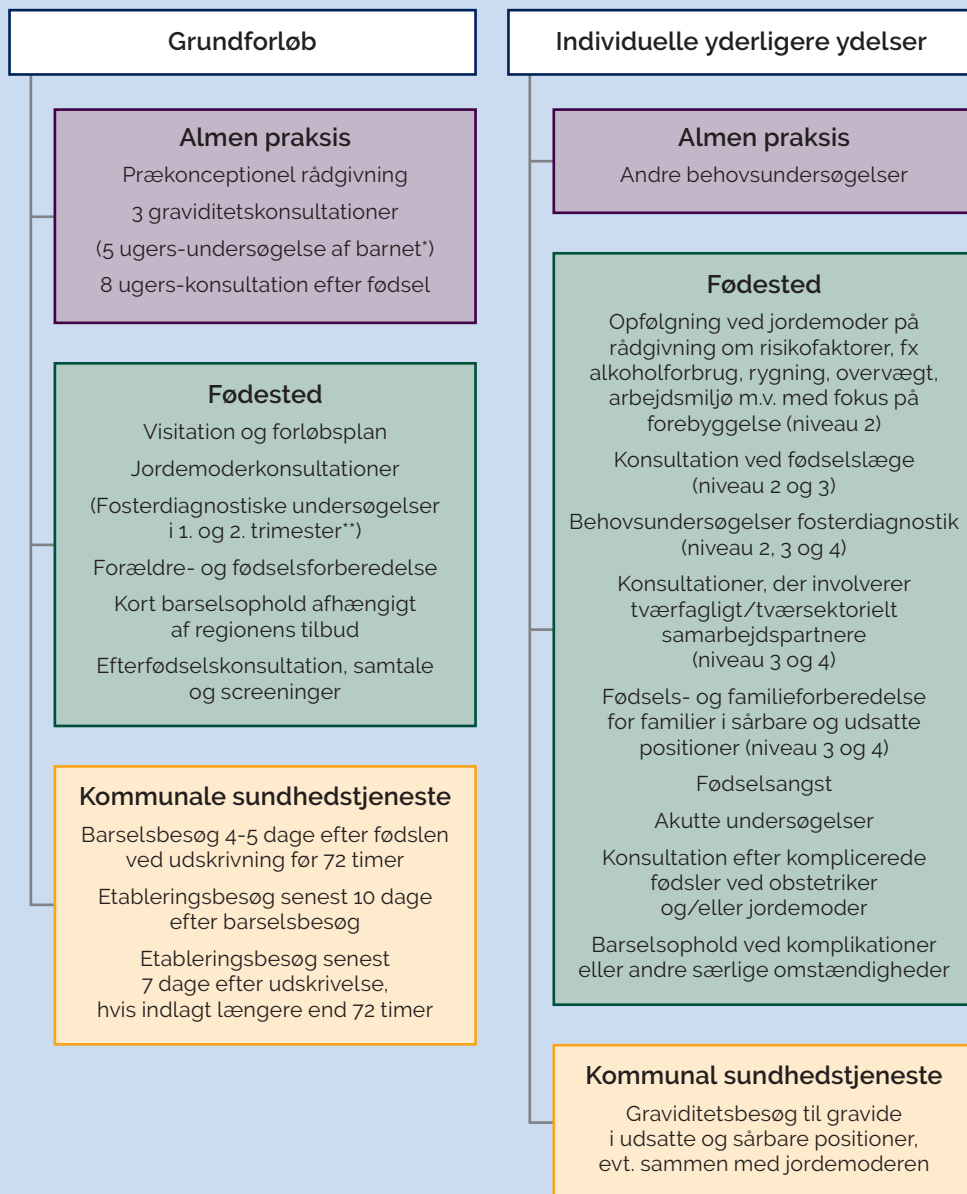
Hjemmebesøg: Besøg i hjemmet med undersøgelser, samtale og vejledning sker, når de kommende forældre ønsker at føde hjemme, og fødslen skal planlægges. Det kan også ske på grund af en kompliceret graviditet, hvor jordemoderen tilbyder en konsultation i hjemmet for at aflaste kvinden. Hjemmebesøg sammen med sundhedsplejersken kan med fordel tilbydes familier i sårbare og udsatte positioner (Sundhedsstyrelsen 2017 og 2018), se mere i [kapitel 4](#).

Fødsels- og forældreforberedelse: Forberedelse til fødsel og forældreskab 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 10](#) – og i form af individuelt tilpassede forløb til familier i sårbare og udsatte positioner, jf. [kapitel 4](#).

Andre former for kontakter: Det kan være åbent hus-arrangement med forskellige temaer, besøg på fødegang og lignende. Brugen af digitale muligheder er et område i udvikling. Det kan eksempelvis være telemedicinsk kontakt ved jordemoder eller fødselslæge og digitale platforme med forskellige funktioner såsom chat, videokonsultationer og app's. Såfremt disse muligheder anvendes, skal det ske via en sikker forbindelse og under hensyn til beskyttelse af følsomme persondata.

Figur 3.2

Struktur for svangreomsorgen



* 5-ugers-undersøgelse af barnet er beskrevet i Sundhedsstyrelsens *Vejledning om forebyggende undersøgelser til børn og unge*.

** Fosterdiagnostiske tilbud er beskrevet i Sundhedsstyrelsens *Retningslinjer for fosterdiagnostik*.

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. De undersøgelser, der foretages, udføres med henblik på tidligt at opspore fysiologiske forhold, der kan medføre risici for såvel mor som foster. Udover undersøgelserne drøftes de emner, som de kommende forældre har behov for at vende med de professionelle, som også kan inddrage de overordnede temaer, der angives nedenfor.

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 (Jørgensen 2017).

I 1. trimester bør der især være fokus på kroppens forandring, kvinders og mænds psykologiske processer ved graviditet, eventuelle forløb af tidligere graviditeter, fødsler og amning, eventuel fødselsangst, levevilkår og livsstil. Hvis det er relevant, drøftes tilbud om intervention i forhold til fx rygestop samt behovet for henvisning til andre instanser, herunder arbejdsmedicinsk klinik eller den kommunale forvaltning. For gravide og familier i socialt udsatte positioner 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 (Sundhedsstyrelsen 2017 og 2018).

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

I 3. trimester er fokus på undersøgelser af mor og vurdering af barnets vækst, information og tanker om fødslen, opfølgning på tidligere drøftelser om amning, parforhold og seksualitet, familiedannelse og mestring af nye og uvante forældreroller, barselsperioden og screeningstilbud af det nyfødte barn.

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.

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	Henvi sning til fødested	X		X		Første graviditetskonsultation hos praktiserende læge
Uge 11-13	1. trimesterscanning					Der henvises til <i>Retning s linjer for fosterdiagnostik</i>
Uge 10-15	Visitation, individuel plan, sundhedsfremme og forebyggelse		X	X		Første jordemoderkonsultation, helst inden udgang af 1. trimester
Uge 18-20	2. trimesterscanning					Der henvises til <i>Retning s linjer for fosterdiagnostik</i>
Uge 21	Risikoopsporing, sundhedsfremme og opfølgning på beslutninger/tiltag		X	X		
Uge 25	Anden konsultation i almen praksis	X		X		
Uge 29	Risikoopsporing, sundhedsfremme og opfølgning på beslutninger/tiltag		X	X		
Uge 32	Risikoopsporing, sundhedsfremme og opfølgning på beslutninger/tiltag	X		X		
Uge 35	Fødselssamtale: Beslutninger om fødslen, ønsker og forventninger		X			For førstegangsfødende
Uge 36	Fødselssamtale: Beslutninger om fødslen, ønsker og forventninger				X	For flergangsfødende
Uge 37	Risikoopsporing, sundhedsfremme og opfølgning på ønsker/beslutninger/tiltag		X			
Uge 39	Risikoopsporing, sundhedsfremme og opfølgning på ønsker/beslutninger/tiltag		X		X	
Uge 41	Overtidsvurdering		(X)		(X)	Tilbydes kvinder som endnu ikke har født
48-72 timer efter fødslen	Vurdering af mor og barns tilstand efter fødslen		X		X	Tilbud om screening af den nyfødte Fødselsforløbet drøftes og ved behov aftales en uddybende efterfødselssamtale
8 uger efter fødslen	Afrunding efter graviditets- og fødselsforløbet	X		X		Vurdering af mors fysiske og forældrenes mentale tilstand samt familiens trivsel efter fødslen

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

3.6 Første konsultation i almen praksis – uge 6-10

Første undersøgelse i almen praksis omfatter helbredsundersøgelse, samtale og henvisning til det ønskede fødested. 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. Der opfordres til, at begge de kommende forældre deltager i konsultationen.

3.6.1 Formål

- 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, herunder tilbud om de to scanninger og formålet med disse
- At drøfte relevante forhold omkring livsstil og eventuelle ønsker om ændring på baggrund af graviditeten i forhold til kvindens og barnets sundhed og helbred
- At henvise kvinden til det ønskede fødested.

3.6.2 Undersøgelser

1. Undersøgelse/urinmikroskopi/urinstix for nitrit og leucocytエステ-rase, asymptomatisk bakteuri. Ved positivt resultat suppleres med urindyrkning
2. Urinstix for glukose og protein
3. Måling af blodtryk
4. Blodprøve til undersøgelse for blodtype og irregulære blodtype-antistoffer samt screening for hepatitis B, hiv og syfilis
5. Doubletest (hvis kvinden ønsker prænatal diagnostik)
6. MFR-status (hvis kvinden ikke kender sin vaccinationsstatus)
7. Baseret på anamnese – eller når det er relevant – undersøges for klamydia, gonoré, herpes, hæmoglobin, MCV, serum-jern, D-vitamin-status, hæmoglobinopatier og screening for gestationel diabetes
8. Vejning
9. Gynækologisk undersøgelse/vaginaleksploration foretages kun på indikation.

Læs mere i [kapitel 6](#), [8](#) og [9](#) om de enkelte undersøgelser.

3.6.3 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 fx om graviditeten har været ønsket. Eventuelle kroniske sygdommes betydning for graviditeten og fødsel vurderes, herunder medicinindtag, og kvinden/parrets psykosociale forhold drøftes. Vaccinationsstatus og eventuelle risikofaktorer for infektioner afklares, herunder bl.a. herpes hos kvinden og hendes partner, se [kapitel 8](#).

I samtalen kan desuden indgå nedenstående forhold, hvis det er relevant:

- Tidligere aborter og fertilitetsbehandlinger
- Tidligere graviditeter og fødsler
- Vurdering af risici pga. arvelige sygdomme eller konsangvinitet med henblik på eventuel henvisning til genetisk rådgivning
- Arbejdsmiljømæssige risici for skadelig påvirkning af fostret og/eller kvindens helbred under graviditeten.

Kvindens eventuelle graviditetsgener (kvalme, opkastninger, træthed) drøftes, vurderes og ved behov behandles i almen praksis. Se desuden kapitel 9 om hyperemesis gravidarum og [bilag 5](#).

2. Generel information om svangreomsorgens grundforløb

Svangreomsorgens fire niveauer og de ydelser, der knytter sig hertil, præsenteres, og initial indplacering drøftes med parret med henblik på at få visiteret til den rette indsats så tidligt som muligt. Parret informeres om, at svangreomsorgens forløb kan være meget fleksibelt afhængigt af, hvordan graviditeten udvikler sig. Der orienteres om tilbud om prænatal diagnostik og henvises til Sundhedsstyrelsen informationsmateriale herom, findes på www.sst.dk

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

3. Livsstil og kosttilskud

Kvindens eventuelle forbrug af alkohol, tobak og euforiserende stoffer drøftes, se også bilag 2. Såfremt der er et forbrug, søges kvinden/parret motiveret til at undgå alkohol i graviditeten, at stoppe med rygning og/eller stoppe brug af euforiserende stoffer, såfremt der er et forbrug. Parret orienteres om, at der vil ske henvisning til det regionale familieambulatorie ved brug af alkohol eller euforiserende stoffer.

Kvinden orienteres om kosttilskud, herunder betydningen af folsyre, hvis kvinden ikke tager dette allerede. Øvrige emner præsenteret i kapitel 5 kan drøftes efter behov og relevans.

4. Henvisning til det ønskede fødested

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

- Kronisk, somatisk sygdom og/eller psykisk lidelse hos kvinden eller hendes partner, herunder medicinstatus
- Arvelige sygdomme i familien, konsangvinitet samt andre årsager til behov for genetisk rådgivning
- Arbejdsmæssige forhold af betydning for mor og fosters sundhed og helbred.

3.7 Første jordemoderkonsultation – uge 10-15

Den første jordemoderkonsultation bør afholdes inden udgangen af 1. trimester af hensyn til tidlig opsporing, sundhedsfremme og reduktion af social ulighed i sundhed, jf. [afsnit 3.2.1](#). Der kan dog være situationer, hvor det ikke kan nås, fx hvis kvinden først har erkendt graviditeten sent i 1. trimester. I givet fald afholdes første jordemoderkonsultation senest i uge 15.

Den første jordemoderkonsultation er altid en individuel konsultation, hvor mødet med parret, henvisningen fra praktiserende læge og det oplysningsskema, som kvinden selv har udfyldt, skaber et overblik over kvindens og parrets samlede situation, fysisk, mentalt og psykosocialt. Overblikket anvendes til at planlægge parrets forløb frem mod fødsel og barsel.

3.7.1 Formål

Formålet med den første tidlige sundhedsfremmende og forebyggende jordemoderkonsultation er at lære de kommende forældre at kende, at skabe overblik, at tilbyde relevante, tidlige livsstilsinterventioner, henvise til andre relevante sundhedsprofessionelle samt at styrke parrets self-efficacy frem mod forældreskab (Tilden 2016). Desuden skal konsultationen give mulighed for at drøfte graviditetsgener, fx kvalme og træthed, der ofte har præget første trimester.

3.7.2 Undersøgelser

1. Urinstix for glukose og protein
2. Måling af blodtryk.

3.7.3 Indhold i konsultationen

Samtalen tager udgangspunkt i henvisningen fra almen praksis, kvindens selvrapporterede oplysninger og i de emner, der er relevante for de kommende forældre. 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 helbred, mental sundhed, trivsel og psykosociale forhold med henblik på at tilrettelægge det rette forløb.

Samtalen med de kommende forældre 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: samtale om tidligere graviditet og fødsel.

2. Fremme af egen og barnets sundhed

Jordemoderen drøfter sammenhængen mellem mor og barns sundhed under graviditeten med udgangspunkt i parrets viden og ønsker om forandring. Det kan fx dreje sig om mad- og spisevaner, vægtøgning, rygning, alkoholforbrug og motionsvaner, som kan påvirke fostrets udvikling og graviditetens forløb. Ved behov motiveres til konkrete, positive livsstilsændringer og henvises til relevante tilbud.

Ved første konsultation er de kommende forældres indbyrdes forhold og trivsel samt parrets sociale forhold væsentlige temaer, 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 de kommende forældre tilrettelægges jordemoderen en plan for graviditeten og drøfter

indplaceringen på svangreomsorgens fire niveauer. Nødvendige 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 enten af socialfaglig eller sundhedsfaglig karakter. Behov for særlige tilbud eller støtte indgår i den plan, der lægges for forløbet. Planen såvel som indplaceringen bør revurderes ved konsultationerne gennem resten af graviditeten.

Det aftales 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](#). Efter aftale med parret kan der sendes besked om graviditeten til sundhedsplejen i hjemkommunen.

3.8 Jordemoderkonsultation – uge 21

Konsultationen kan være individuel eller i gruppe. De kommende forældre har på dette tidspunkt en mere klar opfattelse af barnet i livmoderen og orienterer sig mod at få en god graviditet og et godt forældreskab efter fødslen.

3.8.1 Formål

- At drøfte kvindens og familiens trivsel og eventuelle spørgsmål efter scanning
- At foretage risikosporing af præeklampsi, diabetes og truede for tidlig fødsel
- At give opbakning til livsstilsændringer ved behov
- At støtte tilknytningen mellem forældre og barn
- At drøfte forældrenes forestillinger, viden og erfaringer mht. fødsel, amning og barselstid
- At justere planen for resten af graviditeten og det videre forløb, herunder niveau-indplacering.

Konsultationen kan være individuel eller i gruppe. Det kræver mere forberedelse og pædagogisk tilrettelæggelse, hvis man ønsker at tilbyde gruppekonsultationer, da processen skal understøttes didaktisk, for at alle forældrene får noget ud af det.

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

Eventuelt kønsopdelte grupper ved gruppekonsultation: Afhængigt 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.

3.8.2 Undersøgelser

1. Lytte til fostrets hjertelyd
2. Blodtryksmåling
3. Urinstix for glukose og protein
4. Vejning og ved behov rådgivning om vægtøgning, kost og fysisk aktivitet.

3.8.3 Indhold i konsultationen

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

Typiske graviditetsgener drøftes: ligament- og bækken smerter, søvnproblemer, uro i ben/ kramper og humørsvingninger, ligesom der tales om fornemmelsen af liv. Der orienteres om faresignaler såsom udflåd, tyngdefornemmelse, blødning og smerter, og om hvornår og hvordan kvinden skal reagere på de forskellige signaler. Jordemoderen støtter og vejleder i forhold til de fysiske og mentale forandringer, herunder bækkenbundstræning inkl. instruktion.

3.9 Konsultation i almen praksis – uge 25

Konsultationen bidrager til at sikre tilknytningen mellem den praktiserende læge og den kommende familie i forhold til barnets og familiens sundhed og trivsel frem mod fødsel og forældreskab. Konsultationen skal desuden bidrage til tidlig opsporing af en række potentielle risici i resten af graviditeten med henblik på forebyggelse, fx rhesus profylakse.

3.9.1 Formål

- At vurdere kvindens og familiens generelle trivsel, herunder om der er belastninger af forskellig karakter, fx arbejdsmæssige
- At understøtte iværksatte livsstilsændringer ved behov
- At foretage risikosporing af obstetriske komplikationer, herunder diabetes, præeklampsi og bakteriuri
- At drøfte samliv og familieforhold
- At tage blodprøve på rhesus-negative gravide til bestemmelse af fostrets blodtype og undersøgelse for blodtypeantistoffer.

3.9.2 Undersøgelser

1. Livmoderens størrelse
2. Fostrets hjertelyd
3. Den gravides almentilstand, inkl. ødemer
4. Blodtryksmåling
5. Urinstix for glukose og protein
6. Urinundersøgelse for asymptomatisk bakteriuri
7. Vejning efter behov mhp. fortsat rådgivning om vægtøgning, kost og fysisk aktivitet
8. Blodprøve på rhesus-negative gravide til bestemmelse af fostrets 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](#).

Ad 6: Ved fund af gruppe B-streptokokker (GBS) i urinen noteres dette i 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 fostrets RhD-type, således at fødeafdelingen har svaret, når kvinden kommer til jordemoderkonsultation i uge 29, se [afsnit 3.10](#) og [kapitel 7](#).

3.9.3 Indhold i konsultationen

Samtalen har fokus på parrets oplevelse af graviditeten til nu og på familiemæssige forhold, herunder samliv, familiemønstre og eventuelle konflikter af betydning for graviditet, fødsel og forældreskab. Graviditetsgener typisk for gestationsalderen kan drøftes – liggament- og bækken smerter, søvnproblemer, uro i ben/kramper og humørsvingninger – og der vejledes om, hvornår kvinden skal reagere på *ikke* at mærke liv.

Der kan 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 eventuel fraværsmelding.

Fødselsdepression kan starte i graviditeten og er vigtig at opspore, da det kan få stor betydning for forældre og barns mentale sundhed og trivsel. Ved mistanke om for tidlig udvikling af fødselsdepression hos en af de kommende forældre kan lægen undersøge dette ved hjælp af den validerede Edinburgh Postnatal Depression Scale, der kan anvendes i graviditeten som støtteredskab til opsporing, uanset at den ikke er valideret til brug i graviditeten, læs mere i [kapitel 14](#).

3.10 Jordemoderkonsultation – uge 29

Konsultationen tilbydes individuelt eller i gruppe. Samtalen inkluderer drøftelse af ønsker og forventninger til amning, hvis forældrene er parate til det.

3.10.1 Formål

- At drøfte den gravides velbefindende og parrets/familiens trivsel
- At foretage rhesus-profylakse
- At foretage risikoopsporing af præeklampsi, diabetes, væksthæmning af fostret og truende for tidlig fødsel
- At drøfte ønske om amning og forventninger hertil
- At følge op på eventuelle problemstillinger af psykosocial karakter med henblik på:
 - støtte til fortsatte ændringer af livsstilsmæssig karakter, fx rygestop eller vægtvedligeholdelse
 - opfølgning på samarbejdet med kommunen om støtteforanstaltninger både under resten af graviditeten og efter fødslen
- At justere planen for resten af graviditeten og niveauindplacering ved behov.

3.10.2 Undersøgelser

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

Rhesus profylakse

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

3.10.3 Indhold i konsultationen

Samtalen tager udgangspunkt i opfølgning på tidligere samtaler og undersøgelser samt den gravides eller parrets deltagelse i særlige interventioner, fx rygestop. Parrets trivsel og tanker om resten af graviditeten, fødslen og barselsperioden drøftes. Der spørges til barnets aktivitet og vejledes om at reagere ved mindre liv eller andre væsentlige forandringer, fx blødninger og smerter, tiltagende plukkeveer og kløe med henblik på, at parret ved, hvornår det er relevant at henvende sig til fødeafdelingen.

At tale om amning allerede i graviditeten har betydning for ammeforløbet (McFadden 2017), men der er ikke evidens for, hvornår tidspunktet er bedst. Jordmoderen bør derfor i samråd med parret tage emnet op, når det giver mening for dem. Med udgangspunkt i *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen 2021, supplerer og styrker jordmoderens den gravides og parrets self-efficacy og viden om amning, såfremt kvinden ønsker at amme. Jordmoderen 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](#).

3.11 Konsultation i almen praksis – uge 32

3.11.1 Formål

- At vurdere den gravides generelle trivsel, herunder bl.a. behovet for aflastning
- At vurdere graviditetens udvikling og foretage risikoopsporing af præeklampsi, diabetes, væksthæmning af fostret og truende for tidlig fødsel
- At tale om forventninger til fødsel, barselsperiode og amning.

3.11.2 Undersøgelser

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

3.11.3 Indhold i konsultationen

Samtalen omfatter den gravide og parrets trivsel, og eventuelle graviditetsgener drøftes. Lægen vurderer kvindens oplevelse af belastning i graviditeten, eksempelvis plukveer m.v. med henblik på at forebygge for tidlig fødsel (aflastning). Parrets tanker og overvejelser i forbindelse med fødslen og de første dage/uger med barnet drøftes, herunder partnerens rolle og opgaver under fødslen, netværk og barselsmuligheder for partneren. Genoptagelse af seksualliv efter fødslen kan også være et relevant emne.

Ved den sidste lægeundersøgelse før fødslen bør lægen have særlig fokus på forhold, som medfører behov for vurdering ved obstetriker eller andre speciallæger.

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

Parret informeres om tidspunkt for og indhold af den første børneundersøgelse hos den praktiserende læge 5 uger efter fødslen samt den efterfølgende lægeundersøgelse af kvinden 8 uger efter fødslen.

3.12 Jordemoderkonsultation – uge 35-36

Uge 35 for førstegangsfødende og uge 36 for flergangsfødende

Konsultationen er individuel – samtale med fokus på den forestående fødsel. Desuden er risikoopsporing en væsentlig del af konsultationen.

3.12.1 Formål

- At forberede de kommende forældre på fødslen gennem en struktureret fødselssamtale
- At vurdere graviditetens udvikling, herunder fostertilvækst og drøfte den gravides velbefindende, herunder eventuel leverbettinget graviditetskløe

- At foretage risikoopsporing af diabetes, præeklamsi og væksthæmning af fostret
- At undersøge fosterstilling med henblik på at visitere til ultralydsundersøgelse og eventuelt vendingsforsøg, hvis fostret *ikke* ligger i hovedstilling.

3.12.2 Undersøgelser

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

3.12.3 Indhold i konsultationen

Udover at opspore eventuelle risici skal konsultationen forberede de kommende forældre på fødslen og barselsperiodens første dage. Det kan ske gennem en struktureret fødselssamtale. 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. Det bør indgå i samtalen, at fødsler er forskellige, og at der altid er en vis sandsynlighed for, at det kan blive nødvendigt at afvige fra det ønskede og planlagte. Eventuelle tidligere fødselsforløb drøftes. Høj grad af self-efficacy kan associeres til større evne til at håndtere fødselssmerter (Manning 1982) og til bedre perinatalt udkomme (Tilden 2016), hvorfor samtalen bør tilrettelægges ud fra dette.

Konsultationsindholdet tilpasses til følgende grupper:

- Førstegangsfødende, der sammen med jordemoderen skal aftale en individuel plan for den kommende fødsel og introduktion til fødeafdelingens barselstilbud, herunder hvornår udskrivelse kan forventes.
- Flergangsfødende, som har et kompliceret forløb bag sig, eller som har oplevet forløbet mindre tilfredsstillende. Gravide, som er tilknyttet andre tilbud – såsom konsultationer ved fødselsangst (se [afsnit 11.3.2](#) om maternal request), sårbare gravide-team, kendt jordemoderordning o.a. – laver plan for fødsel og barsel i det relevante regi.
- Flergangsfødende, som har et ukompliceret og godt fødselsforløb bag sig, tilbydes en kort konsultation med fokus på risikoopsporing, fosterstilling og -tilvækst.

Jordemoderen vejleder om den normale fødsels forløb, muligheder for smertelindring, vandfødsel og eventuelle indgreb under fødslen, herunder årsager til akut kejsersnit. Aftalte beslutninger og ønsker videregives i henhold til afdelingens procedurer, så det er muligt hurtigt at orientere sig i planen, når den gravide indlægges til fødsel.

3.13 Jordemoderkonsultation – uge 37

Konsultationen tilbydes individuelt eller i gruppe til førstegangs-fødende

3.13.1 Formål

- At vurdere fostervækst og fosterstilling og drøfte kvindens fysiske og mentale velbefindende
- At foretage risikosporing af obstetriske komplikationer, herunder diabetes, præeklampsi og leverbettinget graviditetskløe
- 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.

3.13.2 Undersøgelser

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

3.13.3 Indhold i konsultationen

Samtalen omfatter den gravide/parrets trivsel og eventuelle graviditetsgener typisk for gestationsalderen drøftes. 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 risikosignaler, de skal være opmærksomme på, og hvor og hvorledes de henvender sig, når fødslen går i gang.

Konsultationen indeholder information om undersøgelse og behandling af det nyfødte barn – herunder jordemoderens kliniske undersøgelse – og om Sundhedsstyrelsens anbefalinger om indgift af K-vitamin efter fødslen, den første amning og hud mod hud-kontakt. Der gives tilbud om screening for medfødte metaboliske sygdomme

og cystisk fibrose samt hørescreening mellem 48 og 72 timer efter fødslen. Efterfødselssamtalen præsenteres.

3.14 Jordemoderkonsultation – uge 39

Konsultationen tilbydes individuelt.

3.14.1 Formål

- At vurdere fostervækst og fosterstilling og drøfte den gravides velbefindende
- At drøfte den forestående fødsel og tilbud ved overskridelse af termin
- At foretage risikosporing af obstetriske komplikationer, herunder diabetes, præeklampsi og væksthæmning af fostret.

3.14.2 Undersøgelser

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

3.14.3 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. Samtalen giver mulighed for at drøfte sandsynligheden for, at der i løbet af fødslen opstår situationer, hvor det kan blive nødvendigt at afvige for det ønskede.

Der spørges ind til eventuelle graviditetsgener, der er typiske for gestationsalderen, og muligheder for aflastning drøftes. Parret forberedes på de muligheder, som parret vil blive præsenteret for ved graviditet ud over 40 uger.

3.15 Jordemoderkonsultation – uge 41

Konsultationen er individuel og har fokus på overtidsvurdering. Denne konsultation er ikke en del af grundforløbet.

3.15.1 Formål

- At vurdere fostervækst og fosterstilling
- At foretage risikoopsporing af præeklampsi
- At drøfte beslutningsprocessen vedr. eventuel igangsættelse af fødsel.

3.15.2 Undersøgelser

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

3.15.3 Indhold

Jordemoderen taler med de kommende forældre om deres trivsel og tanker om den forestående fødsel og eventuelle bekymring over at gå over tiden. Parret informeres om gældende anbefalinger for igangsættelse og proceduren herfor. Fordele og ulemper ved igangsættelse drøftes med parret, se også [afsnit 9.10](#).

Såfremt parret ønsker det, henviser jordemoderen den gravide til igangsættelse efter afdelingens retningslinjer.

3.16 Henvisning til læge på obstetrisk afdeling

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

Overordnet drejer det sig om gravide med tidligere komplicerede graviditets- og/eller fødselsforløb, tidligere kirurgisk indgreb på uterus eller større abdominal kirurgisk indgreb, nuværende obstetriske komplikationer eller risiko/mistanke herfor, kronisk medicinsk eller neurologisk sygdom, psykiatrisk lidelse, rusmiddelproblemer eller svære psykosociale problemstillinger. Obstetriske afdelinger bør have lokale instrukser for håndtering af disse kvinder/par og for, hvornår de skal vurderes/følges af en læge på afdelingen.

Gravide med behov for undersøgelse hos en læge på obstetrisk tilbydes som udgangspunkt samtidig de sædvanlige forebyggende aktiviteter og kontakter med jordemoder og praktiserende læge.

3.17 Efter fødslen

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

5 ugers-undersøgelsen af barnet i almen praksis er ikke en del af svangreomsorgen, men er beskrevet i Sundhedsstyrelsens *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*, www.sst.dk

3.18 Konsultation 2.-3.-dagen efter fødslen

På tredjedagen efter fødslen tilbydes en konsultation hos jordemoder eller barselssygeplejerske med henblik på at følge op på mor og barns tilstand efter fødslen, herunder vurdering af eventuel gulsot og barnets indtag af mælk. Der kan rådgives om amning i henhold til Sundhedsstyrelsens *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, 2021. Screeningsundersøgelser af barnet gennemføres efter forældrenes ønske. Endvidere drøftes fødselens forløb kort, og der informeres om mulighed for uddybende efterfødselssamtale.

Der henvises til [kapitel 13](#).

3.19 Undersøgelse i almen praksis 8 uger efter fødslen

3.19.1 Formål

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

3.19.2 Helbredsundersøgelsen

- Drøftelse af knibefunktion – gynækologisk undersøgelse ved behov (se nedenfor). GU kan undlades, hvis kvinden kan lukke omkring strålen under vandladningen, og hvis seksuallivet er genoptaget uden problemer.

- Gynækologisk undersøgelse tilbydes til kvinder, der har haft suturkrævende bristning. Kvinder, der har gener fra bristning eller episiotomi ved 8 ugers undersøgelsen, tilbydes yderligere opfølgning seks måneder efter fødslen. Ved fortsatte gener på det tidspunkt henvises hun til gynækologisk afdeling/speciallæge for vurdering. Dog bør kvinder med sphincterruptur have en kontroltid på gynækologisk afdeling tre måneder efter fødslen. Se [afsnit 11.2.6](#) om bristninger.
- Cervixcytologisk undersøgelse (smear), såfremt den har været udsat på grund af graviditeten.

Afhængig af fødsels- og barselsanamnese kan lægen eventuelt 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 8.13](#), [tabel 8.1](#) og [afsnit 12.10](#).

3.19.3 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, som moderen har behov for. Der skal være fokus på, om det overståede graviditets- og fødselsforløb vil have konsekvenser for en eventuel kommende graviditet og fødsel eller for mors helbred på sigt. Hvis hun eksempelvis har haft gestationel diabetes eller præeklampsi, vil det være særlig vigtigt med tidlig opsporing og forebyggelse af udvikling af hjerte-kar-sygdom og type 2-diabetes, se [kapitel 9](#).

Der spørges til eventuelle gener fra fødselsrelaterede traumer (urininkontinens, gener fra bristninger eller episiotomi m.v.), og kvinden opfordres til at henvende sig, hvis generne persisterer. Genoptagelse

af seksuallivet og valg af prævention drøftes. Mulighed for prækonceptionel rådgivning før næste graviditet præsenteres.

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

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.
- Jørgensen K (2017). Kommunikation for sundhedsprofessionelle. Kommunikation i sundhedsvæsenet. København : Gads Forlag, 2017.
- Kreuter MW, Wray R (2003). Tailored and targeted health Communications: strategies for Enhancing Information Relevance. *Am J Health Behaviour.* 2003.
- McFadden et al., (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.
- 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.
- Sundhedsstyrelsen (2017). Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte 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>
- Temel S et al (2014). Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. *Epidemiol Rev.* 36:19-30. doi: 10.1093/epirev/mxt003.
- Tilden EL et al (2016). 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 2016. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

4. Sårbare og socialt udsatte gravide

Tilrettelæggelsen af særlige indsatser for sårbare og socialt udsatte gravide har stor betydning for forebyggelse af graviditets- og fødselskomplikationer, for barnets helbred og sundhed på 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 samt traumatiske oplevelser som voksen kan få stor betydning for graviditetens forløb og udkomme (Bilsteen 2018 a og b, Brodén 2007, Johansen 2007).

4.1 En særlig indsats er nødvendig

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 fremme en sund graviditet samt understøtte fødslen af et rask barn med størst muligt sundhedspotentiale. Formålet er desuden at sikre, at der sker en tidlig opsporing af sociale problemstillinger eller andre vanskeligheder hos de kommende forældre. Ved tidlig opsporing kan sættes forebyggende ind med hjælp og støtte til sårbare og socialt udsatte kommende forældre og nyfødte børn i den korte periode et svangerskab udgør.

Den sundheds- og socialfaglige indsats for socialt udsatte og sårbare kommende forældre indebærer bl.a. at understøtte tilknytningsprocessen allerede i graviditeten og i den første tid efter fødslen, samt opmærksomhed på at underrette kommunen i de tilfælde, hvor det vurderes, at der vil være behov for særlig støtte til barnet og/eller familien efter fødslen, se bilag 1. Tilknytning til og omsorg for barnet kan være en stor udfordring hos sårbare og socialt udsatte nye forældre. Det er derfor nødvendigt at imødekomme denne udfordring 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 målgruppen får præcis den støtte, de har brug for i forberedelsen til at blive forældre. Forældrenes behov kan være af meget forskellig karakter og betinget af såvel mentale, sociale som fysiske og andre sårbarheder, der ikke nødvendigvis er knyttet til en social udsathed – men kan være det. I tilrettelæggelserne af indsatserne skal der også være opmærksomhed på den kommende far eller partners ressourcer og udfordringer, da social udsathed og sårbarhed hos den anden forælder ligesom hos den kommende mor kan få betydning for graviditetens forløb og for barnets og familiens trivsel efter fødslen.

4.2 Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde

Det tværfaglige og -sektorielle samarbejde mellem sundhedspersonale og socialforvaltning i kvindens kommune er af største betydning, når det gælder den tidlige indsats. Sårbare og socialt udsatte gravides problemstillinger er som oftest multifacetterede. Tillid og tæt samarbejde mellem kvinden og de forskellige fagpersoner og myndigheder er nødvendig i arbejdet med at forebygge fysiske og mentale skader hos barnet og styrke familiens mestringsevne og sundhed i bred forstand. Det drejer sig typisk om samarbejde mellem jordemoder, speciallæge i obstetrik, praktiserende læge, sundhedsplejerske, psykiater og/eller andre lægefaglige specialister, socialforvaltningen, familieambulatorier og andre, fx lokale frivillige eller mentorer.

Det er med til at forbedre kommunikationen og fastholde et tillidsfuldt samarbejde, hvis man indgår tværsektorielle samarbejdsaftaler, og har sikre, stabile arbejdsgange samt gode professionelle relationer. De tværsektorielle samarbejdsaftaler kan fx indgås i regi af sundhedsaftalerne og med inddragelse af socialforvaltningen, hvor det er påkrævet. Samarbejdet vil ofte ske gennem gensidig orientering, herunder underretninger, når dette vurderes nødvendigt, jf. [bilag 1](#).

4.2.1 Tværfagligt team med særlig ekspertise i sårbare og socialt udsatte

Med det formål at kvalificere indsatsen for målgruppen og reducere ulighed i sundhed anbefales det at samle den nødvendige ekspertise i tværfaglige team. Dette både af hensyn til kvaliteten i indsatserne og til den kommende familie.

Ved behandling af mere komplekse forløb vil der ofte være behov for at involvere tværfaglige og tværsektorielle samarbejdspartnere med



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

repræsentation fra sygehussektoren, primærsektoren og efter behov socialforvaltningen (niveau 3 og 4). For niveau 4 anbefales det, at et fast team varetager opgaverne i relation til indsatsen for den gravide, idet opgavens høje kompleksitet kræver særlige kompetencer. Teamet bør som minimum bestå af en jordemoder, en fødselslæge og en socialrådgiver. Derudover vil der kunne tilknyttes andre fagpersoner som barselssygeplejerske, sundhedsplejerske, psykolog og andre specialister. Disse kan deltage ad-hoc efter problemstilling og relevans. Deltagelse af flere professionelle vil sikre bred kompetence i teamet og dermed optimal udnyttelse af den korte periode, som en graviditet udgør. Samarbejdet bør beskrives og revideres med jævne intervaller for at sikre bæredygtighed af indsatserne på sigt.

En individuel tilrettelagt indsats kræver overblik over regionens og kommunernes tilbud samt koordinering mellem de mange relevante parter. Det kan fx ske gennem en tovholderfunktion, se nedenfor, eller på anden vis. De obstetriske afdelinger og kommunerne bør i fællesskab udarbejde retningslinjer for et bredt, fleksibelt samarbejde

omkring målgruppen med udgangspunkt i lokale forhold, ressourcer og kompetencer. Retningslinjerne bør ligeledes revideres med fastlagte intervaller for at sikre konsensus og bæredygtighed.

4.3 Tilrettelæggelse af indsatsen

En systematisk og målrettet samtale i forbindelse med den første graviditetsundersøgelse har til formål at afdække, hvorvidt kvinden eller parret har udfordringer, der betyder, at kvinden skal have ydelser på niveau 3 eller 4, se afsnit 2.3 for beskrivelse af niveauerne. Såfremt det er tilfældet, tilbydes de kommende forældre et skræddersyet forløb, jf. kapitel 3. Kvindens/parrets problemstillinger afgør, hvilke samarbejdspartnere der inddrages i det videre forløb. Ved behov for særlig støtte til barnet eller familien efter fødslen, skal kommunen altid inddrages med henblik på at foretage en børnefaglig undersøgelse efter servicelovens § 50, stk. 9, jf. [bilag 1](#). De kommende forældre inddrages aktivt i beslutninger om, hvilke indsatser der er behov for i forhold til familiens samlede situation. Indsatsen og niveauindplaceringen justeres gennem graviditeten i dialog med kvinden/parret og de relevante fagpersoner, herunder socialforvaltningen.

4.3.1 Tidlig inddragelse af læge ved obstetrisk afdeling

På grund af øget risiko for obstetriske komplikationer henvises kvinder indplaceret på niveau 3 og 4 så tidligt som muligt til lægelig vurdering ved gynækologisk-obstetrisk specialafdeling. Jordemoderen og lægen tager stilling til behovet for en tværfaglig og -sektoriel indsats og lægger sammen med kvinden og hendes partner en plan for forløbet. Sundhedsfagligt personale, der varetager specielle obstetriske opgaver, har kun relativ kort tid til at etablere samarbejdet med kvinden, identificere de behov, der skal imødekommes, og iværksætte de indsatser, der er nødvendige af hensyn til mor og barns sundhed. Det er derfor vigtigt med en systematisk opsporing af sårbare og socialt udsatte kvinder tidligt i graviditeten.

Opstår der undervejs i graviditeten nye problemer eller tilstande, som betyder, at kvinden skal indplaceres på et andet niveau, revideres planen og de ydelser, som kvinden/parret tilbydes i resten af graviditeten. Det kan fx dreje sig om pludselige sociale begivenheder som tab af job eller bolig, alvorlig sygdom i nærmeste familie, skilsmisse eller psykosociale problemer, fx partnervold, angst eller depression opstået i løbet af graviditeten. Det sundhedsfaglige personale omkring familien skal være opmærksom på, at det kan være nødven-

digte at justere planer og indsatser undervejs, når problemer opstår, udvikler sig eller løses, herunder også at inddrage andre faggrupper.

4.3.2 Tidlig kontakt til kommunen/den kommunale sundhedstjeneste

Så tidligt som muligt kontakter den praktiserende læge eller jordemoderen kvindens hjemkommune efter aftale med kvinden med henblik på at iværksætte en tidlig, langsigtet indsats over for familiens vanskeligheder. Det anbefales, at jordemoderen så tidligt som muligt taler med de kommende forældre om at indlede samarbejde med sundhedsplejersken allerede i graviditeten. Afhængigt af lokale forhold og samarbejdsaftaler faciliterer det tværfaglige team samarbejdet med det formål, at varetage kvindens/parrets problemstillinger både tværsektorielt og tværfagligt tidligt i graviditeten. Såfremt lokale forhold gør det muligt, tilbyder jordemoder og sundhedsplejerske et tidligt fælles hjemmebesøg allerede i 2. trimester med henblik på at opbygge tillidsfulde relationer mellem de involverede og skabe grobund for, at tidlige indsatser kan etableres, fx i samarbejde med socialforvaltningen.

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

4.4.1 Indsatsens indhold

Det er essentielt at koordinere regionale og kommunale undersøgelser, tilbud og indsatser. Det anbefales derfor, at der i region eller kommune udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson, der kan fungere som tovholder for samarbejdet mellem sundhedsvæsenets aktører og for kontakten til kommunen. Tovholderen bør være ansat der, hvor det er mest hensigtsmæssigt i relation til den konkrete families udfordringer. Væsentligst er, at tilbuddene eksisterer – ikke hvor de er forankret, hvilket drøftes lokalt. Tovholders væsentligste opgave er faglig koordinering og inddragelse af de kommende forældres perspektiver, ønsker og behov.

I det følgende er anbefalingerne beskrevet i grundniveau og udviklingsniveau. Anbefalinger på grundniveau er beskrevet i tidligere udgaver af *Anbefalinger for svangreomsorgen* og vil oftest være implementeret inden for den eksisterende opgaveløsning. Udviklingsniveauet peger fremad, angiver en retning for videreudviklingen af området og beskriver de tiltag, som regioner og kommuner med fordel kan udvikle og implementere hen ad vejen.

Grundniveau

Svangreomsorgs- og relationsarbejde i forhold til sårbare og socialt udsatte gravide og deres partnere kan opbygges omkring en række tilbud på grundniveau, som beskrives nedenfor:

- Kontinuitet i svangreomsorgen, fx i form af kendt jordemoderordning
- Tidlig kontakt til hjemkommunen med henblik på etablering af tværsektorielt og tværfagligt samarbejde, herunder med socialforvaltningen
- Tværfaglige netværksmøder, hvis medlemmer og opgaver defineres lokalt. Netværksmøderne kan være med eller uden deltagelse af de kommende forældre
- 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. Tilbuddene kan være individuelle eller gruppebaserede eller en blanding.

For kvinder med et skadeligt forbrug af alkohol, afhængighedsskabende medicin, og/eller andre rusmidler, som indplaceres på niveau 4, er henvisning til regionens familieambulatorier påkrævet, samt øjeblikkelig underretning af kommunen jf. bilag 1. Opfølgning efter fødsel bør ske i familieambulatoriet, der har fulgt familien under graviditeten. Gravide med et alvorligt rusmiddelforbrug tilbydes en kontrakt om tilbageholdelse, læs mere i [afsnit 4.5.1](#) og [bilag 1](#).

Udviklingsniveau

Erfaringer viser, at det for sårbare og socialt udsatte kvinder er relevant og meningsfuldt at deltage i særlige tilbud (Sundhedsstyrelsen 2018). På den baggrund anbefales på udviklingsniveau, at der i samarbejde mellem kommuner og regioner tilbydes en bred palet af forskellige indsatser, som tager afsæt i de muligheder, som lokale forhold og samarbejdsaftaler giver. Det kan fx dreje sig om følgende:

- Tilbud om tværfagligt graviditets-hjemmebesøg i 2. trimester ved sundhedsplejerske og jordemoder samt tæt opfølgning efter fødslen med henblik på at skabe et sammenhængende graviditets- og barselsforløb
- Støtte- og følgeordninger til lokale jordemodercentre med henblik på hjælpe den gravide med at komme til svangreundersøgelser, herunder påmindelser om konsultationer ved telefonopringning og andet via sociale medier
- Etablering af sundhedsfaglige tilbud i en fri ramme med uformel mødestruktur, fx caféarrangementer eller åbne grupper

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

4.4.2 Kontinuitet i jordemoderforløbet

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

Kontinuitet i jordemoderordningen – fx kendt jordemoderordning – har til formål at sikre, at kvinden/parret følges af samme jordemoder eller en lille gruppe jordemødre igennem graviditet, fødsel og kort tid efter fødslen. Kendt jordemoderordning giver en oplevelse af sammenhæng, 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 øget fremmøde og 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). Endvidere viser forskning, at ammefrekvensen stiger blandt sårbare kvinder, der går i kendt jordemoderordning (Homer 2017).

4.4.3 Tværfagligt graviditetsbesøg i hjemmet og tæt opfølgning i barselsperioden

Erfaringer viser, at det er relevant, at det tværfaglige team (efter aftale med kvinden) tidligt i graviditeten etablerer kontakt til hjemkommunen med henblik på at skabe et sammenhængende graviditets- og barselsforløb. Afhængigt af lokale forhold og ressourcer kan

der tilbydes et tværfagligt hjemmebesøg, typisk ved jordemoder og sundhedsplejerske. Andre fagpersoner end jordemoder kan deltage, hvis det skønnes hensigtsmæssigt og er en del af kommunens tilbud, det kan fx være 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 fødslen og den første tid hjemme med barnet. Besøget i hjemmet giver sundhedsplejerske og jordemoder et indtryk af familiens ressourcer, hvilket i samarbejde med socialforvaltningen øger deres mulighed for at målrette og individualisere den socialfaglige og den sundhedsfaglige indsats 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 m.m. har det vist sig effektivt at etablere støtte- og følgeordninger, såfremt kvinderne er motiverede for det. 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, fx på sociale medier som Facebook eller WhatsApp, hvor kvinderne måske føler sig mere hjemmevante, end de gør på 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 tilbuddene 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 m.v. 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 graviditets- og barselsperiode og gør det muligt at tilbyde den rette og nødvendige indsats tidligt. Tværfaglighed styrker videns-

deling og kendskabet til egne og andres kompetencer og bidrager dermed til, at kvinden 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 og deres partnere 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 og deres partnere hver især 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

Fælles for de nedenfor beskrevne kvinder med behov for særlig støtte gælder, at der er et stort forebyggelsespotentiale i tidlig indsats. Beskrivelsen af sårbare og socialt udsatte kvinder og familier er ikke udtømmende. Særlige opmærksomhedspunkter beskrives nedenfor som supplement til tilrettelæggelse af indsatsen for familier i udsatte positioner.

For langt de fleste vil det være nødvendigt at etablere samarbejde med socialforvaltningen. Ved bekymring for barnet skal der ske underretning, jf. sundhedspersonalets skærpede underretningspligt, se [bilag 1](#).

Når det gælder gravide med psykiske lidelser, henvises til [kapitel 14](#) for særlige opmærksomhedspunkter.

4.5.1 Gravide med forbrug af rusmidler o.l.

Familieambulatoriet er et tilbud til gravide med aktuelt eller tidligere brug rusmidler som alkohol og narkotika og/eller af afhængigheds-skabende medicin.

Når det gælder disse gravide, 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 kvinden 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 familie-

ambulatorie. 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 behandling af barnets eventuelle helbredsproblemer efter fødslen. Det er nødvendigt med fortsat opfølgning ved børnelæger, også op gennem småbarnsårene, idet følger efter moderens rusmiddelforbrug kan vise sig senere i barndommen. 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. Inden fødslen tager den obstetriske afdeling og kommunen stilling til, hvilken indsats og støtte, der er påkrævet efter fødslen. Dette gøres i samarbejde med kvinden/parret.

Nogle kvinder kan – udover en psykisk lidelse – også have et forbrug af alkohol eller andre rusmidler, hvilket 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 er beskrevet i bilag 1, herunder behandling med mulighed for tilbageholdelse af gravide med skadeligt forbrug af alkohol og andre rusmidler.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Etablering af samarbejdsalliance med kvinden og hendes partner og start af behandling
- Motivering til at reducere og om muligt helt stoppe forbrug af alkohol/rusmidler; dette også i forhold til partneren
- Fastholdelse af kvinden og hendes partner i behandling
- Iværksættelse af psykiatrisk/psykologisk behandling ved behov
- Støtte til tilknytning mellem mor og barn
- Afklaring af kvindes ønsker om og mulighed for at amme
- Omsorg for forældrene såfremt anbringelse bliver nødvendig
- Vejledning om antikonception efter fødslen
- Tilbud til kvinder med skadeligt forbrug af rusmidler om en kontrakt vedr. 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 afhænger af definitionen af vold, anvendt metodologi og kulturelle forhold. Det er vist, at opsporingraten 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, hvilket 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 både volds- og rusmiddelproblemet, da barnet er i risiko for at blive ramt. Sundhedspersonale må desuden være opmærksom på at opspore angst og/eller depression under graviditeten, da voldsramte kvinder er i øget risiko for depression.

Den perinatale dødelighed er forøget og risikoen for præterm fødsel, lav fødselsvægt og "small for gestational age" er større for blandt børn født af voldsramte kvinder end for børn født af kvinder, der ikke er udsat for vold (Coker 2004, Alhusen 2015). En del af forklaringen kan tilskrives, at vold er associeret med andre livsstilsfaktorer, der disponerer for samme komplikationer (Coker 2004, Alhusen 2015). Kvinder, der lever i et voldeligt parforhold, har desuden øget risiko for traumer mod maven og dermed øget risiko for abrutio placentae (Leone 2010).

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. De må derfor drøfte med kvinden, hvorledes hun vil håndtere eventuelle voldelige episoder i graviditeten, herunder hvordan hendes netværk kan hjælpe hende i en akut

situation. Det vil desuden være nødvendigt 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. Hvis kvinden ikke ønsker kommunen inddraget, må hensynet til barnet vurderes, herunder om der skal ske underretning af kommunen, jf. [bilag 1](#).

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

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Kontinuerlig og stabil kontakt til én sundhedsperson, der på bedst mulig vis kan støtte kvinden (tovholder)
- Opmærksomhed på eventuelle ældre søskende og underretning herom, jf. [bilag 1](#) og den skærpede underretningspligt om alle børn og unge
- Støtte til kvinden i at anmelde volden, hvis hun er klar til det – hvis ikke, da at motivere for og henvise parret eller manden til terapi, psykoedukation eller lignende
- Henvielse til et krisecenter eller mor-barn-center, såfremt kvinden er klar til det. Hvis kvinden ikke ønsker at forlade den voldelige partner, klarlægges alternative muligheder, herunder hvad der skal ske i en akut situation. Underretning til kommunen skal altid ske under disse omstændigheder
- Identifikation af ressourcer i kvindens netværk
- Inddragelse af frivillige med erfaring med voldsramte kvinder, hvis det er muligt og ønskeligt for kvinden.

4.5.3 Ofre for seksuelle overgreb eller tortur

Kommende forældre, som har været udsat for incest, voldtægt eller tortur, har behov for særlig omsorg.

Graviditet og fødsel kan være med til at reaktivere tidligere traumatiske oplevelser hos både moderen og partneren. 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. Under fødslen vil smerterne kunne bevirke, at kvinden genoplever tidligere overgreb og traumer,

og hun kan derfor reagere voldsomt. Både under graviditet og fødsel må der tages særlige hensyn til kvindens ubehag ved de fysiske undersøgelser, herunder eventuelle angstreaktioner.

Kvinder og mænd, der har været udsat for overgreb, vil sjældent nævne det uopfordret. 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, medmindre der ved mistanke 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.

For torturofre kan graviditeten, der indeholder vente- og uvisheds-aspektet, minde om fængsling og tilbageholdelse og kan derfor opleves som en belastende periode. 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 og hendes partner, jordmoderen og den praktiserende læge tidligt i graviditeten vurderer behovet for psykologisk/psykiatrisk behandling.

Såfremt partneren har været udsat for overgreb i form af tortur eller andet, kan denne også opleve, at traumerne reaktiveres i forbindelse med graviditet og fødsel. Hvis partneren vælger at være med til fødslen, kan det være en fordel også at have en støtteperson med. Partnerens traumatisering kan påvirke familien meget, og denne kan ligeledes have behov for støtte og psykologisk hjælp.

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 voldtægts ofre, kan sundhedspersonale søge rådgivning hos de regionale centre for voldtægts ofre.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Kontinuerlig og stabil kontakt til den sundhedsperson, der tager hånd om problemet
- Tæt samarbejde med kommunen om en tværfaglig indsats for familien (fx særlig støtte til familien i hjemmet)

- Særlige hensyn til kvindens ubehag og eventuelle angst ved fysiske undersøgelser
- Særlig opmærksomhed på psykosomatiske symptomer
- Udarbejdelse af fødeplan tidligt i graviditeten med henblik på at forebygge angst for fødslen og orientere kvinden om muligheder for smertelindring
- Drøftelse af amning tidligt i graviditeten og opmærksomhed på kvindens reaktioner, når barnet lægges til i de første uger efter fødslen i forbindelse med etablering af amning
- Særlig opmærksomhed på kvindens og/eller partnerens reaktioner under fødslen og sikring af effektiv smertelindring i samråd med kvinden.

4.5.4 Migration og mulige kulturelle barrierer i sundhedsvæsenet

Stigende migration skaber multietniske samfund. Udover de obstetriske komplikationer, der er beskrevet i kapitel 1, kan forskelle i kultur og sprog være barrierer i adgangen til og kommunikationen med sundhedsprofessionelle (Mengesha 2017 og 2018). Det er derfor nødvendigt at udvikle kompetencer 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. Den gravide kan fx efterspørge medicinsk behandling frem for de rådgivende, sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, og det kan afspejle den fødselskultur, som kvinden kender fra sit oprindelsesland. Eller kvinden er måske ikke 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. Derfor må bl.a. forventninger til fars rolle og opgaver drøftes, gerne tidligt i graviditeten. Mindre brug af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser kan medvirke til graviditets- og fødselsforløb med øget



Det er en god ide at tale med familien om faderens rolle og opgaver – gerne tidligt i graviditeten – og på den måde inddrage ham på en anden måde, end der måske er tradition for i familiens oprindelige kultur.

risiko for mor og barn, hvorfor sundhedspersonalet må søge at skabe fælles forståelse om betydningen heraf med respekt for parrets kulturbaggrund.

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 tolke, 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 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
- Åbenhed og interesse for 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 eventuelle overgreb eller andre traumer
- Drøftelse af faderens rolle og opgaver i graviditeten, ved fødslen og når familien kommer hjem
- Udarbejdelse af fødeplan 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:

- Identifikation af ressourcer i familien og i kvindens øvrige netværk
- Kontinuitet og stabilitet i kontakten med sundhedspersonalet og socialforvaltningen, såfremt denne er involveret

- Eventuelt kontakt til frivillige organisationer/mentorer bl.a. med henblik på uddannelsesmuligheder efter endt barsel – etableres i samarbejde med socialforvaltningen.

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. Mulige problemer hos unge eller umodne kommende forældre kan fx være et uafklaret parforhold, mangel på egen bolig og manglende tilknytning til uddannelsessystemet eller arbejdsmarkedet. At blive forældre i en ung alder, hvor man ikke er helt moden, kan kræve særlig støtte og opmærksomhed fra familien, relevante fagpersoner og eventuelt frivillige organisationer, hvis kvinden/parret ønsker det. Det vil ofte være nødvendigt med et tæt samarbejde med kommunen.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Støtte til de(n) unge i at træffe informerede valg
- Vurdering af kvindens og partnerens modenhed og behov for støtte
- Identifikation af kvindens netværk og ressourcer i familierne
- Eventuelt kontakt til frivillige organisationer/mentorer bl.a. med henblik på uddannelsesmuligheder efter endt barsel – etableres i samarbejde med socialforvaltningen.

4.5.7 Gravide, som er uønsket enlige

Som uønsket enlig gravid kan kvinden mangle følelsesmæssig støtte og engagement omkring graviditeten og samtidig føle sig svigtet. Sundhedspersonalet har en vigtig opgave i at støtte disse kvinder, væsentligst er støtte til at kunne mestre forældrerollen. Der kan derfor være brug for en del supplerende tilbud, som iværksættes tidligt, eller når kvinden bliver alene undervejs i graviditeten. Hertil kan komme økonomiske problemer, udfordringer med pasning af barnet efter endt orlov o.a., hvorfor socialforvaltningen tidligt må inddrages i samarbejdet efter aftale med kvinden – medmindre der er tale om sociale problemstillinger, der giver anledning til bekymring for barnet efter fødslen, jf. [bilag 1](#).

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Samtaler om kvindens livssituation, aktuelt og i den nærmeste fremtid efter barnets fødsel
- Støtte til identifikation af rollemodeller og resourcepersoner.

4.5.8 Sent erkendt, skjult eller fornægtet graviditet

En nylig dansk undersøgelse viser, at op mod 100 kvinder årligt skjuler (bevidst eller ubevidst) deres graviditet (VIVE 2019). Skjult eller fornægtet graviditet er en ulykkelig tilstand, som er associeret til alvorlige konsekvenser for både mor og barn, herunder emotionelle forstyrrelser, manglende svangreomsorg og fødselshjælp, omsorgssvigt af den nyfødte og i de alvorligste, men sjældne, tilfælde barne-drab (Jenkins 2011).

Kvinder, som skjuler deres graviditet for sig selv (fornægtet graviditet) eller for deres omgivelser (hemmeligholdt graviditet) er en heterogen gruppe. Kvinder, der skjuler deres graviditet, findes i alle aldersgrupper og på tværs af social baggrund, beskæftigelse og ægteskabelig status (VIVE 2019). Sent erkendt eller skjult graviditet kan have mange årsager, herunder fornægtelse, angst for hvad det kommer til at betyde, psykisk lidelse/psykose, frygt for familiens reaktion, sociale, kulturelle eller religiøse forhold og andet.

Mange af disse kvinder kommer på et tidspunkt i forbindelse med sundhedsvæsenet, fx ved fødslen. Sundhedspersonalet må derfor som det væsentligste søge at finde ud af baggrunden for, at kvinden først henvender sig sent i graviditeten og søge at løse de tilgrundliggende årsager hertil – eventuelt sammen med socialforvaltningen. Sundhedspersonalet skal være opmærksomt på, om der er behov for psykiatrisk vurdering og eventuel behandling. Ved sent erkendt graviditet bør sundhedspersonalet desuden kortlægge, om kvinden har haft et forbrug af alkohol eller andre rusmidler, frem til hun har erkendt graviditeten, for at afgøre om hun skal henvises til det regionale familieambulatorium.

Mødrehjælpen har etableret et tilbud til disse kvinder med rådgivning og en hjemmeside (www.skjultgravid.dk), som giver et overblik over mulighederne for fortrolig og anonym hjælp. Fagpersoner kan også der finde råd og vejledning til, hvordan man kan opspore og hjælpe skjult gravide. Læs mere her: <https://moedrehjaelpen.dk/skjult-gravid/forside>

Fødeafdelingerne bør have retningslinjer for håndtering af gravide, som henvender sig sent i graviditeten eller under fødslen på grund af sent erkendt eller skjult graviditet.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Afdækning af kvindens mentale tilstand, herunder eventuelle psykiske lidelser og skadeligt forbrug af rusmidler

- Afdækning af kvindens civilstatus (med partner, single, forladt af partner o.a.) samt sociale og økonomiske forhold
- Identifikation af ressourcepersoner i kvindens netværk
- Vurdering af, hvorvidt inddragelse af socialforvaltning er nødvendig.

4.5.9 Udviklingshæmning og andre kognitive funktionsnedsættelser hos forældrene

1-3 % af befolkningen har en let til moderat udviklingshæmning, mens under 0,5 % 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 vaner 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.

Jf. servicelovens § 50, stk. 9 er kommunen forpligtet til at undersøge de kommende forældres evne til at varetage forældrerollen, herunder undersøge behovet for socialpædagogisk bistand til at kunne varetage opgaven, når barnet er født. Herudover skal kommunen overveje, om der skal iværksættes støtte til at træne forældreoven i de tilfælde, hvor der vurderes, at de kommende forældre 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:

- Etablering af tidligt samarbejde med kommunen
- Undersøgelse af, hvordan kvinden sikres følgeskab til undersøgelser m.m.

- Identifikation og inddragelse af ressourcepersoner, som kan være en støtte for forældrene både under graviditet, fødsel og barsel, herunder eventuelt ULF
- Tilbud om individuelt tilpasset forældre- og fødselsforberedelse
- Udarbejdelse af 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.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Straks-henvi sning til socialforvaltningen med henblik på akut boligsøgning og anden social bistand
- Identifikation af ressourcepersoner i kvindens netværk
- Etablering af støtte- og følgeordning til undersøgelser m.v., hvis det er muligt.

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 (2007). *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.
- Jenkins A et al (2011). Denial of Pregnancy: A Literature Review and Discussion of Ethical and Legal Issues. *J R Soc Med* 104(7):286-91. doi: 10.1258/jrsm.2011.100376.
- 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 (2010). 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.
- 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 i svangreomsorgen for udsatte 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>
- VIVE (2019). Skjult graviditet. Omfang, årsager samt mulige forebyggelsesindsatser. Tilgængelig på <https://www.vive.dk/da/udgivelser/skjult-graviditet-14424>

5. Levevis og risikofaktorer af betydning for graviditeten

5.1 Kost og kosttilskud

Anbefalinger vedr. kost og kosttilskud

- Kvinder rådgives om tilskud af folsyre allerede ved prækonceptionel samtale og ved første graviditetskonsultation.
 - Gravide anbefales at tage tilskud af folsyre, D-vitamin og jern og eventuelt calcium.
 - Gravide anbefales at følge De officielle Kostråd fra Fødevarestyrelsen.
 - Gravide vejledes om hensigtsmæssig vægtøgning, se kapitel 6.
 - Gravide frarådes ingefærshots på daglig basis og kosttilskud med ingefær.
-

Den gravides kostvaner og indtag af næringsstoffer og energi påvirker det intrauterine liv og mors sundhed. Dermed påvirkes 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 det hensigtsmæssigt at følge rådene om at spise varieret, spise mange grøntsager og spise mere fisk 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. Gravide kan med fordel spise fisk som rødspætte, rødtunge, skrubbe, torsk, kuller, kulmule, sej, fiskerogn, sild, makrel og



Gravide vejledes i at følge De officielle Kostråd. Læs mere på www.altomkost.dk

opdrættet laks, se www.altomkost.dk. Disse fisk kan spises frit, både frisk, konserveret og på dåse. Det er kun indtaget af rovfisk som fx tun, som bør begrænses på grund af et højt indhold af kviksølv og andre miljøskadende stoffer⁴. Kviksølv i form af methyلكviksølv kan skade fostrets neurologiske udvikling.

Ifølge den nyeste undersøgelse af danskernes kostvaner indtager kvinder i gennemsnit kun halvt så meget fisk, som de bør, 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 1½ år gamle børn var 30 % højere for mødre med et højt fiskeindtag i graviditeten sammenlignet med dem, der havde et lavt indtag (Oken 2008).

4 Gravide, ammende, og kvinder, der forsøger at blive gravide, bør ikke spise frisk tun og dåser med hvid eller albacore tun samt højst spise 1 dåse almindelig tun om ugen. Listen over de rovfisk, hvis indtag bør begrænses, findes i Fødevarestyrelsens guide "Gravid og ammende med mindre uønsket kemi" på:
<https://www.foedevarestyrelsen.dk>

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 det øger graviditetstlængden og sænker risikoen for tidlig fødsel⁵, men øger muligvis risikoen for overbårenhed⁶ (Middleton 2018)
- at der ikke er nogen klar effekt på børns kognitive udvikling
- at risikoen for astma og allergi i barndommen måske sænkes, 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 generelt at anbefale tilskud med fiskeolie til gravide.

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/dag⁷. 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 Fødevarerinstitutionen 2015).

Retinol findes i kød og andre animalske fødevarer. Gravide frarådes at spise lever, levertran og paté, som kan indeholde store mængder A-vitamin (retinol). Leverpostej indeholder mindre A-vitamin og kan spises i mindre mængder. Planter indeholder ikke retinol. Den kilde til vitamin A, som findes i frugt og grønt, er beta-caroten, som ikke har 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 fostret ikke omsætte koffein. Et forbrug på under 200 mg/dag er ikke associeret til negative graviditetsudfald (European Food Safety Authority 2015).

- 5 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).
- 6 Graviditet over 42 uger sås hos 2,6 % af kvinder, der fik fiskeolietilskud mod 1,6 % af kvinder der fik placebo (RR 1,61).
- 7 RE: 1 retinol equivalent = 1 mikrogram retinol = 12 mikrogram beta-caroten.

Gravide anbefales derfor at begrænse koffeinindtaget til under 200 mg pr. dag, svarende til højst 2 kopper kaffe om dagen. Indtaget af te og læskedrikke som fx cola bør også begrænses, da disse drikke indeholder koffein omend i mindre mængder end kaffe. Energidrikke indeholder mere koffein end almindelige læskedrikke, 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 (Volqartz 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 hormonforstyrrende⁸ og blodfortyndende⁹, hvorfor forsigtighed tilrådes også fra disse kilder.

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

5.1.2 Sundhedspersonalets konkrete opgaver

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

- at øge den gravides forståelse for, at det, hun indtager, har betydning for fostrets udvikling
- at understøtte hende i at træffe sunde valg
- at forebygge misdannelser, visse graviditetskomplikationer og fødevarebårne infektioner
- at vejlede om hensigtsmæssig vægtøgning, se [afsnit 6.2](#).

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

9 Ingefær hæmmer blodplade aggregation.

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, og 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 eventuelt 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. Ved mistanke om anæmi, se [afsnit 7.1](#).

Afhængigt af kostvaner (herunder vegansk) suppleres ovenstående kosttilskud med følgende:

- **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 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 pr. 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, fx 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 B12-vitamin. Det står på mærkningen, hvad produktet indeholder. Multivitaminpillen kan eventuelt 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 fostrets 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

Anbefalinger vedr. fysisk aktivitet i graviditeten

- Raske gravide anbefales 30 min. fysisk aktivitet af moderat intensitet¹⁰ dagligt samt træning af bækkenbunden.
 - Kvinder, som var fysisk aktive før graviditeten, tilrådes at fortsætte og eventuelt 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 afhængigt af komplikationens art.
-

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 2012).

5.2.1 Generelt

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

Blandt gravide med et 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 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 mental 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, fx fra styrketræning og løb til svømning og træning for gravide (Broberg 2015, Hegaard 2010 og 2011, Haakstad 2007,

¹⁰ 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 vare mindst 10 minutter.



Raske gravide opfordres til at være moderat fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen.

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, fx til og fra arbejde, 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. Op mod hver tredje gravide oplever urininkontinens, og blandt flergangsfødende er tallet endnu højere (Wesnes 2013). Træning af bækkenbundens muskulatur med knibeøvelser under og efter graviditet kan forebygge inkontinens (Wesnes 2013, Woodley 2020).

5.2.2 Sundhedspersonalets konkrete opgaver

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

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 viser divergerende resultater i forhold til sammenhæng mellem anstrengende fysisk aktivitet og risiko for spontan abort (Hegaard 2016, Madsen 2007).

Bækkenbundstræning

Alle gravide rådgives om bækkenbundsøvelser. Der spørges ind til urininkontinens i løbet af graviditeten og efter fødslen. Forebyggelse af urininkontinens og bækkenbundstræning indgår i forældre- og fødselsforberedelse, jf. [kapitel 10](#). Ved urininkontinens varetages det videre forløb primært af den praktiserende læge.

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 tryksskade på fostret.

5.2.3 Henvisning til yderligere information

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

5.3 Seksualitet

Anbefalinger vedr. seksualitet

- Seksualitet er et 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.
-

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

5.3.1 Baggrundsviden

Det er individuelt, hvordan 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 kropsofattelse 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 (Paparharitou 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 i samarbejde med jordemoder/lægen, og vejledningen skal være specifik i forhold til både penetration og orgasme.

Genoptagelse af seksuallivet efter fødslen og prævention er et emne, der indgår i fødsels- og forældreforberedelse. Efter fødslen vil rådgivning herom oftest varetages af den praktiserende læge og/eller sundhedsplejersken efter hjemkomsten.

5.4 Arbejdsmiljø

Anbefalinger vedr. arbejdsmiljø

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

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 $\frac{1}{3}$ var sygemeldt mere end 4 uger ud over barsel (Beskæftigelsesministeriet 2010). Disse tal er fortsat repræsentative ud fra nyere, mindre undersøgelser.

Graviditetsbetinget fravær er størst blandt de helt unge gravide og i de lavere socioøkonomiske grupper. Fraværet er generelt lavere jo højere uddannelsesniveau. Der er stor variation mellem brancher i fraværet under graviditet, hvilket bl.a. skyldes, at gravide i mere fysisk krævende arbejdsfunktioner har et højere fravær. Særligt gravide, der er eksponeret for flere typer belastninger – fx tunge løft, højt tempo, natarbejde eller kemiske påvirkninger – bliver i større omfang sygemeldt og har flere fraværsgange end gravide med få eller ingen påvirkninger i deres arbejde (Hansen 2015, Sejbæk 2020).

5.4.1 Generelt

De gravide udgør en særlig sårbare gruppe på arbejdspladsen, og arbejdsgiveren har ansvaret for at beskytte dem. Hensynet til gravide medarbejdere skal indgå i virksomhedernes almindelige sikker-

hedsarbejde, herunder i de lovpligtige arbejdspladsvurderinger¹¹. En gravidpolitik på arbejdspladsen kan angive retningslinjer for gravides arbejde.

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 og lægemidler. Påvirkningerne udgør en øget risiko for misdannelser og neurologiske skader hos fostret, hvorfor det ofte er af betydning, at kvinden meget tidligt i graviditeten undgår at blive udsat for disse. 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 mulige infektioner i arbejdsmiljøet – såsom parvovirus (lussionsyge), cytomagalovirus (CMV), toxoplasmosis og q-feber – kan øge risikoen for fosterdød og misdannelser eller påvirke den gravide generelt, se [kapitel 8](#). Læs endvidere om beskyttelse af gravide i pleje- og omsorgssektorerne (sundheds- og pædagogisk personale) i Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende COVID-19 retningslinjer på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

I forhold til arbejdstid er der mistanke om, at fast natarbejde eller hyppige nattevagter øger risikoen for spontan abort (Bonde 2013, Begtrup 2019). Organisering af nattevagter har betydning, og mange nattevagter i træk har vist sammenhæng med øget risiko for hypertension under graviditeten. Risikoen i forbindelse med natarbejde er særlig udtalt for gravide med svær overvægt (Hammer 2018). Natarbejde er

11 Arbejdstilsynets vejledning for gravide og ammende A.1.8-5-1, se <https://amid.dk>

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 arbejdsmiljø-mæssige problemer, skal den gravide rådgives om at kontakte sin arbejdsgiver, der har pligt til at sørge for, at den gravide enten bliver omplaceret 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 Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling til risikovurdering.

Den praktiserende 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 fostret (barselsloven § 6, stk. 1)
- Hvis arbejdets særlige karakter medfører risiko for fostret, eller hvis 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 www.amid.dk

5.5 Skadelige miljøstoffer

Anbefalinger vedr. skadelige miljøstoffer

- Gør rent og luft ud
 - Køb miljømærkede produkter
 - Minimer kemikaliekontakt
 - Mindsk eksponering for pesticider ved at spise usprøjtet frugt og grønt.
-

Graviditeten er en følsom periode, hvor fostret 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 8 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 af gravide eller ammende kvinder, medmindre tandlægen finder, at det er strengt nødvendigt på grund 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 7 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

Anbefalinger vedr. lægemidler

- Generelt bør der 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 af moderen ved specialistrådgivning (se henvisning til yderligere information, lægemiddelinformationscentraler).
 - Amning bør kun sjældent frarådes pga. moderens medicinindtagelse.
-

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 til 2009 steg andelen af førstegangsgravide, som indløste mindst en recept under graviditeten fra 55 % til 61 %. Nyere opgørelser fra andre vestlige lande viser følgende: 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 praktiserende læge drøfte medicinindtag med kvinden og vejlede om at tage mindst muligt håndkøbsmedicin, herunder

minimere indtaget af paracetamol. 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, se også [afsnit 5.6.3](#). 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 på 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 eventuelle bivirkninger af det aktuelle lægemiddel. Nyfødte – og især præmature og svækkede børn – er særlig følsomme over for farmakologiske bivirkninger, hvorfor ekstra forsigtighed tilrådes i de første 2-4 uger af ammeperioden. Endvidere har nogle lægemidler som bivirkning, at de kan øge eller nedsætte mælkeproduktionen (Damkier 2014). Af *Amning – en håndbog for sundheds-personale* (Sundhedsstyrelsen 2021) 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

Der henvises til:

- De godkendte produktresuméer
- www.promedicin.dk
- Brigg's: Drugs in Pregnancy and Lactation
- Medications and Mother's Milk – Thomas W. Hale. Hale Publishing
- Drugs and Lactation Database (LactMed) om medicin og amning. Udgivet af NIH. Tilgængelig som app og på hjemmesiden www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922

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

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: www.dsog.dk/obstetrik

Institut for Rationel Farmakoterapi har udgivet flere numre om lægemidler til gravide og ammende, som er tilgængelige på: 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

Anbefalinger vedr. rygning

- Rygning, passiv rygning samt brug af e-cigaretter, nikotinposer og røgfri tobak (tyggetobak, snus og lignende), frarådes gravide og ammende.
- Receptpligtig rygestopmedicin anbefales ikke til gravide eller ammende, men nikotinsubstitution (NRT¹²) kan i samråd med en læge overvejes i tilfælde af svær afhængighed, når intensiv rådgivning ikke er nok. Her er opfølgning og en plan for udtræning vigtig.
- Alle gravide spørges ind til rygestatus og forbrug af henholdsvis e-cigaretter, røgfri tobaks- og nikotinprodukter (snus, tyggetobak og nikotinposer), receptpligtig rygestopmedicin, medicinsk nikotinsubstitution samt udsættelse for passiv rygning ved første kontakt til praktiserende læge og til jordemoder samt 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 samt stop af brug af e-cigaretter, nikotinposer og røgfri tobak, se [afsnit 5.7.2](#).
- Alle gravide og ammende, der ryger, bruger e-cigaretter, nikotinposer og røgfri tobak, opfordres til at stoppe og tilbydes henvisning til ryge- eller nikotinstop 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, og partnere, der ryger eller bruger e-cigaretter, skal opfordres til at stoppe og tilbydes henvisning til rygestop i kommunen eller hos Stoplinien (tlf. 80 31 31 31).
- Kvinder, der ryger, opfordres til at amme – på lige fod med andre kvinder – fordi fordelene ved modermælk overskygger ulemperne ved rygning.

Rygning under graviditeten kan medføre alvorlige komplikationer under graviditet og fødsel med konsekvenser for både fostret og den gravide, herunder konsekvenser der kan påvirke helbredet hos barnet senere i livet. Da rygning i graviditeten er den største enkeltstående miljøfaktor med negative sundhedsmæssige konsekvenser for både mor og barn, er hjælp til rygestop en af de vigtigste sundhedsfremmende indsatser under graviditeten (Mund 2013).

12 NRT: Nicotine Replacement Therapy

5.7.1 Generelt

Blandt danske kvinder i den fertile alder¹³ ryger ca. 19 %. Ifølge Det Medicinske Fødselsregister ryger 6 % af de gravide kvinder under hele graviditeten. Der er stor social ulighed i rygning før og under graviditet (Graham 2010). Kvinder, der ryger under graviditeten, har oftere kort uddannelse, lavere tilknytning til arbejdsmarkedet og er oftere uden en samboende partner end gravide, der ikke ryger (de Wolff 2019, Grøtvedt 2017). Pariteten spiller en rolle, idet førstegangsfødende har højere sandsynlighed både for at ryge og for at stoppe med at ryge under graviditeten (Graham 2010). Rygning under graviditeten er forbundet med oplevelse af stigmatisering, hvilket øger risikoen for, at gravide ryger i smug (Grant 2018).

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 spørges om rygestatus og forbrug af henholdsvis e-cigaretter, røgfri tobaks- og nikotinprodukter (snus, tyggetobak og nikotinposer), receptpligtig rygestopmedicin, medicinsk nikotinsubstitution samt udsættelse for passiv rygning. Dette tages op ved første kontakt til praktiserende læge og jordemoder, samt ved efterfølgende kontakter, hvis de enten ryger eller tidligere har røget. Gravide, som udsættes for passiv rygning i arbejdstiden, bør rådgives om så vidt muligt at undgå dette. Se også afsnittet om arbejdsmiljø.

13 Kvinder i den fertile alder defineres her som kvinder i alderen 16-45 år. Data er fra Danskernes Rygevaner 2020

Opsporing og henvisning til ryge- og nikotinstop

Very Brief Advice (VBA) er en hurtig og 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

1. Spørg om ryge- og nikotinstatus ved første graviditetskonsultation og følg op ved efterfølgende konsultationer ved behov.
2. Oplys, at det for mange er svært at holde op med at ryge af sig selv og oplys, at den bedste måde til at opnå ryge- eller nikotinstop er at modtage professionel rådgivning.
3. Spørg, om du må henvise til en rygestoprådgiver, der kan støtte, hvis den gravide ønsker ryge- eller nikotinstop.

Gravide, der oplyser, at de ryger eller anvender røgfri tobak, nikotinposer, e-cigaretter eller andre nikotinprodukter, der ikke er godkendt som rygestopmedicin, bør henvises til rådgivning ved fx:

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

Rådgivning om receptpligtig rygestopmedicin og medicinsk nikotinsubstitution

- Gravide og ammende bør så vidt muligt ikke anvende medicinsk nikotinsubstitution til ryge- eller nikotinstop.
- Gravide frarådes at anvende receptpligtig rygestopmedicin
- Er et ryge- eller nikotinstop ikke muligt trods rådgivning, kan medicinsk nikotinsubstitution overvejes i samråd med læge.
- Intermitterende doser med tyggegummi, tabletter og rygeinhalator påvirker fostret/spædbarnet mindst muligt. Undgå plastre.
- Ordination af medicinsk nikotinsubstitution kræver information om mulige risici og en efterfølgende tæt opfølgning og plan for udtræning.
- Se promedicin.dk for specifikke rygestoppræparater

5.7.3 Henvisning til yderligere information

Pjece til gravide rygere:

- *Røgfri graviditet.* Sundhedsstyrelsen 2016. Tilgængelig på: www.sst.dk

Very Brief Advice (VBA):

- Sundhedsstyrelsen (2018). Forebyggelsespakke Tobak, se side 20-21. Tilgængelig på: www.sst.dk
- Jensen HAR et al (2017). Very Brief Advice – Kort rådgivning om ryggestop. Notat udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Tilgængelig på: www.sdu.dk/da/sif
- Sund By Netværkets publication om Very Brief Advice (2017). Tilgængelig på www.sund-by-net.dk/wp-content/uploads/2017/03/VBArygestop.pdf

Evidensgennemgange:

- DSOG (2019). Tobak og graviditet samt Appendices. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på: www.dsog.dk/obstetrik
- 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: 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: www.who.int

5.8 Alkohol

Anbefalinger vedr. alkoholforbrug

- **Kvinder, der planlægger at blive gravide, frarådes at drikke alkohol pga. fostrets 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 maks. 1 genstand om dagen.**
-

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 fostret 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. Fostrets promille er den samme som moderens, men alkoholen er længere tid om at blive nedbrudt på grund af fostrets umodne lever. Fostrets evne til at nedbryde alkohol er anslået til kun at være 5-10 % af voksnes evne, og fostret 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 (7 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 dem, der er særlig følsomme over for alkohol, herunder fostre.

Føtalt 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 føtalt 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 1 ud af 100 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 særlig 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 7-årsalderen 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.

Alkoholindtag inden graviditeten

Alkoholindtag på < 7 genstande om ugen for kvinder er ikke associeret med mindsket chance for at opnå spontan graviditet eller graviditet ved fertilitetsbehandling. Et indtag på 1-3 genstande pr. uge ser ikke ud til at øge risikoen for spontan abort (DSOG 2016).

5.8.2 Sundhedspersonalets konkrete opgaver

Allerede ved den prækonceptionelle samtale hos den praktiserende læge kan der 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 eventuelt 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 www.dsog.dk
- Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse af rusmiddelskader hos fostre. Tilgængelig på www.sst.dk

5.9 Euforiserende stoffer/narkotika

Anbefalinger vedr. brug af euforiserende stoffer

- 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 eventuelt forbrug af euforiserende stoffer ved stort forbrug af alkohol og tobak.
 - Ved erkendt forbrug og behov for hjælp henvises til det regionale familieambulatorium.
-

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 fostret.

Hovedparten af de euforiserende stoffer hæmmer fostrets 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](#).

5.9.1 Henvisning til yderligere information

- Sundhedsstyrelsen. *Forebyggelse af rusmiddelskader hos fostre*. Tilgængelig på: 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.

Begtrup L et al (2019). Night work and miscarriage: a Danish nationwide register-based cohort study. *Occup Environ Med* 76 (5): 302-308.

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). Lægemedler og graviditet - generelle betragtninger om data, metoder, fortolkning og risikoestimering. *Rationel Farmakoterapi* nr. 3. Tilgængelig på www.sst.dk

Damkier P (2014). Lægemedler 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.

de Wolff MG et al (2019). Prevalence and predictors of maternal smoking prior to and during pregnancy in a regional Danish population: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 16(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0740-7>

- Domenoz I et al (2014). Effect of physical activity during pregnancy on mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 211, 401.e1-11.
- DSOG (2016). Alkohol og graviditet. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk>
- DTU Fødevarestitutet (2015). Danskernes kostvaner 2011-2013. ISBN: 978-87-93109-39-1
- European Food Safety Authority (2015). Scientific Opinion on the safety of caffeine. *EFSA Journal* 13(5):4120. DOI: <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2015.4102>
- 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.
- Graham et al (2010). Lifecourse influences on women's smoking before, during and after pregnancy. *Soc Sci Med*, 70(4), 582-587. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.041>
- Grandjean P et Landrigan PJ (2014). Neurobehavioural effects of developmental toxicity. *Lancet Neurol*. 13(3):330-8.
- Grant A et al (2018). Smoking during pregnancy, stigma and secrets: Visual methods exploration in the UK. *Women Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.012>
- Grøtvedt L et al (2017). Development of Social and Demographic Differences in Maternal Smoking Between 1999 and 2014 in Norway. *Nicotine Tob Res*, 19(5), 539-546. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw313>
- 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.
- Hammer P et al (2018). Night work and hypertensive disorders of pregnancy: a national register-based cohort study. *Scand J Work Environ Health* 44(4):403-413. doi:10.5271/sjweh.3728.
- 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.
- Hansen ML et al (2015). Predictors of sickness absence in pregnancy: a Danish cohort study. *Scand J Work Environ Health* 41(2):184-193. doi:10.5271/sjweh.3470
- 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.
- 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.
- Little 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.
- Mund M et al (2013). Smoking and pregnancy – a review on the first major environmental risk factor of the unborn. *Int J Environ Res Public Health*, 10(12), 6485–6499. <https://doi.org/10.3390/ijerph10126485>
- Nexø E et al (2017). Vitamin B12-mangel uden anæmi– en vigtig diagnose. *Månedsskrift for almen praksis*, november 2017.
- Nicoletti et al (2014). 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.
- Sejbaek CS et al (2020). The influence of multiple occupational exposures on absence from work in pregnancy: a prospective cohort study. *Scand J Work Environ Health* 46(1):60-68. doi:10.5271/sjweh.3840
- 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 røntgenstråling.
- Sundhedsstyrelsen (2021). 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.
- 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.
- Woodley et al (2020). Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 May 6;5(5):CD007471. doi: 10.1002/14651858.CD007471.pub4.
- 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

Anbefalinger vedr. terminsfastsættelse

Det anbefales, at terminen fastsættes på baggrund af 1. trimesterscanningen i uge 11-13.

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

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

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

Historisk set er terminsfastsættelsen sket ud fra Naegeles regel for terminsberegning 5 (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 opfyldt for 30-80 % af de gravide (DSOG 2009).

Ultralydsbaseret terminsberegning (UL) bygger på en antagelse om, at alle fostre har samme størrelse ved samme gestationsalder. Mange faktorer har dog vist at have indflydelse på fostrets 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 den perinatale 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.

6.2 Vægt og vejning

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 5](#). Når det er muligt, anvendes samme vægt til vejningen.**
 - **Ved første konsultation hos praktiserende læge anføres både den selvrapporterede prægravide vægt og den målte vægt i vandrejournalen.**
-

Både undervægt og overvægt *forud* for graviditeten er risikofaktorer under graviditeten. Undervægt øger risikoen for intrauterin væksthæmning, særligt ved utilstrækkelig vægtøgning under graviditeten (Bjørnholt 2019). Undervægt kan være udtryk for en tilgrundliggende medicinsk eller psykisk lidelse og/eller fejl-/underernæring som følge af restriktivt kostindtag, hvilket bør søges afdækket ved første graviditetskonsultation i almen praksis og hos jordemoder. Overvægt er beskrevet i [afsnit 9.11](#).

Kvindes vægtøgning *under* graviditet varierer meget og spiller en rolle for fostrets 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 lever med overvægt 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 vægts-

tigning 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* 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 gravide både med undervægt, normalvægt og overvægt (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 inden for kategorien normalvægtige (Bogaerts 2013). Kvinder med overvægt tager i gennemsnit spontant mindre på end normalvægtige. Der er dog flere gravide med overvægt, 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 afhængigt af, om kvinden havde under-, normal- eller overvægt 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.

Afhængigt af den prægravide BMI er en hensigtsmæssig vægtstigning ved enkeltfoldgraviditet:

Prægravid	Vægtstigning under graviditet
Undervægt (BMI < 18,5)	12,5 – 18 kg
Normalvægt (BMI 18,5 – 24,9)	11,5 – 16 kg
Overvægt (BMI 25 – 29,9)	7 – 11,5 kg
Svær overvægt (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 u hensigtsmæssig næringsstofsammensætning (fejlernæring), som i værste fald kan skade fostret. Endvidere kan et lavt kalorieindtag føre til ketose, hvilket potentielt kan være farligt for fostret. Derimod anbefales kostomlægning med henblik på at følge kostrådene. En del kvinder med svær overvægt 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.

Hos undervægtige gravide er en tilstrækkelig vægtøgning særlig vigtig, da den kan reducere risikoen for SGA og præterm fødsel til samme niveau som for normalvægtige gravide (Bjørnholt 2019). Den gravide bør informeres herom og tilbydes vejning ved svangrekonsultationerne.

6.3 Blodtryk

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 præeklamsi dvs. almen sygdomsfølelse, smerter i epigastriet, hovedpine)

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

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.

Blodtryksmåling bør foregå under standardiserede betingelser med anvendelse af valideret udstyr, som beskrevet af Dansk Hypertensionsselskab (Christensen 2013), 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 eventuelt kan holdes pause med medikamentel behandling. Blodtryksmåling er en vigtig parameter for diagnosticering af præeklamsi, se [afsnit 9.6.2](#).

6.4 Urinundersøgelse

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.
-

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 begyndende diabetes. 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 præeklampsi. Det anbefales at foretage urinundersøgelse for albumin en gang i henholdsvis 1. og 2. trimester og ved hver konsultation i 3. trimester. Se endvidere [kapitel 9](#) om præeklampsi.

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](#).

6.5 Gynækologisk undersøgelse

Anbefalinger vedr. gynækologisk undersøgelse

- Vaginaleksploration 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 eventuel vaginal ultralydsundersøgelse af livmoderhalsen.
-

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 eventuel ultralydsundersøgelse af cervix, se også [kapitel 9](#).

6.5.2 Bækkenvurdering

Anbefalinger vedr. bækkenvurdering

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

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 biologiske far er væsentlig større end den gravide.

6.6 Tilvækst og fosterstilling

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 vægtestimering ved ultralydsundersøgelse.
 - Klinisk fosterskøn vurderes og registreres ved graviditetsundersøgelser i 3. trimester. Der henvises til obstetrisk afdeling med henblik på vurdering og eventuel ultralydsundersøgelse, hvis lægen eller jordemoderen skønner, at fostret 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.
-

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. Raterne for intrauterin fosterdød er meget lave i Danmark og 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 fostret.

6.6.1 Fostervækst

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

Fostervækst kan bedømmes ved:

- symfyse-fundus-måling
- klinisk fosterskøn
- ultralydsundersøgelse.

Symfyse-fundus-mål

Afstanden mellem symfyse og fundus uteri (SF, symfyse-fundus-mål) kan måles fra uge 24 med henblik på at finde fostre med afvigende og især retarderet vækst.

Symfyse-fundus-mål under normalområdet kan skyldes, at barnet er lille – eventuelt 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 (Lindhart 1990). Undersøgelsen kan anvendes fra et tidligere tidspunkt i graviditeten i forhold end 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. Hvis symfyse-fundus-målet ligger uden for normalområdet (< 80 % fra medianen) henvises til obstetrisk

afdeling med henblik på vurdering og vægtestimering 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 gravide med overvægt. 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 eventuel ultralydsundersøgelse.

Vurdering ved ultralydsundersøgelse

Undersøgelse af fostrets 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 fostertilvækst – her 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 fostrets præsentation og stilling. 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 ved ultralydsundersøgelse. Ligger barnet ikke i hovedstilling efter uge 36, anbefales det at forsøge at vende barnet, medmindre der er kontraindikationer herfor.



Ultralydsundersøgelse foretages med forskellige formål, herunder beregning af termin, afdækning af eventuel misdannelse, vurdering af risiko for Down Syndrom (ved nakkefoldsscanning) samt undersøgelse af fostrets størrelse og placering i livmoderen.

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 fostrets bevægelser, ligesom kvinder kan opleve forskelle fra én graviditet til en anden. Ved en normal graviditet oplever kvinden almindeligvis, at fostret bevæger sig flere gange dagligt efter uge 24. 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).

Gravide skal informeres om at henvende sig til en jordemoder eller obstetrisk afdeling, hvis de mærker mindre liv., se [afsnit 9.9](#).

6.7 Celleprøve fra livmoderhalsen (smear)

Anbefalinger vedr. celleprøve fra livmoderhalsen

- Screening for livmoderhalskræft tilbydes enten prækonceptionelt eller i forbindelse med 8-ugers-undersøgelsen efter fødslen, hvis screeningstidspunktet falder under en graviditet.
 - Ved klinisk mistanke om præ- eller manifest maligne tilstande henvises kvinden til vurdering og undersøgelse på gynækologisk afdeling med kolposkopi og eventuel biopsi i stedet for smear.
-

Sundhedsstyrelsen fastsætter rammerne for det nationale screeningsprogram for livmoderhalskræft, og der henvises til de til enhver tid gældende nationale anbefalinger (Sundhedsstyrelsen 2018). I det nationale screeningsprogram for livmoderhalskræft inviteres kvinder i aldersgruppen 23-64 år til screening.

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 falsk positivt svar. Den gravide vil på dette grundlag kunne blive indkaldt til yderligere undersøgelser, hvilket vil ængste den gravide unødigt. Størstedelen af gravide med positiv cytologi vil ikke blive udredt nærmere under graviditeten, men afvente at prøven gentages efter fødslen, hvilket også kan medføre ængstelse hos de kommende forældre. 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 positivt svar, og de vanskeligheder yderligere udredninger og behandling af tilstanden under graviditeten medfører. Hvorvidt væskebaseret cytologisk undersøgelse og HPV-test fremover vil betyde ændringer i anbefalingen vedr. gravide er uklart, da der endnu ikke findes valide data til støtte for dette.

Der tilrådes enten prækonceptionel smearundersøgelse eller undersøgelse 8 uger efter fødslen, hvis der er gået mere end 3 år siden sidste undersøgelse, eller hvis screeningstidspunktet falder i graviditeten. 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. For kvinder, der ikke følger screeningsprogrammet, er det særlig vigtigt at tilbyde smearundersøgelse 8 uger efter fødslen.

Ved mistanke om præmaligne eller maligne tilstande på cervix henvises til gynækologisk afdeling eller gynækologisk speciallæge med henblik på kolposkopi og evt. biopsi.

Referencer til kapitel 6

- Bjørnholt SM et al (2019). Undervægt blandt prægravide kvinder er en overset risikofaktor. Statusartikel. Ugeskr Læger 181(40):V04190241.
- 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.
- Christensen KL et al. (2013). Hypertensionsdiagnostik 2013 – opdatering fra Dansk Hypertensionselskab. Tilgængelig på www.dahs.dk
- 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.dso.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.
- Lindhard A et al (1990). The Implications of Introducing the Symphyseal-Fundal Height-Measurement. A Prospective Randomized Controlled Trial. *Br J Obstet Gynaecol* 97(8):675-80. doi: 10.1111/j.1471-0528.1990.tb16237.x.
- 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.
- Sundhedsstyrelsen (2018). Screening for livmoderhalskræft, anbefalinger. Tilgængelig på www.sst.dk – søg på livmoderhalskræft.
- 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

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.
- Gravide bør gøres opmærksom på, at jerntabletter ligesom andre tabletter 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 multivitamin-tablet. Den anbefalede dosis vil sjældent give anledning til bivirkninger.

7.1.1 Baggrund

Jernbehovet stiger gradvist gennem graviditeten, og den gravides jernindtag bruges hovedsageligt til at øge erythrocytmassen, udvikle placentastrukturer, dække fostrets 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 1/3 har tilstrækkelige jerndepoter til en normal graviditet. Der er derfor en øget risiko for at udvikle jernmangel og som følge heraf eventuelt 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).

7.1.2 Definitioner

Anæmi:

- 1. trimester: hæmoglobin < 6,8 mmol/l
- 2. og 3. trimester: hæmoglobin < 6,5 mmol/l
- Postpartum (< 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

7.1.3 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 ved 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).

7.1.4 Sundhedsmæssige effekter af jerntilskud

Det vides fra især 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.

Hos fostret vil de positive effekter af jerntilskud primært være, at man sikrer tilstrækkeligt jern til udvikling af de vitale organer samt

mulighed for at opbygge tilstrækkeligt store jerndepoter til de første levemåneder.

Hos moderen er de positive effekter forebyggelse af jernmangel-anæmi 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 postpartum 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 er formentlig begrænset, når det drejer sig om i en periode på nogle måneder, hvor jernbehovet naturligt er større end normalt. Endvidere er der ikke kendte negative effekter for fostret af maternal forhøjet jernabsorption.

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

7.1.5 Jerntilskud

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

Ud fra en samlet vurdering anbefaler Sundhedsstyrelsen derfor generel jernprofylakse under graviditet. Det er af flere grunde hensigtsmæssigt at stille 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 – og hos gravide, hvor 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 peroralt jerntilskud. Hos kvinder med manglende effekt af peroralt jern, eller hvor peroral behandling ikke er mulig, kan intravenøs administration af jern overvejes. Effekten af behandlingen bør kontrolleres efter 4-8 uger afhængigt af graden af mangel. Ved jernmangel og anæmi bør der tilbydes tilvækstkontrol af foster.

Hvis der i graviditeten konstateres anæmi, bør den gravide henvises til obstetrisk afdeling til videre vurdering, eventuel intravenøs administration af jern og tilvækstkontrol af foster.

7.2 RhD (rhesus)-immunisering

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 fostrets RhD-type i uge 25 hos den praktiserende læge. Svaret skal tilgå obstetrisk afdeling og skal 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.
-

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 fostret 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.

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

Sundhedsstyrelsen valgte på den baggrund i 2010 at supplere tilbudet 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 immunoglobulin 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, Tiplad 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 RhD-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 fostrets 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 immunoglobulin 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 immunoglobulin i forbindelse med jordemoderkonsultationen i uge 29.
- Hvis fostrets rhesustype fejlagtigt ikke er bestemt i uge 25, bør det gøres snarest muligt derefter, og anti-D immunoglobulin gives, så snart svaret foreligger, såfremt det viser indikation for profylakse. Hvis en gravid, som skulle have haft det, ikke har fået anti-D immunoglobulin 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 eventuelt gives anti-D immunoglobulin.

Profylakse på særlige indikationer

Før graviditetsuge 8+0

- Der er ikke behov for behandling med anti-D immunoglobulin 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:

- 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 placentalsøsnig.

Anti-D gives under forudsætning af, at ampuller i den rette dosering er tilgængelige. Hvis det ikke er tilfældet, gives 250-300 µg anti-D.

Efter graviditetsuge 20+0

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

- Moderat til kraftig blødning før uge 29 (tidspunktet for den rutinemæssige profylakse), hvis der ikke er givet anti-D tidligere
- Foetus mortuus, så snart diagnosen er stillet
- Abdominal traume, som medfører indlæggelse på mistanke om placentalsøsnig
- 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 immunoglobulin skal ordineres af en læge. En læge kan delegerede administrationen heraf til en medhjælp. Lægen har i den forbindelse ansvar for at sikre, at medhjælpen er instrueret i tilstrækkeligt omfang og er kvalificeret til at varetage opgaven. Lægen skal endvidere sikre, at medhjælpen kan behandle eventuelle 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 afdelingens jordemødre selvstændigt vurderer behovet for anvendelse af anti-D immunoglobulin og iværksætter behandling hermed.

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

7.3 Hæmoglobinopatier

Anbefalinger vedr. hæmoglobinopatier

- Kvinder med etnisk oprindelse fra et af de nedenfor nævnte lande, se afsnit 7.3.1, informeres om hæmoglobinopati og tilbydes undersøgelse herfor. Det sker bedst prækonceptionelt eller ved første graviditetsundersøgelse hos den praktiserende læge, hvis der *ikke* foreligger en tidligere undersøgelse herfor.
 - Hvis den gravide er heterozygot for β -thalassæmi, seglcelleanæmi eller for 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.
-

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 (og -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 erythrocyt middelcellevolumen (MCV), eller middelcelle hæmoglobin (MCH) anæmi, hvilket kan forveksles med jernmangelanæmi.

Kvinder, som er bærere af hæmoglobin S, vil sædvanligvis have normalt 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 seneste år har man observeret et stigende antal patienter med hæmoglobinopatier.

7.3.1 Undersøgelse for hæmoglobinopati af gravide med ikke-vestlig oprindelse

Gravide med ikke-vestlig oprindelse er gennem de senest 40 år blevet undersøgt for seglcelleanæmi og thalassæmi 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 undersøgelser steget fra knap 1.000 i midten af nullerne til knap 2.400 i 2016. En MTV-undersøgelse fra 2009 viste, at kun knap $\frac{1}{3}$ af kvinder i målgruppen blev undersøgt for hæmoglobinopati (Sundhedsstyrelsen 2009).

Gravide med oprindelse fra følgende lande tilbydes undersøgelse for hæmoglobinopati:

- Afrika og afroamerikanere fra USA
- 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)

Prøven 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 hæmoglobintype, som ovenfor beskrevet.

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

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

7.4 Graviditetskomplikationer associeret til arvelig eller erhvervet trombofili

Anbefalinger vedr. trombofili

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

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

Hvis der er indikation for trombofiliudredning, henvises kvinden til 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.

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.

Der er i varierende grad øget risiko for trombose i graviditeten ved tilstedeværelse af:

- erhvervet trombofili – som fx antifosfolipidantistoffer
- arvelig trombofili – som faktor V Leiden-varianten eller faktor II-varianten.

En specifik risikovurdering er nødvendig i forbindelse med graviditeten med henblik på stillingtagen til tromboseprofylakse (Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase 2014).

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.

I samråd med obstetrisk afdeling vurderes det, om der er indikation for forebyggende blodfortyndende, medicinsk behandling, *hvis* den gravide har haft venøs trombose eller én af de nævnte graviditetskomplikationer, og *hvis* der er påvist en nedarvet eller erhvervet trombofiltilstand. 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.

Clark 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 (2012). 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* 52: 752-8.

Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase (2014). Tromboembolisk sygdom under graviditet og postpartum – risikovurdering, profylakse og behandling. Retningslinje tilgængelig på <https://www.dsog.dk/obstetrik>

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

Koelwijin 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 et al (2018). 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

Før og under graviditeten udsættes kvinden for en række almindelige infektioner, uden at det 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 fostret. Nogle infektioner kan forebygges allerede inden graviditeten ved rådgivning og eventuel 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 fostret, eller forhindre, at sygdommene overføres til fostret. Sygdommene står i alfabetisk rækkefølge.

Hvor det er relevant, bør undersøgelser og forebyggende tiltag bør også omfatte andre af husstandens medlemmer, der kan udsætte kvinden for smitte.

8.1 Forebyggelse af infektioner inden graviditet

8.1.1 Vaccination for røde hunde og skoldkopper inden graviditet

Røde hunde (rubella) og skoldkopper (varicella) kan forårsage skader hos fostret, 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 røde hunde 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 skoldkopper, da sygdommen er meget udbredt, men det gælder ikke nødvendigvis kvinder, der er opvokset i udlandet. Hos kvinder i den fødedygtige alder, der ikke har haft skoldkopper 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 vaccination mod skoldkopper og til konception

8.1.2 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* (www.retsinformation.dk)

8.1.3 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 www.ssi.dk/aktuelt/sygdomsudbrud

Læs mere i [afsnit 8.29](#) om zika.

8.1.4 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

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 fostret. 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.

8.2.1 Vaccination mod influenza og COVID-19

Det anbefales, at gravide i 2.-3. trimester bliver vaccineret mod COVID-19 og mod influenza i influenzasæsonen.

Læs mere i [afsnit 8.8](#) om COVID-19 og [afsnit 8.17](#) om influenza.

8.2.2 Kighoste-boostervaccination

Anbefalinger vedr. boostervaccination mod kighoste¹⁴

- Gravide i 2. trimester tilbydes gratis vaccination mod kighoste i forbindelse med den anden rutinemæssige graviditetsundersøgelse hos praktiserende læge i uge 25. Denne vaccination kan dog gives indtil 1 uge før termin.
- Vaccinationen gives i form af en kombinationsvaccine, der også beskytter mod stivkrampe og difteri. Formålet er primært at beskytte den nyfødte i de første levemåneder gennem mors antistoffer.
- Gravide med flerfoldsgraviditet og andre gravide med risiko for at føde for tidligt, kan tilbydes vaccination som led i sygehusbehandlingen, dvs. at fødestedet kan give vaccinen, hvis den gravide er indlagt eller følges ambulantly. I denne gruppe kan vaccination tilbydes, såfremt det fagligt vurderes, at fødsel ikke forventes inden for en uge, dog tidligst ved fulde 16 uger. Den tilknyttede jordemoder bør drøfte dette med den gravide, såfremt det vurderes relevant.

I Danmark vil størsteparten være vaccineret mod henholdsvis difteri, stivkrampe (tetanus) og kighoste (pertussis) igennem børnevaccinationsprogrammet. Men da vaccinationen bør boostes hvert 10. år, kan der være kvinder, der ikke er tilstrækkeligt beskyttede. Kighoste og stivkrampe er særlig farlige for spædbørn. Hvis kvinden nyligt er

14 Midlertidigt tilbud, som indtil videre gælder indtil 31. marts 2022.

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 seneste 10 år. Hvis det er muligt, gives vaccinationen før graviditeten, men den kan også gives under graviditeten, da der ikke er påvist øget risiko for bivirkninger ved vaccination mod difteri-tetanus-kighoste under graviditet (McMillan 2017).

Kighostevaccination i graviditeten er sikker for både mor og barn og medfører god beskyttelse af barnet mod kighoste i månederne efter fødslen. Studier har vist, at kighostevaccination kan forebygge mellem 40 og 90 % af kighostetilfælde hos spædbørn (Skoff 2017, Saul 2018). Kighostevaccination i graviditeten er vist ikke at påvirke graviditet og fødsel negativt, ikke at give øget forekomst af komplikationer i spædbarnsalderen og at være sikker i forhold til amning. Ligesom for andre vacciner ses der primært bivirkninger i form af lokalreaktioner på indstikssted.

8.2.3 Vaccination af husstanden

Der kan ikke vaccineres mod røde hunde og skoldkopper under graviditet, men det kan efter konkret skøn være relevant at vaccinere eventuelle ubeskyttede medlemmer af husstanden både for at beskytte dem selv, den gravide og det nyfødte barn. I det hele taget bør det sikres, at eventuelle større børn følger børnevaccinationsprogrammet, også af hensyn til det nyfødte barn.

Alle over 18 år tilbydes vederlagsfri MFR-vaccination, der beskytter mod mæslinger, røde hunde og fåresyge.

8.2.4 Graviditet og hygiejne

Gravide bør informeres om god hygiejne, herunder fødevarer- og køkkenhygiejne, og forsigtighed ved kontakt med dyr, se nærmere under afsnit om toxoplasmose, Listeria og Q-feber.

Også på arbejdspladsen er det vigtigt at holde en god hygiejne. Særligt gravide, der arbejder medmindreårige (fx i institutioner, skoler og sundhedsvæsen) eller er i kontakt med dyr (fx dyrlæger, dyrepassere, slagteriarbejdere og dyrehandlere) skal informeres om, hvordan man kan nedsætte arbejdsrelateret smitterisiko. Håndhygiejne er den vigtigste metode til at forebygge, at smitten spreder sig – også selv om man bruger handsker under arbejdet.

Yderligere information:

- Arbejdstilsynets vejledning om gravides og ammendes arbejdsmiljø AT.1.8-5, afsnit 5.4 om arbejdsmiljø (<https://at.dk>)
- Fødevarestyrelsens hygiejnevejledning (vejledning nr. 9613 af 5. juli 2019 om fødevarerhygiejne) samt information om bakterier og virus i fødevarer (www.foedevarestyrelsen.dk).
- Sundhedsstyrelsens *Håndbog om hygiejne og miljø i dagtilbud* (www.sst.dk)

8.2.5 Graviditet og udlandsrejser

Gravide bør forud for en rejse have grundig information om risiko for rejserelaterede infektioner. Særligt zika, røde hunde, malaria og dengue indebærer en risiko for fostret, hvis den gravide smittes. Gravide har desuden højere risiko for komplikationer ved andre rejse-relaterede infektioner.

Gravide anbefales at overveje at udskyde ikke-nødvendige rejser til områder med forekomst af zikavirus (fx Thailand) indtil efter graviditeten. For oversigt over områder se: www.ssi.dk/aktuelt/sygdoms-udbrud

Læs mere i [afsnit 8.29](#) 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 fødevejbårne sygdomme. Der kan i nogle tilfælde 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: <https://rejse.ssi.dk/rejseraad-til-gravide>

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, medmindre der foreligger kontraindikationer.

Vaccination med levende, svækkede vacciner (mæslinger, skoldkopper) må ikke anvendes til gravide, men der kan i stedet gives immunglobulin ved eksposition.

Tabel 8.1

Forebyggende behandling til gravide ved eksposition

Vaccination (inaktiveret)	Immunglobulin	Antibiotika
<ul style="list-style-type: none">• Meningokoksygdom• Hepatitis A• Hepatitis B• Rabies (hundegalskab)• Tetanus (stivkrampe)	<ul style="list-style-type: none">• Mæslinger• Skoldkopper	<ul style="list-style-type: none">• Meningokoksygdom• Kighoste

Styrelsen for Patientsikkerhed afgrænser, hvem blandt de nære kontakter, der skal tilbydes forebyggende behandling ved tilfælde af meningokoksygdom, og styrelsen 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: 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 (se nedenfor) med henblik på yderligere undersøgelser.

Generel screening: Alle gravide tilbydes screening for hepatitis B-virusinfektion, hiv-infektion og syfilis samt for asymptomatisk bakterieri.

Undersøgelse på indikation: Den gravide udspørges om risikofaktorer for seksuelt overførte infektioner som hepatitis C, gonoré og klamydia samt herpes hos hende selv og hendes partner, om risikofaktorer for

MRSA og CPO samt om rejseanamnese i områder med forekomst af zika, malaria og dengue.

Gravide udspørges endvidere om MFR-vaccinationsstatus med henblik på stillingtagen til eventuel MFR-vaccination efter afsluttet graviditet.

Gravide, der er opvokset i udlandet, udspørges, om de har haft skoldkopper eller er vaccineret for dette med henblik på stillingtagen til eventuel varicellavaccination efter afsluttet graviditet.

8.4.1 Generelt om undersøgelse for seksuelt overførbare infektioner

Hvis den gravide eller faderen/partneren får påvist en seksuelt overførbart 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, medmindre patienten ønsker det, eller andre vægtige grunde taler herfor.

Vedrørende seksuelt overførbare infektioner, herunder kontakt-opsporing, 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).

Tabellen på [side 153](#) 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 8.2**Opfølgende opgaver i den generelle screening af gravide for hiv, hepatitis B og syfilis**

Den praktiserende læges opgaver i gravidscreeningen	
Generel screening af gravide	Blodprøve til type-bestemmelse screenes for: <ul style="list-style-type: none">• Syfilis• Hiv• HBsAg
Opfølgning på positive screeningstests	Syfilis: <ul style="list-style-type: none">• Konfirmatorisk test, hvis positiv, henvises til infektionsmedicinsk afdeling Hiv: <ul style="list-style-type: none">• Henvises til infektionsmedicinsk afdeling HBsAg: <ul style="list-style-type: none">• Henvises til infektionsmedicinsk afdeling
Vaccination af barn født af HBV-bærer	Fødeafdelingen: <ul style="list-style-type: none">• Immunglobulin og vaccination Praktiserende læge: <ul style="list-style-type: none">• Vaccination ved 1, 2 og 12 måneder
Opfølgning på vaccination af barn født af HBV-bærer	1 måned efter endt hepatitis B-vaccinationsserie testes for: <ul style="list-style-type: none">• HBsAG• H Bc-a ntistof (total)• H BsAg-antistof Hvis HBsAg-antistof < IOIU/L: <ul style="list-style-type: none">• Henvises til infektionsmedicinsk afdeling Hvis HBsAg eller H Bc-antistof (total) positiv: <ul style="list-style-type: none">• Henvises til infektionsmedicinsk afdeling
Opfølgning på partner og andre børn	Screening af familien for HBsAg Hvis HBsAg positiv: <ul style="list-style-type: none">• Henvises til Infektionsmedicinsk afdeling Hvis HBsAg negativ: <ul style="list-style-type: none">• Vaccineres mod hepatitis B

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: røde hunde, parvovirus, skoldkopper, genital herpes, akutte urinvejsinfektioner, gruppe B-streptokokker, bakteriel vaginose, cytomegalovirus, toxoplasmose, listeriainfektion og Q-feber. Der udføres ikke rutinemæssig undersøgelse for disse infektioner.

8.5.1 Rejserelateret eksposition

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 fostret.

Det er sjældent muligt at skelne klinisk mellem de forskellige tropisk forekommende infektioner, hvorfor konferering med og eventuelt 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 [afsnit 8.2.5](#), hvor de hyppigst forekommende rejserelaterede infektioner, der kan give skade på fostret, er nævnt. De omtalte infektioner er beskrevet nedenfor i alfabetisk rækkefølge.

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: <https://rejse.ssi.dk/rejseraad-til-gravide>

8.6 Asymptomatisk bakteriuri

Anbefalinger vedr. urinscreening

- **Urinundersøgelse for asymptomatisk bakteriuri gennemføres ved første og anden lægeundersøgelse i almen praksis. Undersøgelsen kan foregå enten ved urinmikroskopi eller urin-stix. 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 vandrejournale, idet der så behandles med penicillin i.v. under fødslen, se nærmere under GBS.**
-

Asymptomatisk bakteriuri forekommer hos ca. 2-10 % af alle gravide (Smaill 2015). Ubehandlet vil op til 30 % udvikle pyelonefrit (nyrebækkenbetændelse). 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 praktiserende 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 8.12](#) om gruppe B-streptokokker og [afsnit 8.28](#) om akutte urinvejsinfektioner.

8.7 Bakteriel vaginose

Anbefaling vedr. bakteriel vaginose

- **Undersøgelse og eventuel behandling ved symptomer.**
Kvinder med bakteriel vaginose, som tidligere har født for tidligt, henvises til læge på obstetrisk afdeling.
-

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.

8.8 COVID-19

Anbefalinger vedr. COVID-19

- Gravide i 2.-3. trimester og ammende kvinder anbefales vaccination mod COVID-19.
 - Gravide med særlige risikofaktorer kan vaccineres i 1. trimester efter individuel lægelig vurdering.
 - Gravide opfordres til i særlig grad at følge Sundhedsstyrelsens generelle råd om smitteforebyggelse.
 - Sundhedspersonalet skal holde sig opdateret i Sundhedsstyrelsens retningslinjer vedr. håndtering af COVID-19 på www.sst.dk
-

COVID-19 forårsages af ny coronavirus (SARS-CoV2), der tilhører en familie af virus, der kan være årsag til alt fra lette forkølelser til alvorlige nedre luftvejsinfektioner. Der kommer løbende ny viden om COVID-19.

Generelt rangerer COVID-19-symptomer fra milde forløb (ingen tegn til pneumoni eller hypoxi), moderat sygdom (viral pneumoni), svær sygdom (svær pneumoni med ilt saturation < 90%) og kritisk sygdom (ARDS, sepsis, septisk chok, og komplikationer med f.eks. lungeemboli eller akut corona syndrom).

Langt de fleste gravide har et ukompliceret sygdomsforløb, hvis de bliver syge med COVID-19. Men foreliggende data tyder på, at gravide har en øget risiko for et alvorligt forløb med risiko for indlæggelseskrævende sygdom, behov for indlæggelse på intensivafdeling, behov for respiratorbehandling m.v., sammenlignet med ikke-gravide personer. Endvidere er der i udenlandske studier fundet lidt øget risiko for dødfødsel, for tidlig fødsel og for akut kejsersnit blandt kvinder med symptomatisk COVID-19, sammenlignet med gravide kvinder uden COVID-19 (Chmielewska 2021, Sundhedsstyrelsen 2021). Risikoen for et alvorligt forløb med COVID-19 øges, hvis den gravide har tilgrundliggende sygdomme, svær overvægt eller alder over 35 år. For ammende vurderes risikoen for et alvorligt forløb ved COVID-19 at svare til risikoen for ikke-ammende, aldersmatchede kvinder.

8.8.1 Vaccination af gravide og ammende mod COVID-19

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at gravide i 2.-3. trimester og ammende bliver vaccineret mod COVID-19. Gennemgang af data fra omfattende ibrugtagning af mRNA-vaccinerne til gravide og ammende i andre lande viser, at vaccinerne er både effektive og sikre for såvel den vaccinerede kvinde som for barnet (Sundhedsstyrelsen 2021). Vaccination i 2. trimester foretrækkes for at sikre, at den gravide har opnået immunitet i 3. trimester, hvor risikoen for komplikationer relateret til smitte med SARS-CoV-2 er størst.

For gravide med en særlig øget risiko for et alvorligt forløb med COVID-19, kan vaccination efter individuel lægefaglig vurdering foregå på ethvert tidspunkt i graviditeten.

Læs mere i Sundhedsstyrelsens notat af 20. juli 2021 vedr. COVID-19 vaccination af gravide og ammende. www.sst.dk

Kommende forældre informeres om Sundhedsstyrelsens generelle råd om smitteforebyggelse: www.sst.dk/da/corona/forebyg-smitte/generelle-raad og de kan selv orientere sig i Sundhedsstyrelsens pjece Gode råd til dig, der er i øget risiko (www.sst.dk/da/udgivelser/2020/pjece-gode-raad-til-dig-i-oeget-risiko).

På grund af den løbende opdatering af viden på området, henvises til Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende retningslinjer vedr. COVID-19 på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

8.9 Cytomegalovirus (CMV)

Anbefaling vedr. cytomegalovirus

- **Gravide skal være ekstra omhyggelige med håndhygiejne og i videst mulige omfang undgå eksponering for spyt og urin fra mindreårige.**
 - **Der undersøges normalt ikke for CMV i graviditeten, da der ikke er mulighed for forebyggelse eller behandling af mor-barn-smitte.**
-

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 fostret. 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) (Boppa 2013). Andre 10 % udvikler høreskader tidligt i barndommen.

God hygiejne er det vigtigste tiltag til at forebygge infektion hos den gravide. 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.

8.10 Denguefeber

Anbefalinger vedr. denguefeber

- **Alle med mistanke om denguefeber henvises akut til infektionsmedicinsk afdeling. Gravide, der får påvist denguefeber, konfereres med læge på obstetrisk afdeling.**
-

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 fostret, og er ifølge nogle studier associeret med en forhøjet risiko for spontan abort og fosterdød, præterm fødsel og lav fødselsvægt (Paixão 2016).

8.11 Gonoré

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 overførbar 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 eventuelt fra rectum og svælg.

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 svælg giver meget sjældent symptomer.

Hvis en gravid 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 øjeæblet inden for få døgn og permanent blindhed til følge.

I perioden 2012-2016 blev der konstateret 7 tilfælde af gonorøisk konjunktiv 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

8.12 Gruppe B-streptokokker (GBS)

Anbefalinger vedr. gruppe B-streptokokker

- **Alle gravide screenes for asymptomatisk bakteriuri ved første og anden lægeundersøgelse hos praktiserende 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.**
 - **Det anbefales at give 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.**
-

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.

8.13 Hepatitis B-virusinfektion (HBV)

Anbefalinger vedr. HBV-infektion

- Alle gravide undersøges for HBV-infektion, medmindre undersøgelsen aktivt fravælges af den gravide.
 - Hos risikogrupper bør gentagne undersøgelser overvejes hvis relevant, samt test af partneren/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 den praktiserende 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.
-

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 er 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 anmeldelsespligtig, 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)

8.14 Hepatitis C-virusinfektion (HCV)

Anbefaling vedr. HCV-infektion

- **Der er ingen særlige anbefalinger vedrørende gravide. Generelt bør alle, der er født i udlandet eller har haft intravenøst stofbrug, screenes for HCV-infektion.**
 - **Alle patienter med HCV-infektion henvises til udredning på infektionsmedicinsk afdeling.**
-

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

8.15 Herpes simplex virus

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, henvises til obstetrisk afdeling for diagnostik og behandling.**
 - **Ved recidiverende herpesudbrud i graviditeten varetages diagnostik og behandling som hovedregel af praktiserende læge.**
 - **Primær infektion bør behandles. Behandling overvejes ved recidiverende udbrud.**
 - **Ved både primær infektion og recidiverende herpes overvejes profylaktisk behandling med aciclovir fra uge 36.**
-

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 almensymptomer. 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 synsnedsættelse). 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 formentlig 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 for typespecifikke antistoffer. Eventuelt 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, anbefales 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.

8.16 Hiv-infektion

Anbefalinger vedr. hiv-infektion

- Alle gravide undersøges for hiv-infektion, medmindre undersøgelsen aktivt fravælges af den gravide.
- Hos risikogrupper bør gentagne undersøgelser overvejes hvor det er 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 screeningsvar sikrer den praktiserende læge, at der udføres konfirmatorisk test, enten i blodbanken eller ved fornyet prøve.

- Ved positiv konfirmatorisk test indkalder praktiserende læge den gravide til information om svaret og sikrer, at hun hurtigst muligt henvises til udredning på infektionsmedicinsk afdeling og desuden henvises til tidlige kontrol på obstetrisk afdeling.
 - Resultatet af undersøgelsen anføres af diskretionshensyn *ikke* i vandrejournalen. Praktiserende læge sikrer, at obstetrisk afdeling informeres om positiv konfirmatorisk test.
-

Hiv-infektion er udbredt globalt, særligt i Afrika syd for Sahara og i Syd- og Sydøstasien. Infektionen er kronisk. I Danmark skønner man, at 6.000 personer 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.

8.17 Influenza og andre lungeinfektioner

Anbefalinger vedr. influenza og andre lungeinfektioner

- Alle gravide i 2.-3. trimester tilbydes vederlagsfri influenza-vaccination i influenzasæsonen.
 - Gravide med kronisk sygdom som nedsat lungefunktion, astma, hjerte-kar-sygdom, diabetes, nedsat immunforsvar eller svær overvægt tilbydes vederlagsfri vaccination i 1. trimester i influenzasæsonen.
 - 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.
-

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 Influenzavaccination

Det anbefales, at gravide i 2.-3. trimester bliver vaccineret mod influenza i influenzasæsonen af følgende grunde:

Influenzavaccination af gravide kan halvere risikoen for influenza-relateret luftvejsinfektion (CDC 2019) og nedsætte risikoen for indlæggelse på hospital med 40 % (Thompson 2019). I en dansk undersøgelse 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).

Influenzavaccination 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-vaccinerede 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. 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 er uden betydning for fostret.

Der henvises til retningslinjer for håndtering af influenza (2013) på Dansk Selskab for Infektionsmedicins hjemmeside, www.infmed.dk og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologis guidelines for lunge-sygdomme og graviditet (2018), www.dsog.dk.

8.18 Klamydia

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 overførbart 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.

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

8.19 Listeriose

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).
-

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.

Listeribakterien 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 formerer sig 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.

8.20 Malaria

Anbefalinger vedr. malaria

- **Alle med mistanke om malaria henvises akut til infektionsmedicinsk afdeling. Gravide, der får påvist malaria, konfereres med læge på obstetrisk afdeling.**
-

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 tidligere. 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.

8.21 MRSA

Anbefalinger vedr. MRSA

- Gravide udspørges om risikosituationer og podes eventuelt for MRSA ved 1. kontakt til sundhedsvæsenet, typisk hos den praktiserende 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 testet 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 eventuel profylaktisk antibiotikabehandling også dække 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 fostre, 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

8.22 Parvovirus B19 (lussionsyge)

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 fostret, og at infektionen ikke giver misdannelser.
 - Ved mistanke om parvovirus-infektion eller -eksposition tilbydes undersøgelse for antistoffer.
 - Gravide med påvist parvovirus-infektion henvises til obstetrisk afdeling for rådgivning og opfølgning.
-

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 eksantem sygdomme, hvorfor serologisk diagnostik er væsentlig før eventuelle særlige foranstaltninger iværksættes. Der findes ingen behandling eller vaccine. I sjældne tilfælde, hos personer med forudgående 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 fostret 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 fostret med intrauterin blodtransfusion.

Sygdommen smitter gennem luftvejssekret, men kræver tæt kontakt og kan i et vist omfang forebygges ved god håndhygiejne. Tidligere anbefalede man fraværsmelding 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 som udgangspunkt, at gravide fraværsmeldes på grund af parvovirus-infektion i omgivelserne, medmindre helt særlige grunde taler herfor.

Gravide med påvist infektion henvises til obstetrisk afdeling med henblik på ultralydsundersøgelse i op til 12 uger efter serokonvertering for at undersøge for udvikling af anæmi hos fostret.

Der henvises til Sundhedsstyrelsens *Information til læger om parvovirus B19 og graviditet* (2011), www.sst.dk

8.23 Q-feber

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 af gravide, hvor der er klinisk mistanke om sygdommen, samt af 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 tilvækstscanninger i 3. trimester.

Q-feber er forårsaget af bakterien *Coxiella burnetii*, som forekommer hos kvæg, får og geder. Infektionen hos mennesker forløber 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 finde litteraturen 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 over for 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 dyrefødsler, -aborter eller kontakt med efterbyrder. Derfor er dyrlæger, gårdejere og andre i særlig risiko for at blive smittet, når de assisterer ved dyrefødsler eller kommer i kontakt med moderkagerester.

8.24 Røde hunde (rubella)

Anbefalinger vedr. røde hunde

- Alle kvinder i den fødedygtige alder spørges om MFR-vaccinationsstatus (bemærk, at eventuelle 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 eventuelt gives på sygehuset umiddelbart efter fødslen. Amning er ikke kontraindiceret efter vaccination.
 - Efter konkret skøn kan det være relevant at vaccinere eventuelle ubeskyttede medlemmer af husstanden.
 - Ved eksantem sygdom i graviditeten eller eksposition for røde hunde undersøges den gravide for antistoffer mod røde hunde.
 - Gravide med infektion med røde hunde henvises til obstetrisk afdeling for rådgivning.
-

Der er ikke anmeldt tilfælde af røde hunde 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.

Røde hunde 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: hjerneskade, 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. graviditetsuge (Miller 1982).

Det er væsentligt, at gravide er immune over for røde hunde, 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.

8.25 Skoldkopper (varicella)

Anbefalinger vedr. skoldkopper

- Kvinder opvokset i udlandet udspørges rutinemæssigt om de har haft skoldkopper med det karakteristiske sygdomsbillede og eventuelle ar efter sygdommen, eller om de er vaccinerede mod skoldkopper.
 - Kvinder, der ikke er immune over for skoldkopper, kan efter konkret skøn tilbydes vaccination prækonceptionelt eller efter afsluttet graviditet. Kvinden skal selv betale vaccinen. Vaccination kan eventuelt gives på sygehuset umiddelbart efter fødslen. Amning er ikke kontraindiceret efter vaccination.
 - Efter konkret skøn kan det være relevant at vaccinere eventuelle ubeskyttede medlemmer af husstanden.
 - Gravide, der ikke er immune over for skoldkopper eller med uafklaret immunstatus, informeres om at undgå eksposition og straks søge læge, hvis de eksponeres.
 - Gravide med uafklaret immunstatus, som eksponeres for skoldkopper, 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 skoldkopper, 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.
-

Skoldkopper 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 skoldkopper, men det samme gælder ikke kvinder, der er født og opvokset i tropiske lande. Nogle lande har indført vaccination mod skoldkopper i børnevaccinationsprogrammet. Skoldkopper har et karakteristisk sygdomsbillede med universelt vesikulært udslæt og efterlader ofte små ar.

Skoldkopper er en ekstrem smitsom virus. Sygdommen smitter fra 2 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 skoldkopper (Lamont 2011). Den hyppigste komplikation er pneumoni, der tidligere sås hos 5-20 %. Hyppigheden er nu nede på omkring 2,5 %, hvilket formentlig skyldes brugen af antiviral medicin.

I første halvdel af graviditeten er der en lille risiko (ca. 1 %) for, at fostret udvikler kongenit varicella zoster-syndrom, der har høj dødelighed (30 %): lav fostervægt, hudforandringer, øjensymptomer (katarakt, korioretinti, mikroftalmi), ekstremitetsmisdannelser (klumpfod, muskelatrofi), mikrocefali, mental retardering og neurologiske skader. Nyfødte børn af seronegative gravide, der smittes med skoldkopper omkring fødslen, og nyfødte, som smittes af andre, kan udvikle neonatal varicella, der har en dødelighed på ca. 7 %.

Hos ikke-immune kan skoldkopper forebygges med vaccination inden graviditeten. Der bør gå 1 måned fra vaccination, til man bliver gravid. 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 vaccination mod skoldkopper 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 www.ssi.dk/vaccinationer/post-eksposure samt til EPI-NYT 41/2015.

8.26 Syfilis

Anbefalinger vedr. syfilis

- Alle gravide undersøges for syfilis, medmindre undersøgelsen aktivt fravælges af den gravide.
 - Hos gravide fra risikogrupper bør gentagne undersøgelser overvejes, hvor det er relevant, samt test af partneren/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 screeningsvar sikrer den praktiserende læge, at der udføres konfirmatorisk test, enten i blodbanken eller ved fornyet prøve.
 - Ved positiv konfirmatorisk test indkalder praktiserende 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.
-

Infektionen, der er forårsaget af bakterien *Treponema pallidum*, er udbredt i Afrika, Asien, 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 diagnostiserede 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

8.27 Toxoplasmose (haresyge)

Anbefalinger vedr. toxoplasmose

- Der bør *ikke* udføres test for toxoplasmose i graviditeten, medmindre 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 håndtering af råt 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 rå mælk
 - 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.
-

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 eventuelt overføres til fostret.

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 synsnedsettelse/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 fostret, 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, omend effekten kun er undersøgt i observationelle studier (Wei 2015).

8.27.1 Testning for toxoplasmose under graviditet er sjældent indiceret

Rutinemæssig undersøgelse af gravide eller undersøgelse efter mistanke om eksposition *anbefales ikke*, fordi den serologiske test sjældent kan afklare, om det drejer sig om en aktuel infektion. Positivt IgM for toxoplasmose kan være falsk positivt eller resultat af en tidligere infektion. Ofte vil man derfor være nødt til at følge op med en amniocentese, som i de fleste tilfælde vil være unødvendig.

Der er kun indikation for undersøgelse og behandling i de få tilfælde, hvor en gravid har kliniske symptomer på toxoplasmose (Ørbæk 2020). Såfremt den praktiserende læge overvejer at tage blodprøven, bør indikationen konfereres med en læge på obstetrisk afdeling.

8.27.2 Forebyggelse af toxoplasmose

Det vigtigste er at forebygge toxoplasmose ved at rådgive den gravide om, hvordan hun bedst undgår at blive smittet, se boksen til dette afsnit. Disse råd forebygger også andre mere sjældne infektioner, der kan overføres fra dyr og forårsage fosterskader.

8.28 Urinvejsinfektioner

Anbefalinger vedr. urinvejsinfektioner

- Der bør altid foretages urindyrkning ved klinisk mistanke om urinvejsinfektion. Ved oplagte symptomer startes antibiotika-behandling umiddelbart.
 - Behandling målrettes eller seponeres afhængigt af dyrknings-svar.
 - Ved fund af GBS skal obstetrisk afdeling informeres (se afsnit 8.12 om GBS).
 - Der skal ske akut henvisning til gynækologisk/obstetrisk afdeling ved uterinkontraktioner i 2. eller 3. trimester eller ved mistanke om pyelonefrit (nyrebækkenbetændelse).
 - Der tages kontroldyrkning ca. 1 uge efter endt behandling af pyelonefrit. Efter cystit foretages *ikke* kontroldyrkning.
 - Efter pyelonefrit, eller ved hyppige (3 eller flere) recidiverende dyrkningsverificerede cystitter, overvejes forebyggende behandling med antibiotika.
-

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 desuden være pluk-keveer. Er der uterinkontraktioner i 2. eller 3. trimester, skal den gravide henvises til obstetrisk afdeling mhp. nærmere undersøgelse. Ved mistanke om pyelonefrit skal der 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 mangler 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 antibiotikabehandling. Valg af antibiotika konfereres eventuelt med mikrobiolog. Der foreligger kun (begrænset) evidens for, at denne behandling

reducerer forekomsten af bakteriuri, men ikke for at behandlingen nedsætter recidivrisikoen (Schneeberger 2015).

Der henvises til *Urinvejsinfektioner og asymptomatisk bakteriuri hos gravide*, Rationel Farmakoterapi 8/2016 (www.sst.dk)

Se endvidere afsnit 8.6 om asymptomatisk bakteriuri og 8.12 om gruppe B-streptokokker.

8.29 Zika

Anbefalinger vedr. zikavirus

- **Gravide anbefales at overveje udskydelse af ikke-nødvendige rejser til områder med forekomst af zikavirus.**
- **Mænd, der kommer hjem fra områder med forekomst af zikavirus, og hvis partner er gravid, anbefales at anvende kondom i resten af graviditeten.**
- **Gravide, der under deres graviditet har rejst i områder med forekomst af zikavirus, og som under opholdet eller inden for 2 uger efter hjemkomsten har haft symptomer på zikavirusinfektion, skal henvises akut til infektionsmedicinsk afdeling med henblik på prøvetagning.**
- **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.**

Zika findes endemisk i afrikanske, asiatiske, syd- og mellemamerikanske lande og i stillehavsregionen. Zika forekommer blandt andet 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

For oversigt over områder med forekomst af zikavirus, se: www.ssi.dk/aktuelt/sygdomsudbrud

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 BJ & 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.

Chmielewska B et al (2021). Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* Jun;9(6):e759–e772. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00079-6. Epub 2021 Mar 31.

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 Inher Metab Dis* 33(Suppl 2): S241-7.
- Saul et al (2018). Effectiveness of maternal pertussis vaccination in preventing infection and disease in infants: The HSW Public Health Network case-control study. *Vaccine* 36(2018): 1887-92.
- 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.

- Skoff et al (2017). Impact of the US Maternal Tetanus, Diphtheria, and Acellular Pertussis Vaccination Program on Preventing Pertussis in Infants <2 months of age: A Case-Control Evaluation. *Clin Infect Dis.* 2017 Nov 29; 65(12): 1977–1983.
- 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>
- Sundhedsstyrelsen (2021). Personer med øget risiko ved Covid-19 – Fagligt grundlag, 12. marts 2021. Tilgængelig på <https://www.sst.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.
- Ørbæk M et al (2020). Mistanke om toksoplasmose under graviditet. *Statusartikel. Ugeskr Læger* 2020;182:V05190328.

9. Obstetriske problemstillinger

9.1 Blødning

Anbefalinger vedr. blødning i graviditeten

- *Blødning i 1. trimester uden smerter:* Den gravide henvises til speciallæge i obstetrik og gynækologi for UL førstkommande 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 eventuel ekstrauterin graviditet.
 - *Blødning i 2. og 3. trimester:* Den gravide henvises umiddelbart til undersøgelse på obstetrisk afdeling. Vaginaleksploration bør undlades.
 - *Ved flere blødningsepisoder:* Der bør udføres gynækologisk undersøgelse med henblik på inspektion af cervix. Ved synlige forandringer bør henvises til kolposkopi og eventuel biopsi.
-

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 og 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 maternal alder (Nybo Andersen 2000).

Ved blødning tidligt i graviditeten bør det afklares, om graviditeten er intakt, eller om blødningen er et symptom på, at graviditeten er gået til grunde. 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:

- *Tegnblødning før terminen*: 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 scanning 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 gynækologisk undersøgelse med henblik på inspektion af cervix. Ved synlige forandringer henvises til kolposkopi og eventuelle biopsier, jf. [afsnit 6.7](#).

9.2 Graviditetskvalme, opkastninger og hyperemesis gravidarum

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 graviditetskvalme og opkastninger trods nedenstående behandlingstiltag eller hyperemesis gravidarum henvises til videre kontrol og behandling via gynækologisk-obstetrisk afdeling.
-

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 familær 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 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 objektive og valideret indeks, fx PUQE-score (PUQE-score: Pregnancy-Unique Quantification of Emesis-score) (Ebrahimi 2009). Dette indeks kan også anvendes af den gravide til selvmonitorering af tilstanden. Læs mere om PUQE-score i [bilag 5](#).

Mild GKO behandles i almen praksis med antiemetika (RCOG 2016). Hvis der ikke er effekt af behandlingen, eller PUQE-score er < 13, anbefales det, at den gravide 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 præ-eklampsi (RCOG 2016).

Svær HG kan for kvinden medføre anæmi og perifer neuropati pga. mangel på cyanocobalamin (B12-vitamin) og pyridoxin (B6-vitamin). Dehydrering og elektrolytforstyrrelser er ikke ualmindelige følger af HG, og der ses ofte hyponatriæmi, hypokaliæmi og ketose. Tiaminmangel (B1-vitaminmangel) kan forårsage Wernickes encephalopati. Fostret har let øget risiko for vækstretardering ved svær HG pga. den manglende materielle vægtøgning (RCOG 2016).

Svær GKO og HG reducerer livskvaliteten og muligheden for at udføre daglige aktiviteter og kan 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. Det anbefales derfor, at kvinder med svær GKO eller HG får særlig støtte under graviditeten af praktiserende læge og eventuelt et særligt team med viden om GKO og HG, samt postnatalt af praktiserende læge og sundhedsplejerske (RCOG 2016).

9.3 Flerfoldsgraviditeter

Anbefalinger vedr. flerfoldsgraviditeter

- Den gravide flerfoldsgravide tilbydes hyppige konsultationer på obstetrisk afdeling, hvor tilvæksten hos hvert barn 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.
-

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. Efterfølgende har man anbefalet, at der som hovedregel kun transfereres 1 æg ved fertilitetsbehandling, og man har siden 2008 observeret en faldende tendens til i 2018 kun at være 1,5 % flerfoldsgraviditeter. Andelen af trillingefødsler er mindre end 0,5 %, mens firlingefødsler ikke forekommer hvert år i Danmark.

Der er en øget risiko for komplikationer for både den gravide og fostre ved flerfoldsgraviditet, og denne risiko er bl.a. afhængigt 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, præeklampsi, leverbetinget graviditetskløe og gestationel diabetes (NICE 2011, DSOG 2010).

For fostrene er der generelt en øget risiko for væksthæmning og knap 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 tilvækstscanninger 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- og 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.

9.4 Tidlig fødsel

Anbefalinger vedr. risiko for præterm fødsel

- Den praktiserende læge eller jordemoder optager anamnese om tidligere graviditeter, tobak og alkoholforbrug samt sociale og arbejdsmæssige forhold.
 - Ved høj risiko henvises til vurdering på obstetrisk afdeling med henblik på videre kontrol og cervixscanning.
 - Urindyrkning foretages på indikation.
 - Smertefulde plukkeveer kan indicere aflastning, men man bør overveje henvisning til læge på obstetrisk afdeling med henblik på vurdering og eventuel cervixscanning.
-

Tidlig fødsel (præterm fødsel) defineres som fødsel før 37 uger + 0 dage. Efter misdannelser er præterm fødsel den væsentligste årsag til perinatal mortalitet og morbiditet.

Tidlig fødsel	Definition: < 37+0 graviditetsuger	Typisk vægt	Hypighed I alt 6,5 %	Komplikationer
Moderat tidligt fødte børn	32+0 – 36+6 uger Altså fødsel 3 til 8 uger før termin	ca. 2500-1500 g	5 %	Gulshot, ammevanskeligheder Respiratory distress syndrome
Meget tidligt fødte børn	28+0 – 31+6 uger Altså fødsel 9 til 12 uger før termin	ca. 1500-1000 g	1 %	Øget risiko for mindre handicap
Ekstremt tidligt fødte børn	< 28+0 uger Altså fødsel 12 uger eller mere før termin	< 1000 g	0,5 %	Øget risiko for død og større handicap (døv, blind, cerebral parese)
Ikke levedygtige	< 23+0 uger	< 300 g	0,1%	

En relativt stor del af tidligt fødte børn er samtidigt væksthæmmede i fosterlivet. De fødes derfor med en lavere fødselsvægt end forventet (SGA).

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 cervixscanning .
- *Pludselig øget vandigt udflåd* i 2. trimester ses typisk ved væsentlig afkortning af livmoderhalsen. Henvises til akut cervixscanning.
- *Veer, vandafgang og blødning* håndteres på obstetrisk afdeling mhp fostrets tilstand og iværksættelse af tokolyse, lungemodning, antibiotika og aflastning.

9.4.3 Undersøgellesmetoder til vurdering af risiko for præterm fødsel

- Urindyrkning bør tilbydes på vid indikation ved unormale plukkeveer. Urinstix 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 cervixscanning.
- Cervixscanning 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

Der er ikke evidens for, at aflastning har en gavnlig effekt udskydelse af fødselstidspunktet eller forebyggelse af for tidlig fødsel (Medley 2018). Derimod har aflastning i form af fysisk inaktivitet/immobilisering/sengeleje en række velkendte negative effekter (øget risiko for blodpropper, forstoppelse, tab af muskelmasse, psykiske og sociale negative konsekvenser).

Aflastning, sygemelding og at fraråde samleje pga. plukkeveer vil kun sjældent være indiceret, hvis cervixscanning viser normal længde.

Progesteronbehandling anvendes efter gældende retningslinjer. Det kan nedsætte risikoen for præterm fødsel med 30 %, hvis den gravide er i højrisikogrube. Progesteronbehandling er ikke forbundet med øget risiko for misdannelser eller andet negativt langtidsudkomme for børnene (Vedel 2016), men der er mistanke om, at det giver øget risiko for sygdom hos barnet i nyfødthedsperioden, hvorfor behandlingen er omdiskuteret.

Vaginal cerclage kan overvejes, hvis livmoderhalsen er afkortet. Kan også anlægges profylaktisk omkring uge 12-16, 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 optimalt vurderes af speciallæge, før graviditetens indtræden.

9.5 Gestationel diabetes mellitus

Gestationel diabetes mellitus (GDM) defineres som glukoseintolerans af varierende sværhedsgrad. Tilstanden 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 (Lauenborg 2004 og 2005). 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 (fx Faste-BS eller HbA1c) med 1-3 års interval med henblik på tidlig diagnosticering 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	≥ 7,0 mmol/l
HbA1c (DCCT standardiseret)	≥ 6,5 % (48 mmol/mol)
Tilfældigt målt vene plasmaglukose	≥ 11,1 mmol/l (2 prøver nødvendige)

I disse tilfælde bør kvinden henvises til centre, der kontrollerer og behandler gravide med prægestationel diabetes.

9.5.1 Opsporing af gestationel diabetes

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 tilstræbes)
- Tolkning: Gestationel diabetes mellitus ved $\geq 9,0$ mmol/l i venøst plasma eller kapillært fuldblod målt med høj kvalitetsmetode¹⁵.

Screeningstidspunkter:

Ved 10-20 uger undersøges følgende gravide:

1. Kvinder med tidligere gestationel diabetes mellitus
2. Kvinder med 2 af følgende risikofaktorer:
 - Prægravid overvægt (BMI ≥ 27)
 - Familiær disposition til diabetes

15 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.

- 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.

Ovenstående screeningsprogram for GDM er udviklet og afprøvet i Danmark (Jensen 2003 a og b).

I 2013 fremkom WHO med nye anbefalinger for opsporing af gestationel diabetes, som inkluderede såvel anbefaling af universel screening fremfor selektiv screening af kvinder med risikofaktorer samt en lavere grænse for blodsukkerværdien under den diagnostiske test, baseret på de såkaldte IADPSG-kriterier (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel 2010).

Det er vanskeligt at fastsætte diagnostiske kriterier gældende for hele verden, da forskellige befolkningsgrupper/ethniciteter har forskellige risikoprofiler og genetiske dispositioner til diabetes. Mange lande har implementeret WHO's anbefalinger, nogle lande har tilpasset de diagnostiske kriterier, mens andre lande, herunder Danmark og andre nordiske lande, har været tilbageholdende. Grunden er, at der mangler viden om, hvordan indførelse af universel screening og de nye kriterier vil virke i Danmark. En bekymring er, at indførelse af de nye kriterier vil medføre, at uforholdsmæssige mange gravide ville få stillet diagnosen GDM. Et dansk studie har fundet, at ca. 40 % af normale danske gravide ville få stillet diagnosen GDM, hvis man anvendte WHO-kriterierne (McIntyre 2018). Der er derfor behov for forskning, som kan klarlægge relevansen samt de kliniske, sundhedsøkonomiske og sociale konsekvenser af implementering af WHO's anbefalinger i Danmark.

9.6 Præeklampsi 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, spoturin protein/kreatinin ratio $\geq 0,3$ /mg eller spoturin albumin/creatinin ratio ≥ 8 mg/mmol eller ≥ 70 mg/g eller $\geq +1$ ved steril urinstix. Spor af protein er et normalt fund, som ikke i sig selv indicerer skærpet kontrol.

9.6.1 Hypertensive tilstande i graviditeten:

Essentiel hypertension:

Forhøjet blodtryk, der er til stede allerede før graviditeten, eller som opstår før graviditetsuge 20.

Gestational hypertension:

Forhøjet blodtryk, der opstår i graviditeten efter uge 20, og som forsvinder efter fødslen.

Præeklampsi:

Hypertension opstået efter uge 20 ledsaget af proteinuri *ELLER* ledsaget af en eller flere af følgende nytilkomne tilstande:

- Trombocytopeni (trc ≤ 100), s-crea ≥ 100 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 Præeklampsi

Anbefalinger vedr. præeklampsi

Første graviditetskonsultation:

- Den praktiserende læge eller jordemoderen vurderer ved første graviditetsundersøgelse risikoen for præeklampsi for den gravide med henblik på stillingtagen til eventuelt behov for henvisning til obstetrisk afdeling samt eventuel 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 praktiserende 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.
-

Forekomsten af præeklamsi er 2-8 %. Præeklamsi er en multiorgan-sygdom karakteriseret ved vasokonstriktion, metaboliske forandringer, endothelial dysfunktion og øget inflammatorisk respons. Komplikationerne til præeklamsi kan være af livstruende karakter for både kvinden og fostret.

Det kliniske sygdomsbillede varierer meget afhængigt af de patofysiologiske forandringer, der afspejles. Maternelt kan symptomer være hovedpine, synsforstyrrelser, svimmelhed, dyspnø/trykken for brystet, gastrointestinale symptomer i form af kvalme, epigastrielle smerter og/eller opkast. Føtalt 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 afhængigt 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 kramper) (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:



Blodtryk og urin kontrolleres én gang i 1. og 2. trimester hos gravide uden symptomer eller risikofaktorer. Desuden kontrolleres BT og urin ved hver konsultation i 3. trimester.

- tidligere præeklamsi
- familiær disposition (mor eller søster) til præeklamsi
- flerfoldsgraviditet
- førstegangsfødende
- BMI ≥ 35 ved første graviditetsundersøgelse
- BT $> 130/80$ mmHg
- alder ≥ 40 år
- ≥ 10 år siden forrige 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. eventuel indikation for at opstarte forebyggende behandling. Acetylsalicylsyre 150 mg til natten har vist at reducere risikoen for præeklamsi signifikant. Den eneste definitive behandling er ellers forløsning (DSOG 2018).

Kvinder med let eller svær præeklamsi har en øget risiko for kardio-vaskulær sygdom senere i livet og tilrådes derfor livslang blodtrykskontrol én gang årligt.

9.7 Graviditetsrelaterede lænde- og bækkensmerter

Anbefalinger vedr. lænde- og bækkensmerter

- Den gravide informeres om, at lænde- og bækkensmerter er hyppigt forekommende under graviditeten men forsvinder i langt de fleste tilfælde efter fødslen.
 - Ved mere udtalte symptomer og funktionshæmning bør henvises til fysioterapeutisk vurdering og behandling.
 - En vigtig del af behandlingen består af råd og vejledning om ergonomi, fysisk aktivitet og løfteteknik, samt eventuelt individualiseret fysioterapi.
 - Særlig opmærksomhed skal rettes på lejrning og fødestilling under fødslen.
 - Kvinder med vedvarende lænde- og bækkensmerter 3 måneder efter fødslen bør vurderes hos praktiserende læge.
-

Lænde- og bækkensmerter 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 bækkensmerter (van Benten 2014, Liddle 2015), mens bækkensmerter har en dårligere prognose end rygsmerter (Mackenzie 2018).

Graviditetsrelaterede lænde- og bækkensmerter dækker over flere tilstande, såsom lave lændesmerter, bækkensmerter, eller en kombination. Den underliggende ætiologi er ikke fuldt klarlagt (Vermani 2010, Vleeming 2008, Albert 2006), men den er formentlig betinget af flere faktorer herunder fysiske, psykiske og sociale faktorer. De mest konsistente risikofaktorer er tidligere ryg- og bækkensmerter, 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 bækkensmerter (Vleeming 2008, Larsen 1999, Albert 2006, Bastiaanssen 2005, Mogren 2006, van Benten 2014). Regelmæssig motion forud for graviditeten nedsætter risikoen for udvikling af bækkensmerter under graviditeten (Owe 2016).

Det kan i nogle tilfælde være svært at skelne mellem lænde- og bækkensmerter 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 (symfyssen) 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). Bækkensmerter lokaliseret til sacroiliacaleddene og symfyssen kan udløses og dermed verificeres ved kliniske tests. Smerter og eventuelt instabilitet svarende til begge disse ledområder ses hos ca. 5% af de gravide kvinder (Vleeming 2008).

Smerterne opstår ofte mellem uge 15 og 25, men kan opstå tidligere, hvis kvinden har haft bækkensmerter i en tidligere graviditet. Smerterne udvikler sig som regel langsomt og forværres over tid. Smerterne mærkes primært i bækkenledene, 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 bækkensmerter kan almindelige daglidags ting gøre ondt, som fx at ligge på ryggen, vende sig i sengen, sidde med korslagte ben eller stå/sidde i længere tid ad gangen. Det er ikke ualmindeligt, at smerterne først opstår eller først forværres et stykke tid efter, at kvinden har været udsat for den belastning, der har fremprovokeret smerterne. Dette kan gøre det svært for kvinden at vurdere, hvilke handlinger der virker smerteudløsende.

Udredning foregår primært via praktiserende læge. Som led i vurderingen optages en grundig smerteanamnese, hvor kvindens beskrivelse af funktionstab på aktivitets- og deltagelsesniveau samt psykiske og fysiske ressourcer belyses. Den objektive undersøgelse kan suppleres med sacroiliacaleds-smerte provokations-tests.

Ved mere udtalte symptomer og funktionshæmning bør kvinden henvises til fysioterapeutisk vurdering og behandling.

I overensstemmelse med at der ofte ikke er én oplagt årsag til smerterne, er der ikke én enkelt effektiv behandling. En vigtig del af behandlingen består af råd og vejledning om ergonomi, fysisk aktivitet og løfteteknik mm. Behandlingsmetoder som manipulation/mobilisering af bækkenledene, injektionsbehandling, bækkenbælte og massage anbefales ikke som eneste behandling.

Graviditetsrelaterede lænde- og bækkensmerter medfører ingen risiko for fostret. Igangsættelse af fødslen eller forløsning ved sectio

anbefales ikke til lindring af bækkensmerter. Under fødslen skal der udvises særlig hensyn og forsigtighed ved stillings- og positionsskift fx ved ændring af fødestilling, ved forløsning og ved brug af epiduralblokade, 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.

9.8 Leverbetinget graviditetskløe

Anbefalinger vedr. hudkløe

- **Gravide med hudkløe uden udslæt skal henvises til obstetrisk afdeling mhp. blodprøve (*fastende* galdesalte og transaminaser) og videre udredning.**
 - **Galdesalte og transaminaser kontrolleres efter fødslen. Ved manglende normalisering bør kvinden henvises til hepatologisk udredning.**
-

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. Kløen debuterer typisk i 2. eller 3. trimester og 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 (levortal inkl. 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.

2 uger efter fødslen kontrolleres transaminaser og eventuelt galdesalte. Hvis ikke disse normaliseres, henvises kvinden til hepatologisk udredning.

9.9 Mindre liv

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.
-

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 fostrets aktivitet – som fx at tælle bevægelser over en periode – er ikke fundet brugbare til forebyggelse af fosterdød (Mangesi 2015, Norman 2018, Winje 2016).

Oplevelse af mindre liv er hyppigt forekommende i 3. trimester, hvor omkring 16 % af alle gravide henvender sig med oplevelse af mindre liv (Froen 2004).

Ved mindre liv skal den gravide 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 samstemmende 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).

9.10 Overbårenhed (graviditas prolongata)

Anbefalinger vedr. overbårenhed

- Alle gravide kvinder og deres partner tilbydes en samtale i slutningen af graviditeten om de tilbud, de vil blive præsenteret for efter terminen. Informationen skal være fyldestgørende, nuanceret og evidensbaseret, inkl. fordele, ulemper og risici ved igangsættelse og ved alternativet, afventende tilgang.
- Tilbud om igangsættelse eller øget kontrol efter terminen bør følge de gældende nationale anbefalinger.

Graviditeter, der varer mere end 294 dage, klassificeres af WHO som graviditas prolongata, hvilket svarer til gestationsalder 42+0 (WHO 2018, ACOG 2013). Der ses stor biologisk variation i længden af graviditeten (Kiserud 2012). Hyppige årsager til graviditas prolongata er familiær disposition, nulliparitet, tidligere postterm fødsel, maternel overvægt, graviditeter med drengbørn, 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 Naegles beregning ud fra sidste menstruation bliver færre graviditeter klassificeret som graviditas prolongata.

På baggrund af hyppigere brug af bl.a. ultralydsfastsættelse af terminen og igangsættelse efter termin er antallet af fødsler i Danmark efter graviditetsuge 42 faldet fra 8,1 % i 1997, til 5,6 % i 2007 og 2,2 % i 2018 (Det Medicinske Fødselsregister).

Graviditas prolongata er forbundet med øget forekomst af komplikationer for mor og barn. Maternelle komplikationer kan være dystoci, obstetriske traumer, akut sectio og postpartum blødning. Føtale komplikationer kan være intrauterin fosterdød, mekoniumaspiration, oligohydraminios, postmaturitet og føtal distress (Gulmezoglu 2012, Wennerholm 2009).

Valg af tidspunkt for igangsættelse er en balance mellem fordele og ulemper for kvinden og barnet. Der er generel konsensus om, at antallet af graviditeter efter gestationsalder 42+0 bør reduceres (Gulmezoglu 2012, Middleton 2020, NICE 2008, WHO 2018). Det optimale tidspunkt for forebyggelse af graviditas prolongata ved at tilbyde

igangsættelse til kvinder med ukompliceret graviditet er omdiskuteret og genstand for fortsat forskning.

Til forebyggelse af graviditas prolongata kan tilbydes hindeløsning og/eller igangsættelse. Hindeløsning er en fødselsmodnende intervention, som øger sandsynligheden for spontan fødselsstart og kan dermed reducere behovet for medicinsk igangsættelse på grund af overbårenhed (Avdiyovski 2019). Hindeløsning kan være forbundet med ubehag for kvinden, herunder kan det medføre blødning og uregelmæssige kontraktioner (Boulvain 2005). Til igangsættelse af fødslen kan tilbydes medicinsk igangsættelse og/eller andre mekaniske metoder.

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 eventuelt igangsættelsesforløb (Gammie 2014, Gatward 2010, Moore 2014, Henderson 2013, Nuutila 1999, Shetty 2005, Maimburg 2016).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at ved konsultation hos jordemoder i slutningen af graviditeten (senest i uge 39+) indgår en samtale om de tilbud, kvinden/parret vil blive præsenteret for ved graviditet ud over 40 uger. Kvinden/parret skal have fyldestgørende, nuanceret og evidensbaseret information om fordele, ulemper og risici ved igangsættelse og ved den valgte metode samt ved alternativet – en afventende tilgang. Risici bør beskrives i absolutte tal og ikke som relative risici. Informationen skal gives dialogbaseret, på en letforståelig måde, med udgangspunkt i kvindens/parrets forudsætninger og med respekt for deres præferencer. Den gravide/parrets eget perspektiv skal altid inddrages.

Tilbud om igangsættelse eller øget overvågning af fostret efter terminen bør følge de gældende nationale anbefalinger.

9.11 Overvægt

Anbefalinger vedr. overvægt

- Gravide med overvægt 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 35-37 med henblik på kontrol af fosterstilling og fostervægt samt samtale med obstetiker om mulige komplikationer ved fødslen. Tilbud om profylaktisk epidural ved fødsel kan diskuteres ved den lejlighed.**
-

Forekomsten af overvægt i befolkningen og dermed blandt gravide er hastigt stigende. I 2015 levede 33 % af alle gravide med overvægt (BMI > 25 før eller i starten af graviditet), mens 13 % levede med svær overvægt (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 er hos moderen desto højere er risikoen for bl.a. gestationel diabetes mellitus, præ-eklampsi 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 hjerte-kar-sygdomme og diabetes (Godfrey 2017). Desuden oplever mødre med overvægt 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 insulin-resistens 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 kvinder med overvægt.

Hos gravide med overvægt er den kliniske undersøgelse med henblik på at bedømme fostrets leje og størrelse behæftet med betydelig usikkerhed, hvorfor henvisning til ultralydsundersøgelse kan overvejes – denne undersøgelse er dog også vanskeligere hos gravide med overvægt. Da ca. 30 % af alle gravide med svær overvægt 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 > 40 kg/m² (Dresner 2006).

De seneste år er der udført en række store randomiserede kontrollerede undersøgelser omkring intervention i graviditeten blandt over-

vægtige 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, præeklampsi, gestationel diabetes mellitus eller børn født med høj fødselsvægt (Renault 2014, Vinter 2011).

Det samme gælder for et stort europæisk multicenterstudie (Simmons 2017). Et internationalt samarbejde mellem 36 forskningsteams – inkluderende individuelle resultater fra mere end 12.000 kvinder – konkluderede, at intervention i graviditeten signifikant nedsætter vægtøgningen og 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 det maternelle og det 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 komme senere i graviditeten. På denne baggrund er det vigtigt at anbefale vægttab til kvinder med overvægt *inden* graviditeten og anbefale generel regelmæssig moderat motion allerede inden graviditet. Se [afsnit 3.1](#) om prækonceptionel rådgivning.

Se endvidere [afsnit 6.2](#) vedr. anbefalinger om vægtøgning under graviditeten afhængigt af prægraviditets BMI.

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.

Avidiyovski 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.

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 et al (2006). 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 (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: <https://www.dsog.dk>

DSOG (2017). Overvægtige gravide. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på: <https://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: <https://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 – Women's 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.
- Henderson J & Redshaw M (2013). Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 92(10):1159-1167.
- International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel (2010). International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*. 33(3):676-82. doi: 10.2337/dco9-1848.
- Jensen DM et al (2003 a). Screening for gestational diabetes mellitus by a model based on risk indicators: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 189:1383-1388.
- Jensen DM et al (2003 b). Proposed diagnostic thresholds for gestational diabetes mellitus according to a 75-g oral glucose tolerance test. Maternal and perinatal outcomes in 3260 Danish women. *Diabet Med* 20:51-7.
- 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.
- Lauenborg J et al (2004). Increasing incidence of diabetes after gestational diabetes mellitus – A long-term follow-up in a Danish population. *Diabetes Care* 27:1194-1199.
- Lauenborg J et al (2005). The prevalence of the metabolic syndrome in a Danish population of women with previous GDM is 3-fold higher than in the general population. *JCEM* 90:4004-10.
- 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.

McIntyre HD et al (2018). Gestational Diabetes Mellitus: Does one size fit all? A challenge to uniform worldwide diagnostic thresholds. *Diabetes Care* 41(7):1339-1342. <https://doi.org/10.2337/dc17-2393>.

Medley N et al (2018). Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Nov; 2018(11): CD012505. doi: 10.1002/14651858.CD012505.pub2.

Middleton P et al (2020). Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 7. Art. No.: CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub5.

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>

NICE (2008). NICE guideline CG70: Inducing labour. 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-g.

Rogozinska 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.
- Vedel C et al (2016). Long-term effects of prenatal progesterone exposure: neurophysiological development and hospital admissions in twins up to 8 years of age. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 48(3):382-9. doi: 10.1002/uog.15948.
- 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].
- WHO (2018). WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term.
- 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

Anbefalinger vedr. forældre- og fødselsforberedelse

- Begge kommende forældre inviteres til at deltage i fødsels- og forældreforberedende tilbud. Socialt udsatte og sårbare gravide og deres partnere kan have brug for særlige tilbud.
- Fødestederne udvikler og planlægger fødsels- og forældreforberedende kurser i samarbejde med den kommunale sundheds-tjeneste i henhold til lokale aftaler.
- 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.

Fødsels- og forældreforberedelse er en integreret del af svangre-omsorgen og en væsentlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats, som alle kommende forældre bliver tilbudt. Fødsels- og forældreforberedelse finder i princippet sted ved alle kontakter med kvinden og hendes partner. Ud over konsultationer, hvor individuelle behov bliver tilgodeset, bør forberedelsen også finde sted i små hold som beskrevet nedenfor. Forældre- og fødselsforberedelse i små hold er særlig vigtigt for førstegangsfødselsforældre og kommende forældre med særlige behov.

Deltagelse i fødsels- og forældreforberedende tilbud 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 aktive deltagelse i deres graviditets-, fødsels- og barselsforløb.

Det er dokumenteret, at deltagelse i struktureret fødsels- og forældreforberedelse 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 (Kizilirmak 2016)
- øge kvindens self-efficacy til at kunne håndtere fødslen (Brixval 2016)
- 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)
- forbedre kvindens fødselsoplevelsen (Maimburg 2016, Miquelutti 2013).

Det er mindre belyst, hvilken effekt det har i perioden efter fødslen og senere i forældreskabet, at kvinden og hendes partner har deltaget fødsels- og forældreforberedende under graviditeten. Men to større, danske randomiserede undersøgelser har vist, at deltagelse i strukturerede 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 oplevede 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 forældreforberedende kurser

Fødsels- og forældreforberedende tilbud bør generelt planlægges i små, faste hold med brug af forskellige pædagogiske metoder, herunder e-læring i form af podcasting-medier, 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 og/eller sundhedsplejersken i henhold til lokale aftaler som gennemgående underviser for at sikre kontinuitet i undervisningen og med inddragelse af fx sundhedsplejersker, fysioterapeuter, socialrådgivere og andre relevante parter efter lokale aftaler. Inddragelse af andre fagpersoner end jordemoderen i undervisningen kan med fordel ske via podcasting undervejs i undervisningsforløbet.

Danske undersøgelser har vist, at et minimum på 10 timers deltagelse på faste og mindre hold, ledet af den samme jordemoder, fordelt



Fødsels- og forældreforberedelse varetages primært af jordemoderen og omfatter en lang række sociale, psykologiske og følelsesmæssige emner relateret til den aktuelle periode i graviditeten. Først i 3. trimester gennemgås fødsels tekniske del og tiden efter fødslen.

på minimum 3-4 gange 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 kvinderne 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 førstegangsgravide viste således, at 97 % angav kontakten med andre kommende forældre som hovedårsagen til deltagelse i fødsels- og forældreforberedende kurser, og henholdsvis 96 % og 91 % angav amning og evidensbaseret information om graviditet, fødsel og barsel som begrundelse for deltagelse (Newburn 2011).

Socioøkonomiske og demografiske forhold er associeret med lavere deltagelse i fødsels- og familieforberedende 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 teoretiske viden til den praktiske virkelighed. Undervisningsprogrammer skal have fokus på aktiv involvering af både kvinden og hendes partner i undervisningen. Dialogen mellem deltagerne, erfaringsudveksling og praktiske øvelser bør prioriteres, suppleret af oplæg, film, lydfiler m.m.

Undervisningsprogrammets indhold tilrettelægges, så det afspejler graviditet, fødsel, barsel og forældreskab som en sammenhængende proces i nævnte rækkefølge. Relevante emner, der kan adresseres i de forskellige undervisningsmoduler, fremgår af de følgende afsnit.

10.1.1 Graviditet og forberedelse til fødsel

- Helbred og livsstil, herunder fysisk aktivitet og bækkenbundstræning
- Graviditetens psykologi hos begge kommende forældre, 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 sundhedsfaglige
- Gravid efter termin, fokus på normalitet, social, mental og sundhedsfaglig støtte
- Igangsættelse, fokus på fælles beslutningstagning og konsekvenser på kort og langt sigt
- Fødested, fokus på tryghed og konsekvenser ved forskellige valg
- Rettigheder og fælles beslutningstagning, herunder dialogen med sundhedsprofessionelle.

10.1.2 Fødslen

- Begyndende fødsel, symptomer, håndtering i hjemmet, kontakt til fødeafdelingen
- Den fysiologiske fødsel, herunder føde-/hvilestillinger, variationer af fødselens forløb

- Partnerens rolle ved fødslen, støttepersons betydning for fødselsforløb
- Fødsels fremgang og håndtering af veer
- Smertehåndtering, herunder smertelindring
- Indgreb i fødslen, herunder betydning for fødselsforløb
- Forløsningsmåder med fokus på mors helbred og etablering af amningen
- Den komplicerede fødsel, herunder eventuel indlæggelse på neonatalafdeling og barnets ophold her
- Hud mod hud-kontakt med begge forældre
- Etablering af amning med fokus på disse 4 hovedbudskaber:
 - Hud mod hud-kontakt, så meget som muligt de første dage og primært hos moderen
 - Hyppig amning, når barnet gerne vil og mindst 8 gange i døgnet
 - Gode sutte- og ammestillinger, som er behagelige
 - Amning er en fælles forældreopgave, da støtte fra partneren er vigtig.

10.1.3 Barsel og det nyfødte barn

- Udskrivning efter fødsel, herunder den anden forælders rolle og opgaver og opbakning fra netværk
- Barsel i hjemmet eller på hospitalet
- Den første tid med det nyfødte barn – praktisk og følelsesmæssigt, forældres forskellige oplevelser
- Amning/barnets ernæring, herunder identifikation og vurdering af, om barnet får mad nok og kommer i trivsel
- Kroppen efter fødslen, herunder bækkenbundens genoptræning
- Sundhedsplejens tilbud
- Efterfødselsreaktioner med fokus på symptomer hos begge forældre.

10.1.4 Forældreskabet og barnets udvikling

- Barnets udvikling og kompetencer, evne til og behov for kommunikation og berøring, barnets sanser, signaler og adfærd samt forældrenes tolkninger og reaktioner. Tilknytning mellem forældre og barn
- Egenomsorg, herunder søvn og daglige rutiner for begge forældre, især i den første tid

- Familiedannelse, herunder relation til øvrig familie og venner
- Inddragelse af netværk
- Par-relationen og samliv, genoptagelse af seksuallivet og prævention
- Forælderrollen
- Søskende i familien, herunder i sammenbragte familier
- Barselsorlovens forløb, lovgrundlag, muligheder for og ønsker om deling af orloven.

Mange emner i et sundhedsfremmende og forebyggende program kan være oplagte til digital undervisning, fx rundvisning på fødeafdelingen, rettigheder og fælles beslutningstagning, barselsorlov, familiedannelse, fødselsdepression, barnets signaler o.a.

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

Det er vigtigt, at den gravide/parret får bedst mulig information og rådgivning i forhold til, hvor fødslen kan finde sted, og hvilke tilbud man kan vælge imellem. Dette drøftes med de kommende forældre tidligt i graviditeten. Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for organisering af fødetilbud (2021)* sætter den faglig ramme for organiseringen af fødetilbud i Danmark og beskriver de fire forskellige muligheder:

- fødsel på en fødeafdeling på sygehus
- fødsel på en klinik på sygehuset med fødeafdeling
- fødsel på en klinik uden for sygehuset
- hjemmefødsel.

11.1 Generelt

En fødsel er en naturlig fysiologisk proces, som er en udfordring fysisk og psykisk. Samtidig er den 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 medvirker til, at parret føler sig trygge, set og hørt. Det 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.



Partneren er en vigtig støtte for den gravide under fødslen. Hos førstegangsfødende er det normalt med en lang latent fase, som dog også kan være tegn på abnormiteter.

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 fødslen og bagefter. Desuden angiver fædre, der har været mere aktivt involveret i graviditet og fødsel, at de har en positiv oplevelse af familiedannelsesprocessen. Der bør derfor være fokus på at inddrage faderen/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. Dette bør ske under konstant monitorering af neonatale og materielle outcomes. En flerstrengt indsats med fokus på bl.a. 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 form for 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, som fødslen kan indebære, herunder formål, fordele og ulemper.

11.2 Den vaginale fødsel

Den spontant forløbende fødsel forestås 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 (Lawrence 2013, Gupta 2017). 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 faderens/partnerens involvering – og hun informeres om de gavnlige effekter.

11.2.1 Latensfase

Anbefalinger vedr. latensfasen

- **En lang latensfase er oftest led i en normal fødsel og ses hyppigst hos førstegangsfødende.**
 - **Der skal foretages en individuel vurdering vedr. det videre forløb, når en gravid henvender sig til fødeafdelingen med veer i den latente fase.**
 - **Der bør være relevante tilbud til kvinder, der har behov for støtte.**
-

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.

Chancen for, at fødslen forløber spontant, øges, og 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 giver øget risiko for indgreb (Bailit 2005, Klein 2004, Holmes 2001, DSOG 2020 a). 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 fødeafdelingen til omsorg og eventuel smertelindring (DSOG 2020 b).

11.2.2 Aktiv fødsel og uddrivningsfase

Anbefalinger vedr. aktiv fødsel og uddrivningsfase

- **Der bør sikres kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson (i Danmark typisk en jordemoder) fra kvinden er i aktiv fødsel eller tidligere ved behov.**
 - **Der bør afventes spontan pressetrang og holdes fokus på, at den ledende fosterdel reelt er på bækkenbunden, før kvinden giver efter for aktivt brug af bugpressen.**
 - **Der bør være 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 overvejes ved risikofaktorer og truende iltmangel hos fostret.**
-

Det anbefales at sikre den fødende kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson (i Danmark typisk en jordemoder), fra den gravide er i aktiv fødsel, eller fra jordemoderen i samråd med den gravide vurderer, at der er behov for jordemoderens tilstedeværelse, idet kontinuerlig tilstedeværelse af en sundhedsperson hos nogle kvinder kan øge sandsynligheden for at fødslen forløber spontant, nedsætte behovet for medicinsk smertelindring under fødslen, samt øge tilfredsheden med fødselsforløbet (Bohren 2017). Partneren involveres, og parrets forventninger til progression i fødslen afstemmes efter virkeligheden. Et partogram er et godt redskab til kommunikation om fødsels 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.

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 fødsel 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 overvejes ved risikofaktorer og truende iltmangel hos fostret (DSOG 2015 a).

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.

11.2.3 Smertelindring – ikke-medicinsk og medicinsk

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.**
-

Kvindens behov for smertelindring under fødslen varierer meget og skal ses i sammenhæng med den fødendes smerteopfattelse og individuelle copingstrategier. Tilstedeværelse af faderen eller anden ledsager samt kontinuerlig tilstedeværelse af en jordemoder under hele den aktive del af fødslen kan nedsætte behovet for medicinsk smertelindring (Bohren 2017).

Der er forskellige muligheder for smertelindring under fødslen, både ikke-medicinske – fx vejtrækning, afspænding, ve-hvilestillinger, massage, steriltvandspapler, akupressur/-punktur, TENS og varme bade – og medicinske – fx morfin, lattergas, pudendus- og epiduralblokade (se DSOG 2020 b). Valget af smertelindring beror på en



Når jordemoderen er konstant til stede under den aktive del af fødslen, kan det nedsætte kvindes behov for medicinsk smertelindring. Valg af smertelindring foretages sammen med den fødende og efter en individuel vurdering.

løbende, individuel vurdering af behov og ønsker i samråd med kvinden/parret.

Brugen af epiduralblokkade har været konstant gennem de seneste år og anvendes ved knap 25 % af alle fødsler. Epiduralblokkade er den mest effektive form for smertelindring under fødslen, men kan medføre hypotension, feber, urinretention og vesvækkelse (Anim-Somuah 2018). Epiduralblokkade medfører hyppigere brug af vestibulerende drop, men øger ikke risikoen for forløsning med sugekop eller ved kejsersnit (DSOG 2020 b).

11.2.4 Overvågning af fostret under fødslen

Anbefalinger vedr. overvågning af fostret 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/lactat eller STAN.
-

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. Både "doorstep-CTG" og kontinuerlig CTG-overvågning under fødslen af kvinder med lav risiko øger sandsynligheden for kejsersnit og andre medicinske interventioner uden at forbedre det neonatale outcome (Devane 2017, Alfirevic 2017).

Overvågningen af fostret skal dokumenteres systematisk.

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 × 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, hvad undersøgelsen eventuelt 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.

Se endvidere *Fosterovervågning under fødslen – metoder* (DSOG 2019) og *Fosterovervågning under fødslen – indikationer* (DSOG 2017).

11.2.5 Véstimulation

Anbefalinger vedr. vestimulation

- **Det tilstræbes at forebygge brug af vestimulation gennem fokus på lejeændring, mobilisering, tryghed hos parret samt mad og drikke til den fødende.**
 - **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 effektive veer og vepauser. Hyperstimulation skal undgås, og der skal være vepauser, som sikrer barnet tilstrækkelig ilt.**
 - **Barnets hjertelyd monitoreres kontinuerligt under vestimulation.**
-

Vestimulation anvendes i forbindelse med igangsættelse af fødsel eller til stimulation af vekraften i allerede igangværende fødsel, hvor der er primær vandafgang, insufficiante veer eller manglende progression.

Et partogram kan, når kvinden er i aktiv fødsel, anvendes som hjælpemiddel til vurdering af fødselens progression og eventuelle vesvækelse. Det tilstræbes at forebygge brug af vestimulation 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.

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 afventning før vestimulation.

Stimulation gives efter et regime, der tager hensyn til såvel effektive veer som ve-pauser. Hyperstimulation 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).

11.2.6 Bristninger og suturering

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 ved fx jordemoder 7-10 dage efter fødslen, vurdering ved fysioterapeut 4 uger efter fødslen og endelig fx telefoninterview ca. 3 måneder efter fødslen mhp. opsporing af eventuelle senfølger.
 - Der bør fortsat være en målrettet indsats for at reducere antallet af store bristninger.
-

Bristninger i perinæum, vagina og labia i forbindelse med vaginal fødsel er almindelige og ses især ved fødsel af det første barn. Op mod 80-90 % af førstegangsfødende har behov for suturering efter fødslen.

Ved suturering af bristninger efter fødslen er effektiv smertelindring vigtig, eventuelt som 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 eventuelle komplikationer, der kræver henvendelse til praktiserende læge.

Sphincterruptur

En sphincterruptur er en alvorlig risikofaktor ved en vaginal fødsel, idet der er øget risiko for senfølger i form af anal inkontinens. Der bør derfor være fokus på at reducere antallet af store bristninger. Flere studier har vist, at man kan reducere antallet af sphincterrupturer ved at nedsætte forløsningshastigheden – dette ved at støtte kvinden til at føde barnets hoved langsomt gennem tæt kommunikation og/eller ved manuel støtte til perineum (Rasmussen 2016, Albers 2006, Edqvist 2017, Basu 2016, Tunestveit 2018, DSOG 2015).

Kvinder, der har pådraget sig en sphincterruptur, informeres ved udskrivelsen om at kontakte fødeafdelingen, såfremt de oplever tiltagende smerter og/eller anal inkontinens. Desuden aftales opfølgning ved fx jordemoder 7-10 dage efter fødslen, vurdering ved fysiotera-

peut 4 uger efter fødslen og endelig fx telefoninterview ca. 3 måneder efter fødslen med henblik på opsporing af eventuelle 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.

11.2.7 Instrumentel forløsning

Anbefalinger vedr. instrumentel forløsning

- Indikationerne for kopforløsning er oftest truende/evident iltmangel, manglende fremgang og udtrættet mor.
 - Forløsning med kop forsøges forebygget ved at afvente presseperiode til barnets hoved står på bækkenbunden samt ved stående og sideliggende stilling under presseperioden.
-

I Danmark består instrumentel forløsning næsten udelukkende af kopforløsning, som anvendes ved ca. 8-10 % af alle fødsler. Indikationerne for kopforløsning er oftest truende/evident iltmangel, manglende fremgang og udtrættet mor (DSOG 2015). Ved forløsning med kop er der øget risiko for bristninger og neonatale komplikationer.

Hyppigheden af kopforløsning 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.

11.3 Kejsersnit (sectio)

Anbefalinger vedr. kejsersnit

- Kejsersnit anvendes, når en vaginal fødsel udgør en risiko for moderens og/eller barnets helbred.
 - Der arbejdes på at øge andelen af vaginale fødsler hos førstegangsfødende under overvågning af udkomme for mor og barn.
-

Kejsersnit udføres, når en vaginal fødsel udgør en risiko for moderens 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). Barselsforløbet er optimeret med hurtig mobilisering og fokus på smertelindring. Indlæggelsestiden er i tilfælde af ukompliceret forløb meget kort – 1-2 dage.

11.3.1 Tidligere kejsersnit – sectio antea

Anbefalinger vedr. tidligere kejsersnit

- Ved ét tidligere kejsersnit bør kvinden tilbydes samtale på obstetriske afdeling med henblik på at drøfte fordele og ulemper ved henholdsvis forsøg på vaginal fødsel og planlagt kejsersnit. Plan for fødslen og samtalens hovedindhold noteres i journalen.
 - Planlagt vaginal fødsel efter tidligere kejsersnit anbefales at foregå på en obstetriske 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.
-

Vaginal fødsel efter kejsersnit er sikkert for de fleste kvinder (Dodd 2013, Dodd 2017). Kvinder, der tidligere har født ved kejsersnit, tilbydes samtale på obstetriske 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 med tidligere kejsersnit (Smith 2003, Gray 2007, O'Neill 2014). Årsagen er ukendt.

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 fx 1) placenta prævia og 2) foster i tværleje.

Relativ indikation for fornyet kejsersnit:

- Tidligere kejsersnit pga. mekanisk misforhold. Det tidligere forløb gennemgås med obstetriker inden endelig stillingtagen til fødemåde.

Komplikationer til planlagt vaginal fødsel efter tidligere kejsersnit:

- Behov for fornyet kejsersnit under fødslen (ca. 25 %)
- Uterusruptur med behov for akut kejsersnit (0,5 % efter 1 tidligere kejsersnit) (Thisted 2017).

11.3.2 Kejsersnit på mors ønske (maternal request)

Anbefalinger vedr. kejsersnit på mors ønske

- Den gravide skal tilbydes grundig information om fordele og ulemper ved forskellige fødselsmåder.
 - Ved ønske om planlagt kejsersnit skal hun tilbydes samtale(r), hvor årsager til ønsket afdækkes, tidligere fødselsforløb gennemgås, og fordele og ulemper ved henholdsvis planlagt vaginal fødsel og planlagt kejsersnit drøftes med henblik på at afstemme forventninger til den forestående fødsel.
 - Kvinder, der fastholder ønske om planlagt kejsersnit, skal tilbydes samtale med speciallæge.
 - I tilfælde af at ønsket ikke imødekommes, skal hun tilbydes revurdering hos en anden speciallæge, eventuelt på en anden afdeling (second opinion).
-

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 eventuelle tilstande og lidelser, der kan udgøre kontraindikationer, skal journalføres.

Hvis speciallægen ikke finder indikation for planlagt kejsersnit, og den gravide fastholder ønsket, bør hun tilbydes kejsersnit eller revurdering hos en anden speciallæge, eventuelt på en anden afdeling (second opinion).

11.3.3 Fødselsoplevelse ved kejsersnit

Anbefalinger vedr. fødselsoplevelse ved kejsersnit

- 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.
-

Fødselsoplevelsen er et samlet udtryk for mange forhold omkring fødslen. Hvordan fødslen opleves af kvinden og hendes partner kan variere (Nystedt 2017). En negativ fødselsoplevelse er hyppigere, når fødslen foregår ved akut kejsersnit (Nystedt 2017, Handelzalts 2017, Karlstrom 2017). Akut intervention, uforudsigelighed, manglende hud mod hud-kontakt med det nyfødte barn og 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).

11.3.4 Langsigtede komplikationer hos mor efter kejsersnit

- Kejsersnit er forbundet med en let øget risiko for langsigtede komplikationer bl.a. kroniske smerter og adhærencer.
- Forekomst af urin-inkontinens og genitalprolaps er reduceret efter fødsel ved kejsersnit.

Ikke-graviditetsrelaterede langtidskomplikationer, der optræder med let øget hyppighed efter kejsersnit, er nedsat fekunditet, adhærencer, øget komplikationsgrad ved fremtidige gynækologiske operationer (hysterectomi) samt kroniske smerter (Lindquist 2017).

Der er mindre forekomst af urin-inkontinens og genitalprolaps efter kejsersnit sammenlignet med vaginal fødsel (Gyhagen 2013 a, Gyhagen 2013 b, DSOG 2013 b).

11.4 Tiden lige efter fødslen

Anbefalinger vedr. tiden lige efter fødslen

- Det anbefales at give blødningsprofylakse til mor (oxytocin) og barn (K-vitamin, se [kapitel 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 efter 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.
-

Tiden umiddelbart efter fødslen er helt unik og en særlig sensitiv periode for dannelsen af bånd mellem forældre og barn. Den er ekstremt vigtigt 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 til fødselens forløb og den nærmeste fremtid.



Sen afnavling – dvs. 30-120 sekunder efter fødslen – er at foretrække fordi det betyder øget jerndepot hos det mature barn. Bagefter lægges barnet op til moderen hud mod hud.

11.4.1 Blødningsprofylakse og afnavling

Indgift af syntocinon postpartum reducerer såvel omfanget af blødning i forbindelse med fødslen som hyppigheden af store blødningsepisoder. Det anbefales, at der gives syntocinon-injektion intramuskulært til kvinden umiddelbart efter barnets fødsel både ved vaginal forløsning og ved kejsersnit (WHO 2012).

Ved øget risiko for postpartum blødning – fx tidligere postpartum 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-bestemmelse (standard base excess) snarest muligt efter barnets fødsel, helst indenfor ét minut, og før afnavling sker. Medmindre barnets tilstand kræver akut behandling, der ikke kan foregå tæt på mor, ventes der med afnavling til efter

pulsationsophør, hvor navlen er slap og bleg, eller mindst 3 minutter (DSOG 2017, Mercer 2017, Zhao 2019, KC 2019). Sen afnavling resulterer i øget jerndepot hos barnet helt op til 6-månedersalderen (WHO 2014). Hvis parret efter information om afnavling ønsker at vente yderligere, skal dette imødekommes.

For at forebygge blødningsrisiko anbefales det at give den nyfødte en intramuskulær indsprøjtning med K-vitamin inden for et par timer efter fødslen, se [afsnit 12.3](#).

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 moderen støttes i at indlede den første amning hurtigst muligt efter fødslen og helst inden for den første time (WHO 2018 b, Sundhedsstyrelsen 2021). Anbefalingen gælder efter såvel en vaginal fødsel som efter kejsersnit (Gouchon 2010, Hung 2011, Nilsson 2019). Ved komplicerede fødsler og postpartum-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 faderen/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, og at sundhedspersonalet ikke giver hands-on-hjælp, se [kapitel 13](#). På grund af endorfinernes påvirkning af barnet 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 samt på sutteteknikken og ammevarigheden (Moore 2016, Widström 2011). Hud mod hud-kontakt 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 hendes mentale sundhed (Bigelow 2012).

Det bør tilstræbes, at ethvert tiltag og behov for intervention tager hensyn til dette, og at adskillelse af forældre og barn så vidt muligt undgås, se [kapitel 13](#).



Umiddelbart efter fødslen lægges barnet hud mod hud på mors mave/bryst. Moderen støttes i at indlede den første amning hurtigst muligt og helst inden for den første time efter såvel vaginal fødsel som efter kejsersnit.

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 med 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.

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, som hun kender. Den hjemmefødende skal være velinformeret om, hvorledes hun tilkalder jordemoderen. Når kvinden er i aktiv fødsel, skal der være tilbud om en jordemoders tilstedeværelse 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 til rette, 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.

Der henvises til [afsnit 2.6](#) og *Anbefalinger til organisering af fødetilbud* (Sundhedsstyrelsen, (forventes at udkomme 2021). Se endvidere Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende COVID-19 retningslinjer på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

11.6 Færdighedstræning

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).**
-

Der er evidens for værdien af færdighedstræning i håndtering af akutte situationer og tilstande i forbindelse med fødsler. Færdighedstræning kan fx omhandle instrumental forløsning, skulderdystoci, underkropsforløsning, postpartum blødning, eklampsi, 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.

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.

Anim-Somuah M et al (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 5. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub4.

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.

Bohren MA et al (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.

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.

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 (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 a). Forebyggelse af sphincterruptur. *Obstetrisk guideline*. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk>

DSOG (2015 b). Instrumentel vaginal forløsning. *Obstetrisk guideline*. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk>

- DSOG (2017 a). Placenta prævia. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk>
- DSOG (2017 b). Afnavling. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk>
- DSOG (2019). Sphincteruptur: Diagnostik, behandling og opfølgning. Obstetrisk guideline. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk>
- DSOG (2020 a). Den latente fase af fødslen – håndtering. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk>
- DSOG (2020 b). Medicinsk smertelindring under fødslen. 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.
- 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.
- KC A et al (2019). Effect of early versus delayed cord clamping in neonate on heart rate, breathing and oxygen saturation during first 10 minutes of birth – randomized clinical trial. *Matern Health Neonatol Perinatol* 5:7.
- 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.
- 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.
- Mercer JS et al (2017). Effects of delayed cord clamping on residual placental blood volume, hemoglobin and bilirubin levels in term infants: a randomized controlled trial. *J Perinatol*. 37(3):260–264. doi:10.1038/jp.2016.222.
- 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.
- 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. doi: 10.1371/journal.pmed.1001670.
- 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.
- 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.
- Smith GC et al (2003). Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet* 362(9398):1779-1784.
- Sundhedsstyrelsen (2011). Forebyg vuggedød.
- Sundhedsstyrelsen (2014). Førstegangsfødende med dystoci (manglende fremgang). National Klinisk Retningslinje.
- Sundhedsstyrelsen (2021). 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.
- 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.

Zhao Y et al (2019). Effects of delayed cord clamping on infants after neonatal period: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 92:97-108. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.01.012.

12. Observation og behandling af den nyfødte

12.1 Undersøgelse af den nyfødte efter fødslen

Anbefalinger vedr. undersøgelse af den nyfødte

- Jordemoderen undersøger barnet efter fødslen, når det har været lagt til brystet første gang, medmindre 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.
-

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-/basestatus. 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, til 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 (Svensson 2013). Hud mod hud-kontakt mellem far/partner 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.



Inden familien forlader fødestuen, undersøges den nyfødte systematisk.

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 kompetencer 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-gane-spalte, rygmarvsbrok, sammenvoksede eller overtallige fingre/tæer. Det bemærkes, om kraniet, øjne, ydre ører, abdomen og genitalia externae fremtræder normale, om der ses åbning i anus, og der udføres undersøgelse for medfødt hofteluksation, 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.

12.2 Måling af navlesnors-pH

Det anbefales, 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 det 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

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 (børn med fødselsvægt < 1500 g 0,3 – 0,5 mg) inden for de første par timer efter fødslen. Der er ikke behov for yderligere K-vitamintilskud.**

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-vitamindosis 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 gennem flere uger for at opnå den forebyggende effekt, hvilket kræver en høj compliance af forældrene (CADTH 2015).

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

Anbefaling vedr. screening af nyfødte

- **Alle forældre får tilbud om neonatal biokemisk screening og hørescreening af den nyfødte efter forudgående information.**
-

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://nyfoedte.ssi.dk>). Screeningen udføres på nogle få dråber blod, som stammer fra en hælblodprøve, som tages på den nyfødte i 3. levedøgn.

Det er fødeafdelingens ansvar at informere og indhente samtykke fra forældrene til screeningen. Dette gælder også, såfremt mor og barn er udskrevet inden tidspunktet for screeningen. Statens Serum Institut har udarbejdet en informationsfolder til forældrene (Statens Serum Institut 2019). 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 analyseindsatsen, 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 tre trin:

1. Barnet screenes på fødeafdelingen 2-3 dage efter fødslen (samtidig med hælblodprøven). Gestationsalderen skal minimum være 34 uger på screeningstidspunktet. Hvis undersøgelsen er normal, afslutter man herefter.
2. Hvis screeningstesten ikke er bestået, gentages screeningsundersøgelsen på fødestedet ca. en uge senere. Hvis undersøgelsen er normal, afslutter man herefter.
3. Hvis den anden screeningstest 1-2 uger efter fødslen ikke er bestået, henvises barnet til audiologisk afdeling til videre undersøgelse. Det er vigtigt at informere forældrene om, at testresultatet

kan skyldes fostervand eller -fedt i øregangene, og at der er over 90 % sandsynlighed for, at barnets hørelse er normal.

Børn med kraniedeformiteter eller kromosomafvigelser 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 neonatalafdeling, screenes kort tid inden udskrivelsen. Det er særlig vigtigt at sikre hørescreening af de for tidligt fødte børn med et indlæggelsesforløb på neonatalafdeling, da de har en øget risiko for hørenedsættelse. Det anbefales derfor, at hørescreeningen foretages inden udskrivelsen, dog tidligst ved 34 ugers 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.

12.6 Hypoglykæmi

Anbefalinger vedr. hypoglykæmi

- Ved risiko for hypoglykæmi lægges barnet til brystet inden for 30 minutter.
- Blodsukker måles 1-2 timer efter fødslen afhængigt af risikogruppe.

Følgende nyfødte har øget risiko for hypoglykæmi:

- Præmature børn GA < 37+0
 - Dysmature børn
 - Børn, som er SGA < -2SD
 - Børn med asfyksi
 - Børn af mødre med diabetes eller patologisk glukosebelastning
 - Store børn med fødselsvægt > +2SD
 - Børn mistænkt for infektion.
-

Hypoglykæmi, specielt langvarig hypoglykæmi, kan medføre hjerne-skade 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 blodsukkeret, når barnet er 1-2 timer gammelt.

Ved risiko for hypoglykæmi er det vigtigt, at barnet kort tid efter forløsningen bringes til at die. Eventuelt tilskud gives efter amning. Se *Amning – en håndbog for Sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen 2021.

12.7 Gulstot (icterus)

Anbefalinger vedr. gulstot

Gulstot (icterus) hos nyfødte er oftest benign og svinder spontant, men 3 situationer nødvendiggør nærmere undersøgelse:

- **Ved synlig gulstot inden for de første 24 timer** henvises barnet akut til pædiatrisk afdeling.
 - **Ved synlig gulstot 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 gulstot 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.
-

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 gulstot 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 gulstot. I bekræftende fald skal de vurdere intensiteten, og om tilstanden progredierer. Der skal være særlig opmærksomhed på nedenstående tre tilstande.

12.7.1 Synlig gulsot inden for de første 24 timer

Ved synlig gulsot 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.

12.7.2 Høj serum-bilirubin i 1. eller 2. leveuge

Også fysiologisk gulsot kan nå et neurotoksisk niveau, se nedenstående [afsnit 12.7.3](#) og [12.7.4](#).

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 informeres forældrene om gulsot, og de opfordres til ved synlig gulsot at henvende sig til fødestedet i første leveuge og derefter til praktiserende læge.

Barnet vurderes af lægen/sygeplejersken/jordmoderen, som 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.

12.7.3 Prolongeret icterus eller synlig gulsot efter 14. levedøgn

Prolongeret icterus defineres som gulsot efter 2. leveuge (3. leveuge for børn født præterm). Som oftest skyldes prolongeret icterus såkaldt moderermælksinduceret gulsot – dette er et benignt fænomen, som svinder spontant.

Men i sjældne tilfælde kan prolongeret icterus være det første symptom på alvorlig leversygdom eller metabolisk sygdom. For at finde de få alvorlige tilfælde i tide, skal *alle* nyfødte med synlig gulsot efter 14. levedøgn (præmature efter 21. levedøgn) *altid og uden forsinkelse* have målt fraktioneret bilirubin – uanset god trivsel og fravær af andre tegn på sygdom.

12.7.4 Forebyggelse af akut bilirubin encefalopati

Ukonjugeret bilirubin er neurotoksisk, og en meget høj bilirubinkoncentration kan medføre hjerneskade (bilirubinencefalopati/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 intermediaær 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 3. levedøgn (48-72 timer efter fødslen), se afsnit 13.5.3. Ved synlig gulsot måles transkutan bilirubin eller total serum bilirubin. Målingen skal foretages på vid indikation og i tvivlstilfælde.

Børn i særlig risiko tilbydes altid undersøgelse med transkutan 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 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).

12.7.5 Tidlig opsporing af galdevejsatresi

OBS!

- **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.**
-

Årligt har mere end 1.000 børn forlænget gulsot. Blandt disse børn findes der 4-6 tilfælde pr. år med galdevejsatresi (Sundhedsstyrelsen 2003).

Diagnosen skal 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 altafgørende for prognosen.

Måling af fraktioneret bilirubin iværksættes af praktiserende læge. I tvivlstilfælde og uanset hvem der rejser mistanke om prolongeret icterus (sundhedsplejerske, forældre, m.v.) skal blodprøven tages.

Ved konjugeret hyperbilirubinæmi over 17 $\mu\text{mol/l}$ henvises barnet subakut (senest næste dag) til en børneafdeling, hvor barnet udredes efter gældende retningslinjer. Fortolkning af konjugeret bilirubin er en ekspertopgave. Hvis konjugeret bilirubin er forhøjet, skal der foretages galdevejsscintigrafi med henblik på påvisning af galdeudskillelse. Der- som der ikke kan påvises galdeudskillelse, henvises barnet til Rigshospitalet med henblik på undersøgelse for galdevejsatresi (DPS 2018).

12.8 Børn med særlig risiko for udvikling af allergisk sygdom

EAAI (Det Europæiske Selskab for Allergologi) anbefaler i lighed med ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) amning til 6-månedersalderen 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 på 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 sygdomme astma, høfeber, atopisk eksem (børneeksem) og fødeveareallergi.

Højt hydrolyseret modernælkserstatning kan anvendes til allergidisponerede børn til fulde 4 måneder, hvor det ikke er muligt eller ønskeligt for moderen at ernære barnet udelukkende med modernælk.

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

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.**
-

Håndtering og behandling af feber under fødslen har det overordnede formål at forebygge svær intrauterin infektion, som kan skade mor og barn. Det er specielt forebyggelse og behandling af infektion med neonatal gruppe B-streptokokker (GBS), som er væsentlig (Polin 2011, Verani 2010), men også andre bakterielle infektioner samt vira er potentielt skadelige for både mor og 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*, *Staphylococcus aureus* og *koag. neg. Stafylokokker*. 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 postpartum og "late-onset" neonatal infektion med symptomdebut > 72 timer postpartum.

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 maternal 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 observeres på barselsafsnittet. Det anbefales, at klinisk upåvirkede nyfødte, der er i risikogruppe, indlægges på barselsafsnit med henblik på 24-48 timers observation og eventuelt CRP-måling. Veletablerede kliniske risikogrupper omfatter børn af kvinder med tidligere barn med invasiv GBS-infektion, GBS-bakteriuri i den aktuelle graviditet, præterm fødsel (GA < 37), febrillia intra partum og vandafgang \geq 18 timer (DSOG 2019).

Ved vandafgang \geq 18 timer uden feber, GA \geq 37 og klinisk upåvirket barn, kan observation undgås, hvis der foreligger en negativ intrapartum GBS-test.

Se endvidere [kapitel 8](#) om infektioner.

12.10 Hepatitis B-vaccination af nyfødte

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 anmeldelsespligtig.
-

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 som 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 eventuel 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)

12.11 Blodtype-immunisering

Anbefalinger vedr. blodtype-immunisering

- Der gives rhesus-profylakse, som beskrevet i [kapitel 7](#).
 - Nyfødte, hvis mødre har fået påvist klinisk betydende irregulære blodtypeantistoffer, får ved fødslen taget en navlesnorsblodprøve med henblik på undersøgelse for blodtype og forekomst af maternelt antistof på barnets blodlegemer.
-

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 af, hvor fødslen skal foregå.

Alle nyfødte af mødre, der har fået påvist klinisk betydende 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.

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>

DSOG (2019). Feber under fødslen. Tilgængelig på <https://www.dsog.dk/obstetrik>

DPS (2015 a). Immature nyfødte: modtagelse og indledende behandling. Tilgængelig på <http://paediatri.dk/neonatologi-vej1>

DPS (2015 b). Forebyggelse af tidligt indsættende neonatal GBS sygdom. Tilgængelig på http://paediatri.dk/images/dokumenter/vej1_2015/neonatal%20GBS%20sygdom%2020159.pdf

DPS (2018). Neonatal kolestase/konjungeret hyperbilirubinæmi. Tilgængelig på http://paediatri.dk/images/dokumenter/vejledninger_2018/Neonatal_kolestase_2018.pdf

DPS (2019). Behandlingsstandard for neonatal hyperbilirubinæmi. Tilgængelig på http://paediatri.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>
- Statens Serum Institut (2019). Vejledning for prøvetagning. Tilgængelig på <https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/screening-for-medfodte-sygdomme>
- 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>
- Svensson KE et al (2013): Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. *Int. Breastfeed. J.* 8, 1. doi:10.1186/1746-4358-8-1.
- 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 sundhedsvæsenes indsats i barselsperioden er:

- at observere mor og barns tilstand, understøtte etableringen af amning eller anden ernæring og følge barnets vækst
- 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. Derfor er der ofte kun kort tid på fødeafdelingen til vejledning af forældrene om barselsperiodens første dage, pleje af barnet og støtte til mors fysiske restitution. Uanset indlæggelsestid tager indsatsen udgangspunkt i den enkelte families sundhedsforståelse og -adfærd, deres behov og ressourcer.

I forhold til familier indplaceret på niveau 3 eller 4 kan en særlig tilrettelagt indsats på barselgangen være nødvendig. Det indebærer observation af forældrenes mentale tilstand og samspil – og særlig opmærksomhed på især barnets ernæring og søvn.

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 barselsafdelingen, 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 og udviklingen af deres samspil med barnet, herunder at kunne tolke barnets signaler på sult, søvn, behov for trøst m.m. 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 følelsesmæssige 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 afføringsmønster, ligesom der kan være sårmerter, 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 hæmori-der. Genoptræning af bækkenbunden og gavnlige effekt af efterfødselsgymnastik drøftes, såfremt indlæggelsestiden tillader det. Efter udskrivelse kan dette varetages af sundhedsplejersken. Ved problemer med urininkontinens henvises kvinden til praktiserende læge.

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. I barselsperioden kan blødningen variere i mængde og opleves forskelligt, men den 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 efter behov, se desuden [kapitel 14](#).

Efter udskrivelsen rådgiver den praktiserende læge og/eller sundhedsplejersken om prævention og genoptagelse af seksuallivet. 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 personalet på afdelingen. 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 opmærksomt 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 samt faglig konsistent, opdateret viden, uanset hvilken

faggruppe der giver den og altid i henhold til gældende udgave af *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen.

Flere får etableret en velfungerende amning og ammer i en længere periode, når følgende fire råd følges (Nilsson 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 8 gange i døgn
- 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 inden for de første 3 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 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).

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 2014, Kronborg 2004)
- kvinder med kort skolegang (Johansen 2016)
- kvinder, der ryger (Johansen 2016)
- kvinder med anden etnisk baggrund end dansk, som ofte ammer i kortere tid end andre kvinder (Busck-Rasmussen 2014)
- kvinder, der er brystopererede (Sundhedsstyrelsen 2018)
- 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. Alle forældre vejledes om betydningen af hud mod hud-kontakt.

13.3 Sundhedsvæsenets 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 tilstrækkelig med mælk og ikke udvikler gulsot til et niveau, der kræver behandling. Der skal ligeledes 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 del af familierne udskrives, inden mælken er løbet til og amningen etableret, inden en eventuel gulsot (icterus) hos barnet har udviklet sig, og før barnet er begyndt at tage på. Det er alt sammen 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 velforberejdede 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 – imod den sundhedsfaglige vurdering – ikke ønsker at forblive indlagt med deres nyfødte.

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 praktiserende 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](#), og der kan iværksættes eventuelle tilbud, der kan være aftalt under graviditeten.

For kvinder, der har været indplaceret på niveau 3 eller 4 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. Det kan fx ske ved et udskrivningsmøde med deltagelse af relevante parter, jf. kapitel 4, med det formål at sikre overgangen fra en sektor til en anden.

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 at blive udskrevet.
- Barnet skal være raskt og stabilt.
- Barnet skal have været lagt til og diet effektivt under observation og vejledning af sundhedspersonale.
- Forældrene skal være velforberedte 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 8 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 til obstetrisk afdeling døgnet rundt i 7 dage efter fødslen, jf. [afsnit 13.5.1](#).
- Familien bør ikke udskrives til hjemmet om natten, medmindre forældrene ønsker dette.

Præeklampsi ses hyppigere hos førstegangsfødende. 15-20 % af tilfældene debuterer efter fødslen. Risikofaktorerne er velbeskrevne og bør indgå i vurderingen af eventuel tidlig udskrivelse, se kapitel 9.

13.3.3 Første- og flergangsførelde

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. Førstegangsførelde 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 førstegangsførelde kan også have svært ved at bedømme, om hun bløder normalt efter fødslen, har normalt ondt, har passende brystspænding osv. Førstegangsførelde 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 adgang til at indhente rådgivning og støtte fra fødestedet, og hvis forudsætningerne for udskrivelse er opfyldte, se [afsnit 13.3.1](#).

Også flergangs-forældre kan have svært ved at vurdere barnet, men føler sig ofte tryggere ved udskrivningen. Flergangsfødende, der tidligere har haft problemer med amning, har også behov for støtte, herunder eventuelt indlæggelse og tæt opfølgning, for at amningen af det næste barn kan blive vellykket. Denne støtte kan med fordel starte 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 sundhedspersonalet¹⁶ 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.

16 Ved hjemmefødsler eller fødsel på en privat fødeklínik er det personalet der, der varetager opgaverne

- At koordinere jordmoderens og sundhedsplejerskens kontakt med familien efter hjemkomsten, såfremt fødeafdelingen tilbyder hjemmebesøg.
- At sikre, at epikrisen indeholder de 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 obstetrisk afdeling 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).

13.5.2 Dagen efter fødslen

Førstegangsfødende

Til førstegangsfødende, som udskrives inden for 24 timer, eller som har født hjemme eller på fødeklínik, tilbydes besøg i hjemmet af jordemoder dagen efter fødslen. Såfremt jordmoderen vurderer, at der er særlige behov af sundhedsplejefaglig karakter, skal hun efter aftale med forældrene kontakte sundhedsplejersken med henblik på et eventuelt tidligere besøg end på 4.-5.-dagen. Det kan eksempelvis være, hvis kvinden er indplaceret på niveau 3 eller 4 under graviditeten, eller hun er brystopereret og derfor har særlige udfordringer i forhold til etablering af amning.

Flergangsfødende

Hvis familien er udskrevet inden for de første 24 timer – eller har født hjemme eller på fødeklínik – kontakter jordmoderen 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 eller virtuelle 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 tredjedagen efter fødslen

Uanset om familien er indlagt eller udskrevet, tilbydes alle forældre 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 eller sygeplejerske, kan foregå på fødeafdelingen, på barselsgangen, i en decentral jordemoderkonsultation eller i hjemmet efter regionens beslutning.

Samtalen

Samtalen omfatter drøftelse af barnets tilstand og ernæring, herunder vurdering af om amningen er veletableret, drøftelse af mors fysiske tilstand, herunder blødning og lökkier, efterveer, eventuelle smerter efter bristninger i mellemkødet og behov for smertestillende medicin.

Endvidere drøftes kort forældrenes mentale tilstand, fødsels 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 eventuel fødselslæge.

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
- Eventuel 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 eventuel 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 tilstande, der kræver vurdering af en læge, kortere observation eller mere omfattende vejledning – som fx ammeproblemer eller fysiske eller mentale problemer hos mor eller far/partner – anbefales det, at obstetrisk afdeling tilbyder dette umiddelbart i forlængelse af konsultationen. Afdelingen bør have retningslinjer for, i hvilke situationer pædiater skal inddrages i vurdering af barnet.

Såfremt familien ikke ønsker indlæggelse på barselsgang, skal personalet på afdelingen, efter aftale med familien, kontakte sundhedsplejersken med henblik på at orientere om problemerne og 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.

Videokonsultationer på sikker forbindelse, telemedicinsk hjemmeophold/indlæggelse i eget hjem og andre teknologiske løsninger kan overvejes.

13.5.4 Fjerde- og femtedagen efter fødslen

Som udgangspunkt er det sundhedsplejerskens opgave at aflægge et tidligt hjemmebesøg på 4.-5.-dagen, hvis familien er udskrevet inden for 72 timer efter fødslen samt efter hjemmefødsler og fødsler på fødeafdeling.

Dog kan kontakten på 4.-5.-dagen mest hensigtsmæssigt finde sted på fødeafdelingen, hvis man på 2.-3.-dagen i forbindelse med screeninger på sygehuset finder forhold, der sundhedsfagligt varetages bedst på fødeafdelingen. Det kan være forhold, som kræver kortere observation eller intervention på fødeafdelingen, fx for stort vægttab hos barnet (> 10 %), behandlingskrævende gulsot, dårlig sutteteknik, vurdering af tungebånd, brystbetændelse og ammeproblemer, som kræver observation af flere på hinanden følgende amninger for bedre ammeteknik. Dette varetages da af fødeafdelingen ved jordemoder eller sygeplejerske.

Når mor og barn udskrives, orienterer obstetrisk afdeling den kommunale sundhedstjeneste og eventuelt almen praksis om vejledning og 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.

Eksempler på komplicerede forløb hos kvinden:

- Et traumatisk eller langt fødselsforløb, herunder sphincterruptur
- Flerfoldsfødsel
- Forløsning ved kop eller ved akut eller kompliceret sectio
- Stor blødning > 1000 ml
- Behov for anæstesi og operativt indgreb efter fødslen, fx fastsiddende placenta
- Præeklampsi eller hypertension
- Febrile tilstande, tidligere gruppe B-streptokokinfektion eller langvarig vandafgang
- Gestationel diabetes eller anden behandlingskrævende medicinsk lidelse i svangerskabet
- Psykisk lidelse under graviditet og efter fødslen, fx depression, angst og tvangstanker efter fødslen og fødselspsykose
- 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.

Eksempler på komplikationer hos barnet:

- For tidlig fødsel (før fulde 37 uger)
- Væksthæmning/dysmaturitet
- Misdannelser
- Hypoglykæmi
- Asfyksi
- Hvis en fosterdiagnostisk undersøgelse har rejst mistanke om sygdom hos barnet, hvor der kræves udredning efter fødslen.

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 2021.

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. Det sker efter aftale med moderen/forældrene.

13.5.6 Uddybende efterfødselssamtale

Brugerundersøgelser har vist, at en samtale med jordemoderen 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 eventuel 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 flere uddybende samtale(r), for at hele forløbet kan bearbejdes. Det kan eksempelvis være kvinder/familier med komplicerede tilstande eller forløb:

- 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 14.2.3](#))
- 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 fødselslæge, som parret kender fra forløbet, deltager i efterfødselssamtalen, blandt andet med henblik på en fælles faglig afklaring af forløbet og rådgivning vedrørende fremtidig graviditet og fødsel.

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 særlig 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 eventuelle spørgsmål i relation til selve fødejournalen.

Forældrene kan ved behov sættes i kontakt med relevante faggrupper, såfremt de ønsker en yderligere uddybning eller afklaring af forløbet. Jordemoderen spørger til kvindens fysiske restitution, herunder smerter eller eventuelle gener fra bristninger/suturer, tilbyder inspektion af disse, informerer om inkontinens, hvis relevant, og tilbyder 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 eventuelt 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 Basistilbud 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 inden for 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 og dermed bidrage til at undgå genindlæggelse pga. dehydrering og/eller ernæringsproblemer samt gulsot og brystbetændelse hos moderen. Såfremt særlige forhold taler herfor (se ovenstående) og efter aftale med forældrene, kan det tidlige hjemmebesøg erstattes af en konsultation på fødeafdelingen hos jordemoder eller sygeplejerske. Jordemoderen koordinerer dette med udgangspunkt i familiens behov på 2.-3.-dagen, jf. [afsnit 13.5.3.](#)

Ved det første tidlige besøg fokuserer sundhedsplejersken på barnets trivsel, amning, eventuel gulsot samt familiedannelse. Sundhedsplejersken vurderer, om amning eller anden ernæring er sufficient, vejleder ved behov om ammeteknik og ammestillinger m.m. 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 sundhedsydelser til børn og unge*, Sundhedsstyrelsen 2011 og *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen 2021.

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 prakti-



Sundhedsplejersken besøger den nye familie ved et tidligt barselsbesøg 4-5 dage efter fødslen. Det sker, hvis familien er udskrevet inden for 72 timer, eller hvis det har været en hjemme- eller klinikfødsel. Og ellers aflægges sundhedsplejersken et etableringsbesøg senest 7 dage efter udskrivelsen.

serende 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.-dagen, 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 *Bekendt-*

gørelse 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 samarbejdsparter.

13.7 Almen praksis' opgaver

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 7 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 at støtte 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 antikception og eventuelt 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 særlig 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

-	Alle	Hjemmefødsler	Udskrevet før end 24 timer efter fødslen	Udskrevet mellem 24 og 72 timer efter fødslen	Udskrevet efter 72 timer
Dagen efter fødslen	-	Besøg af jordemoder	Førstegangsfødende: hjemmebesøg af jordemoder. Flergangsfødende: opringning af jordemoder eller sygeplejerske	-	-
2.-3.-dagen (48-72 timer efter fødslen)	Tilbud om biokemisk screening og hørescreening på obstetrisk afdeling	Samtale med jordemoder på fødeafd. eller i hjemmet afhængigt af regionens tilbud.	Samtale med jordemoder på fødeafd. eller i hjemmet afhængigt af regionens tilbud. Vurdering af barnets tilstand (vandladning, afføringer, evt. gulsot).	Samtale med jordemoder på fødeafd. eller i hjemmet afhængigt af regionens tilbud. Vurdering af barnets tilstand (vandladning, afføringer, evt. gulsot).	Samtale og screening på fødeafdeling under indlæggelse.
4.-5.-dagen	-	Hjemmebesøg af sundhedsplejerske	-	Hjemmebesøg af sundhedsplejerske	-
12. dagen eller senere	Hjemmebesøg af sundhedsplejerske senest 7 dage efter barselsbesøg eller 10 dage efter udskrivelse	-	-	-	Hjemmebesøg af sundhedsplejerske senest 10 dage efter udskrivelse
5 uger efter fødslen	Almen praksis, undersøgelse af barnet	-	-	-	-
8 uger efter fødslen	Almen praksis, undersøgelse af moderen	-	-	-	-

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 (2015). Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn – Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk>
- Sundhedsstyrelsen (2011). Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk>
- Sundhedsstyrelsen (2021). 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 kan komme 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 mulighed 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 sundere udvikling hos barnet (Alhusen 2008).

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 2004, 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



Efter fødslen har den nye mor mulighed for at indgå i en mødregruppe, arrangeret af sundhedsplejersken. I nogle kommuner arrangeres også grupper for fædre/partnere. Grupperne er vigtige fora for formidling af viden og erfaringer.

tilknytningen er dog afhængig af den omsorg, det nærvær og den respons, som barnet erfarer at modtage i situationer, hvor det har brug for det. Forældrenes parathed og evne til at være følelsesmæssigt tilgængelige over tid og i forskellige situationer er afgørende.

Oftest sker tilknytningen af sig selv, men hos nogle bør den understøttes 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 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 med det nye ansvar.

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 den normale psykologiske udviklingsproces, de står foran. Støtten bør også indeholde information om, at det er helt normalt, at det kan tage et par måneder at tilpasse sig den nye situation som forælder, at etablere og fastholde amning 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 under graviditet og som nybagte forældre 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 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 særlige kompetencer heri. Forebyggende er det hensigtsmæssigt at indgå klare aftaler omkring fødselsforløbet. Jordemoderens tilstedeværelse under hele den aktive del af fødslen er særlig vigtig,



Tilknytningen mellem forældre og barn starter allerede prænatalt og bliver intensiveret efter fødslen, når der bliver mulighed for øjenkontakt og hud mod hud-kontakt.

og det er hensigtsmæssigt, at kvinden om muligt kender hende på forhånd.

14.2.2 Barselsperiode

Psykologiske problemstillinger efter fødslen kan skyldes en kompliceret fødsel, fysiske gener, træthed, ammeproblemer, et kompliceret efterfødselsforløb, praktiske udfordringer og andre livsforhold. Der kan fx være bekymrede tanker om, hvorvidt man kan leve op til rollen som forælder, om man er en god forælder 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 efterfødsels-samtale med fødselsjordmoderen med vurdering af familiens eventuelle behov for ekstra indsats. Sundhedsplejerske og praktiserende læge involveres efter aftale, og familien informeres om, hvor der kan søges hjælp, fx ved hurtigt besøg af sundhedsplejersken efter hjemkomst.

14.2.3 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 eventuelt behandling.

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, tilbagetrækkethed, bevidsthedsindsnævring, desorientering, irritabilitet og vrede, fortvivelse eller håbløshed, overdreven eller formålsløs hyperaktivitet samt ubehersket eller overdreven sorgreaktion. Vurdering af symptomer skal ske i forhold til kvindens/parrets kulturelle baggrund (Sodemann 2019).

Eksempler på belastninger, der er nævnt ovenfor, 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 m.m.

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, fx at blive forældre.

Tilstanden fortager sig, men kan være langvarig, og der skal være opmærksomhed på eventuelle andre psykiske lidelser, især depression.

Ved belastnings- og tilpasningsreaktioner er det vigtigt at opspore tegn på en eventuel 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. Sundhedsplejerske bør især være opmærksom på dette i den første del af barselsperioden, og den praktiserende læge skal være opmærksom ved 5 ugers-undersøgelsen.

14.3 Psykiske lidelser

Andelen af gravide kvinder med psykiske lidelser er stigende, jf. [kapitel 1](#), hvilket skyldes flere forhold. Viden om muligheder for at

gennemføre graviditet, mens man er i medicinsk behandling for en psykisk lidelse, er stigende, og bivirkninger ved nyere antipsykotika nedsætter ikke fertiliteten i samme grad som tidligere.

Tilbud til gravide kvinder med psykiske lidelser er meget differentieret sammensat, betegnet og organiseret. Ofte er der på den obstetriske afdeling etableret et team bestående af forskellige faggrupper. På flere obstetriske afdelinger har man etableret et tæt samarbejde med lokale psykiatriske afdelinger. Kvinder med psykiske lidelser og samtidigt skadeligt forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol eller andre rusmidler henvises til det regionale Familieambulatorium, jf. [kapitel 4](#).

Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er helt essentielt for gravide med psykiske lidelser, da problemstillingerne er multifacetterede.

Vedr. behandling af gravide og ammende mødre 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 $\frac{1}{3}$ og $\frac{1}{2}$ af alle postpartum depressioner debuterer allerede under graviditeten (Burt 2009).

Forekomst

Ny dansk forskning viser, at forekomsten hos gravide er over 10 % (Smith-Nielsen 2018). International forskning viser samme forekomst hos mænd, der skal være fædre (Paulson 2010, Bergstrom 2013, Edward 2015, Wen-Wang Rao 2020).

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 samspejlet 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 have svært ved at holde af det, mens depressionen står på.

Fædre og fødselsdepression

Der er øget risiko for fødselsdepression hos faderen/partneren, 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 nye 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/partner, idet parforholdet og barnet kan blive påvirket af en svær depression. For at sikre tidlig opsporing hos begge de kommende forældre, opfordres der til, at begge deltager i graviditetsbesøg og -undersøgelser. Interaktionen mellem forældre og spædbarn kan blive forringet under en depression (Murray 2011), hvilket kan svække barnets langsigtede følelsesmæssige, kognitive, adfærdsmæssige, sociale og psykomotoriske udvikling samt 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 får tilknytningsproblemer, resignerer og bliver et "nemt" og stille barn.

Dansk forskning viser, at selv personer med svære fødselsdepressioner ikke nødvendigvis modtager behandling (Ellervik 2014). Tilsvarende peger en svensk undersøgelse på, at medmindre man systematisk og rutinemæssigt spørger ind til fødselsdepression, vil meget få tilfælde blive opsporet, og dermed vil meget få blive tilbudt hjælp (Bågedahl-Strindlund 1998).

Sundhedspersonalet bør derfor være særlig opmærksomt på fødselsdepressioner hos både kommende og nybagte forældre. Personalet bør være særlig opmærksomt 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 (O'Connor 2016). Det skal bemærkes, at EPDS er valideret i Danmark (Smith-Nielsen 2018), men endnu ikke til anvendelse under graviditeten. Testen er ikke diagnostisk, men et redskab, som kan identificere kvinder og mænd, som har brug for yderligere udredning og eventuelt behandlingstilbud. EPDS kan 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. Tidlig opsporing kan ligeledes ske ved brug af Gotland-skalaen med samme forbehold som ovenfor beskrevet (Carlberg 2018).

Behandling

Hvis jordemoderen eller sundhedsplejersken har mistanke om en depression opstået under graviditeten eller efter fødslen, henvises primært til praktiserende læge, der foretager den videre vurdering, behandling og eventuelt henvisning til psykiatrisk behandling. Såfremt praktiserende læge har 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, kan det være relevant med medicinsk behandling sammen med støttende samtaler og psykoedukation, som vigtige dele af den samlede behandling, hvor også samarbejdet med psykologer med perinatale kompetencer kan være relevante både i regionalt og kommunalt regi.

Der vil være en ret høj andel af patienter med graviditets- og fødselsdepression, som senere vil vise sig at have en bipolar, affektiv sindslidelse (Viguera 2011).

Obstetriske komplikationer

Kvinder med depression har sværere ved 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 debuterer den 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 sænket (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 angstlidelser eller et skadeligt forbrug af rusmidler.

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 lithiumbehandling), 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 særlig 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 2017). 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.

14.3.3 Angst

Forekomst

Forekomsten af angst i befolkningen er op til 30 %. Angst forekommer dobbelt så hyppigt hos kvinder og debuterer ofte i barndom eller ungdom. Forløbet af angstlidelser varierer i intensitet fra person til person og for den enkelte 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 objektivt 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, fx akut kejsersnit med svært påvirket barn eller mor. Tilstanden, der følger efter traumat, er 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 m.m.

Opsporing

OCD er overrepræsenteret efter fødslen. De almindeligt forekommende (og normale) tanker om at komme til at skade sit barn tager overhånd og påvirker patientens livskvalitet dybt. Der kan opstå tvangstanker – i værste fald om at 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, og fordi det har indvirkning på hele kvindens liv. Forebyggende samtaler med en jordemoder efter en fødsel, der har været 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. Planlægning af en tidlig indsats er vigtig, da angst er en betydelig risikofaktor for senere fødselsdepression.

Obstetriske komplikationer

Ubehandlet svær angst kan gøre samarbejdet under fødslen meget vanskeligt.

14.3.4 Skizofreni

Forekomst

Forekomsten af skizofreni er ca. 1 % fordelt ligeligt på kvinder og mænd, og sygdomsdebut sker oftest mellem 18 og 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 planlægnings-evne) og affektive symptomer (fx depressive symptomer og selvmordstanker). Sygdomsforløbet er ligesom symptombilledet meget differentieret. Nogle kommer sig helt, mange vil opleve, at symptomerne varierer, og mange har brug for livslang antipsykotisk medicinsk behandling og kontinuert opfølgning.

Opsporing

De fleste gravide kvinder med skizofreni vil være kendt i forvejen i psykiatrien, og graviditeten bør være forudgået af prækonceptiv rådgivning i forhold til medicinering og andre forhold. Imidlertid debuterer nogle kvinder med skizofreni under graviditeten eller lige efter fødslen, hvorfor det er vigtigt at være opmærksom på sådanne tilfælde. Omkring 1/3 af alle tilfælde af fødselspsykososer 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 moderens evne til at drage omsorg 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 tvangsoverspisning, 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

i Danmark er ukendt. Udenlandske studier finder en forekomst hos gravide 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 med kontroltab – 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 og med både fysiske, mentale og sociale konsekvenser.

Opsporing

Den gravide 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 over for sundhedsprofessionelle, formentlig grundet frygten for stigmatisering og 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 have vanskeligt ved at vurdere, om barnet får tilstrækkelig næring, hvorfor sundhedspersonalet bør være særlig opmærksomt 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 eventuelt hjælp til at stoppe amningen.

Børn af mødre med spiseforstyrrelser er i markant øget risiko for udvikling af fysisk mistrivsel og psykiske forstyrrelser, herunder spiseforstyrrelser i barndommen (DSOG 2014).

Sundhedspersonalet på fødestedet skal derfor orientere sundhedsplejersken om moderens tilstand, bedst med mors samtykke. Hvis dette ikke er muligt, skal der ske underretning af kommunen, jf. den skærpede underretningspligt, se bilag 1.

Behandling

Behandling af en kendt spiseforstyrrelse og forebyggelse af reaktivering af lidelsen under graviditeten er vigtigt og en specialisopgave. Der bør henvises til specialafsnit for kvinder med en spiseforstyrrelse og eventuelt 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, præterm fødsel og for at føde et barn med lav 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 et barn med høj fødselsvægt i forhold til gestationsalderen samt øget risiko for forløsning ved sectio (Kimmel 2016, Linna 2014, Mitchell-Gieleg-hem 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 at fokusere sin 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

Personer med ADHD har hyppigt udviklet et skadeligt forbrug af rusmidler. Der findes derfor en overvægt af borgere med rusmiddelbrugsproblemer og dårlig social funktion, der kræver særlig opmærksomhed fra sundhedspersonalet. Da der er øget risiko for depression og angst ved ADHD, skal sundhedspersonalet være opmærksomt

på udvikling af symptomer på dette i løbet af graviditeten og efter fødslen.

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 eventuel fast centralstimulerende medicin, hvorved uhensigtsmæssig påvirkning af fostret undgås. Såfremt der er et samtidigt brug af rusmidler, skal der ske henvisning til regionens Familieambulatorie, jf. kap. 4.

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 fx depression og angst. Således har borgere med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse hyppigt andre personlighedsforstyrrelser som dependent eller histrionisk personlighedsforstyrrelse eller depression (70 %), spiseforstyrrelser (30 %) og rusmiddelproblematikker (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. Adfærd kan desuden være risikobetonet, fx ubeskyttet sex med mange partnere eller brug af nye og ukendte stoffer.

Den emotionelt ustabile, borderline type er præget af tydelig usikker og skiftende identitetsfølelse, der fører til manglende indre psykisk stabilitet og ustabile relationer til andre. Der kan være selvskade, fx

ved at skære sig selv i håndleddet eller brænde sig selv med cigaretter. Denne adfærd kan medføre stærke følelser og afstandstagen hos nogle sundhedspersoner, hvilket kan forhindre en professionel behandling.

Opsporing

Ustabilitet, tegn på selvskade, rusmiddelforbrug eller anden risikobetonet adfærd kan være advarselstegn. Hos nogle ses ganske kortvarige psykotiske episoder ("mikropsykoser").

Behandling

Hvis tilstanden medfører indskrænket funktionsevne, livskvalitet og evne til omsorg for sig selv, graviditeten eller barnet, bør det tværfaglige team involvere psykiatrien.

Obstetriske komplikationer

De obstetriske komplikationer er nævnt ovenfor, idet disse hovedsageligt afhænger af, om personlighedsforstyrrelsen medfører depression, spiseforstyrrelse eller skadeligt forbrug af alkohol eller stoffer.

14.4 Forældre, der mister et barn

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, som kræver særlig støtte fra de professionelle, der omgiver familien (Krosch 2017, Stroebe 2007, Kingdon 2015, Gold 2007).

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, herunder omfanget af samvær med og omsorg for det døde barn (Kingdon 2015), konkrete minder som fx hånd- og fodaftryk, inddragelse af familiemedlemmer og andet (Bakbakhi 2017, Ellis 2016, Stroebe 2005). En hel individuel tilgang og omsorg fra de professionelle er derfor nødvendig.

Inden forældrene forlader afdelingen, orienteres de om Forældre og Sorg – Landsforeningen Spædbarnsdød og andre muligheder for støtte. Med forældrenes samtykke orienteres praktiserende læge og sundhedsplejerske om forløbet hurtigst muligt, og forældrene oplyses

om, at besøg af sundhedsplejerske er en naturlig mulighed i forhold til sorgforløbet. 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 processen. Derudover tilbydes en lægesamtale, når der foreligger eventuelt obduktionssvar og andre prøvesvar, hvor betydningen for en mulig 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 obstetrikere og jordemoder med mulighed for eventuel viderebearbejdelse af oplevelsen med at miste et barn og opmærksomhed på tegn på kompliceret sorg. Parret støttes i at knytte kontakt til det ventede barn og forberede sig på den kommende fødsel (Bakhbakhi 2017, Lundorff 2017, Blackmore 2011, DeBackere 2008, Mills 2014).

Forældre, der får fjernet deres barn i forbindelse med fødslen, tilbydes støtte, jf. servicelovens bestemmelser.

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.
- Bakhbakhi 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.
- Bergstrom M (2013). Depressive symptoms in new first-time fathers: Associations with age, sociodemographic characteristics, and antenatal psychological well-being. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 40(1), 32-38.
- Blackmore ER et al (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry* 198(5): 373-378.
- 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 (2007). *Graviditetens Muligheder*. Hans Reitzels Forlag.
- Burt VK and Quezada V (2009). Mood disorders in women: focus on reproductive psychiatry in the 21st century--Motherisk update 2008. *Can J Clin Pharmacol* 16(1):e6-e14.
- Bågedahl-Strindlund M & Monsen Börjesson K (1998). Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatr Scand* 98(4): 272-5.

- Carlberg M et al (2018). Paternal Perinatal Depression Assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and Possible Risk Factors. *Am J Mens Health* 12(4):720-729. doi: 10.1177/1557988317749071.
- 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.
- Edward KL et al (2015). An integrative review of paternal depression. *American Journal of Men's Health*, 9(1) 26-34.
- 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.
- 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.
- Männistö T et al (2016). Maternal psychiatric disorders and risk of preterm birth. *Ann Epidemiol* 26(1):14-20. doi: 10.1016/j.annepidem.2015.09.009.
- 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-Gielegthem A et al (2002). Eating Disorders and Childbearing: Concealment and Consequences. *Birth* 29(3): 182-191.
- 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.
- O'Connor E et al (2016). Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women. Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 315(4):388-406. doi:10.1001/jama.2015.18948
- Paulson JF et Bazemore, SD (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA* 303(19): 1961-1969.
- Rosenberg og Videbech (2018). *Neuropsykiatri – fra molekyle til sygdom*. FADLs forlag.
- Ross LE et al (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry* 67(8):1285-98. doi: 10.4088/jcp.v67n0818.
- 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.
- Smith-Nielsen J et al (2018). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry*;18(1):393. doi: 10.1186/s12888-018-1965-7.
- Sodemann M (2019). Sårbar, det kan du selv være. Kan downloades på www.ouh.dk
- Stern D (2004). *Moderskabskonstellationen*. Hans Reitzels Forlag.
- Stroebe M et al (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet* 370(9603):1960-73.
- 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.
- Viguera AC et al (2011). Episodes of Mood Disorders in 2,252 Pregnancies and Postpartum Periods. *Am J Psychiatry* 168(11):1179-85.
- 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).
- Wen-Wang Rao et al (2020). Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *J Affect Disord* 263:491-499. doi: 10.1016/j.jad.2019.10.030.

Bilag 1

Relevant lovgivning vedr. sårbare og udsatte gravide/familier

Lovtekst er tilgængelig på www.retsinformation.dk

Tværfaglig gruppe

Med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov opretter kommunalbestyrelsen 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 (sundhedslovens § 123).

Underretningspligt

Personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunalbestyrelsen (jf. servicelovens § 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 kommende 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 barnets eller den unges kommunen.

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 kommende forældre (servicelovens § 11). Kommunerne skal desuden tilbyde forebyggende indsatser, fx familierettede indsatser eller lignende, 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 konkrete, afgrænsede sociale problemer, der ikke er så store eller komplekse, at der er behov for særlig støtte efter servicelovens § 52 (se nedenfor).

Børnefaglig undersøgelse

Hvis det vurderes, at der er et særligt behov for støtte til barnet, skal kommunen foretage en børnefaglig undersøgelse af barnet med henblik på at afdække barnets behov for særlig støtte (servicelovens § 50). Tilsvarende skal kommunen, hvor det må antages at der kan være behov for særlig støtte til barnet efter fødslen, undersøge de vordende forældres forhold, så vidt muligt i samarbejde med de vordende forældre, jf. servicelovens § 50, stk. 9.

Særlig støtte til børn og unge og deres familier efter serviceloven

Viser den børnefaglige undersøgelse et behov for særlig støtte til barnet eller de vordende forældre, skal kommunen 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.

Der kan ligeledes være tale om anbringelse af barnet uden for hjemmet efter servicelovens § 52, stk. 3, nr. 7. Afgørelse om anbringelse af et barn kan først træffes efter fødslen. Såfremt forældremyndighedsindehaveren ikke samtykker til en anbringelse, kan anbringelse efter servicelovens § 57 kun ske, hvis der er åbenbar risiko for, at barnets eller den unges sundhed eller udvikling lider alvorlig skade, f.eks. på grund af utilstrækkelig omsorg for barnet. Det er samtidig en betingelse, at der er begrundet formodning om, at problemerne ikke kan løses under barnets fortsatte ophold i hjemmet.

I forbindelse med en afgørelse om anbringelse af et barn uden for hjemmet, hvor det må antages, at barnets vil være anbragt i en længere årrække, skal kommunen efter reglerne i servicelovens § 68 d overveje, om hensynet til kontinuitet og stabilitet i barnets opvækst taler for, at barnet i stedet bliver adopteret.

Gravide med rusmiddelproblemer

Tilbud om rusmiddelbehandling med mulighed for tilbageholdelse

Kommunerne har pligt til at tilbyde gravide med et stofmisbrug – som tilbydes eller modtager døgnbehandling for deres stofmisbrug efter servicelovens § 107 – at de kan indgå kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse. Der er desuden krav om, at kommunerne også skal tilbyde gravide med et skadeligt forbrug af alkohol en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse.

Det er frivilligt for kvinden, om hun ønsker at tage imod tilbuddet og indgå en kontrakt om tilbageholdelse. Indgår den gravide med en rusmiddelproblematik 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 fostret. Formålet med reglerne er at støtte den gravide i at fastholde behandlingen og hindre, at fostret skades.

Reglerne om tilbageholdelse er fastsat i sundhedslovens §§ 141 b til 141 g og i lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling (LBK nr. 972 af 08/08/2017).

I forhold til tilbageholdelse af gravide med et stofmisbrug efter lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling henvises til kapitel 7 i vejledning nr. 9449 af 29/06/2020 om behandlingstilbud på det sociale stofmisbrugsområde m.v.

Endvidere henvises til de til enhver 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
 Ingen

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
 Husker ikke/ved ikke

Hvor langt henne i graviditeten var du ved disse lejligheder?

Sæt x ved den eller de uger, hvor du drak 5 genstande eller mere ved en enkelt lejlighed.

Uge

Uge 1 starter ved sidste menstruations første dag.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Alle gravide udspørges systematisk om deres alkoholforbrug ved første graviditetskonsultation med ovenstående spørgeguide.

Ved bekymring eller mistanke om et problematisk alkoholforbrug, suppleres med nedenstående TWEAK-screeningsguide. TWEAK er et valideret screeningsredskab til afdækning af problematisk alkoholforbrug hos gravide. TWEAK står for: Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia, Cut-down.

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
2. **Har nogen i din familie eller nogen af dine nære venner været bekymrede over eller beklaget sig over dit alkoholforbrug inden for det seneste år?**
 Ja Nej
 3. **Starter du somme tider dagen med en lille en?**
 Ja Nej
 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 Nej
 5. **Føler du somme tider trang til at skære ned på dit alkoholforbrug?**
 Ja Nej

TWEAK screeningsguide – pointgivning

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 Positiv TWEAK test med score ≥ 2	Henvisning til regionalt familieambulatorium, evt. akut 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 eller den socialpædiatriske enhed.

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, sammen-syning 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. l. 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 anbefalinger

- Sundhedsstyrelsen vurderer, at kvindelig omskæring er en mutilerende operation, og at der aldrig vil være indikation for at udføre den. Derfor henstiller Sundhedsstyrelsen til, at danske læger ikke foretager kvindelig omskæring (Sundhedsstyrelsen 1981 og 1999).
- Sundhedsstyrelsen fraråder reinfibulation (Sundhedsstyrelsen 2014).
- Sundhedspersonale skal informere om det sundhedsskadelige ved omskæring og om, at det ifølge dansk lovgivning er forbudt at omskære piger/kvinder.

Følgenvirkninger af omskæring

Ud over de akutte komplikationer i form af blødning, infektion og ultimativt død er der 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
- Dysmenorré
- 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 Apgar score 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 og 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, der er omskåret, skal henvises til obstetrisk specialafdeling.
- Hvis kvinden ikke taler og forstår dansk, anbefales deltagelse af en uddannet kvindelig tolk.
- Den gravide infibulerede kvinde bør følges af jordemoder eller læge med særlig viden og interesse for problemstillingen.
- Det er væsentligt at tale med kvinden om omskæring, de gener, det kan medføre, 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.
- Behov for åbning vurderes, og kvinden informeres om de muligheder, der findes for åbning før eller under fødslen og om de forandringer og fordele, som åbningen medfører..
- Kvinden/parret informeres om, at kvindelig omskæring er forbudt ifølge dansk lovgivning, og at reinfibulation (dvs. sammensyning af en allerede omskåret kvinde efter en fødsel) frarådes.
- Der kan vises tegninger af før og efter og af de anatomiske forhold hos henholdsvis infibulerede og ikke-infibulerede kvinder.
- Der bør være særlig opmærksomhed på urinvejsinfektion pga. den øgede forekomst af urinretention efter FGM.
- Der udarbejdes en plan for fødslen omfattende aftale for bedøvelse og åbning af infibulation.

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.

Efter fødslen

- Fødselens forløb tales igennem med parret, og informationen om de anatomiske forandringer gentages.
- Parret informeres om det sundhedsskadelige ved omskæring og om, at det ifølge dansk lovgivning er forbudt at omskære piger/kvinder.
- Med kvindens tilladelse informeres praktiserende læge og sundhedsplejerske om kvindens ændrede anatomiske forhold, og at der er talt omskæring med parret, samt at det er oplyst, at omskæring af piger er ulovligt i Danmark. Sundhedsplejersken anmodes om at følge op efter 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). Skærpe 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 heller ikke 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 inden for få minutter, og at man – 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 centimeter fri af albuebøjningen.

Ved overarmsomkreds på 22 til 26 cm (måles midt på overarm), bør man bruge manchet størrelse small (S). Ved overarmsomkreds på 27 til 34 cm, bør man bruge størrelse medium (M), og ved overarmsomkreds på 32-45 cm bør man bruge stor (L) manchetstørrelse.

En for lille manchet kan give et falsk forhøjet BT og en for stor manchet 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 hjemme-blodtryksapparater hos gravide, men implementeringen af hjemme- blodtryksapparater 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 Hypertensionselskab. 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)¹⁷

Marker det svar, der bedst beskriver dine symptomer de sidste 24 timer:

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)	
Sum					

2. Hvor mange gange har du kastet op i løbet af de sidste 24 timer?					
Ingen	1-2 gange	3-4 gange	5-6 gange	≥ 7 gange	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Sum					

3. Har du haft opkastningsbevægelser (uden at der kom 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)	
Sum					

SAMLET SUM					

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

17 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

Klinisk undersøgelse for medfødt hofte luksation

Prævalensen af medfødt hofte luksation og hofte dysplasi er i Danmark 3-5 pr. 1000 nyfødte.

Den kliniske undersøgelse af nyfødte for hofte luksation omfatter undersøgelse for Ortolanis og Barlows tegn, som beskrevet nedenfor, samt om der er fri, egal bevægelighed af hofterne.

Der skal være særlig opmærksomhed på børn med øget risiko for hofte luksation og dysplasi, dvs. børn født i sædestilling, familiær disposition i første led og børn med medfødte ekstremitetsdeformiteter.

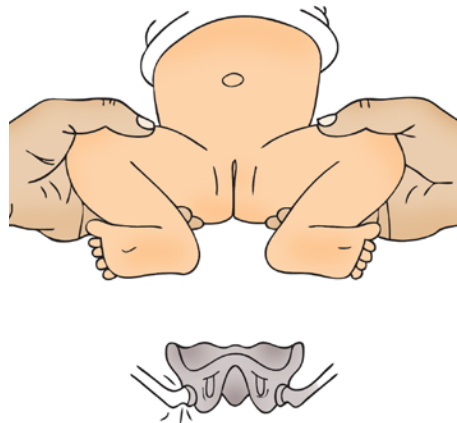
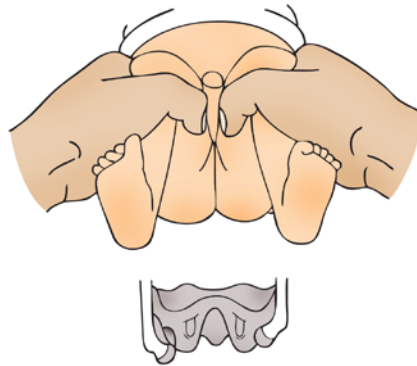
Undersøgelse for ORTOLANIS TEGN

Ortolanis tegn er kun positivt, hvis hoften spontant ligger ude af led og ved undersøgelsen bringes på plads i acetabulum.

Med barnet i rygleje flekteres hoften 90 grader og adduceres 10 grader.

Med 2.-4.finger placeret over trochanter og med tomten medialt på låret abduceres hoften evt. med et let tryk opad på trochanter.

Mærkes herved et "klunk" – en smuttende fornemmelse – hvor en lukseret hofte reponeres, er Ortolanis tegn positivt. Der er ikke tale om et hørbart klik.



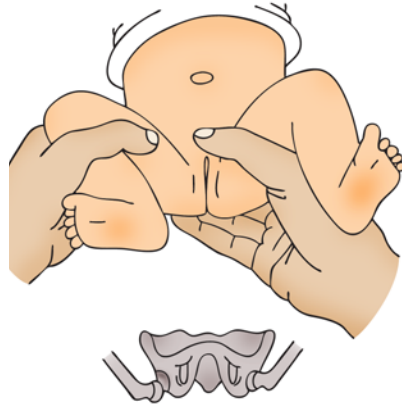
Undersøgelse for BARLOWS TEGN

Barlows tegn er positivt, hvis hoften spontant er på plads, men kan sublukseres eller helt lukseres.

Manøvrens udgangspunkt er det samme som ved undersøgelse for Ortolanis tegn.

Med flekterede og adducerede hofter udøves et tryk bagud i femurs længderetning.

Herefter abduceres hofterne langsomt, og er en hofte lukserbar, mærkes en smuttende fornemmelse, når den kommer på plads igen.



Bilag 7

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, 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, ph. d. Anne-Mette Schroll, Jordemoderforeningen
- Afdelingsjordemoder Charlotte Sander Andersen, Jordemoderforeningen
- Konsultationssygeplejerske Charlotte Villadsen, Det Faglige Selskab for Konsultationssygeplejersker
- Ledende overlæge, ph.d. 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 2016-2018, 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., formand for DSOG 2018-2020, 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, ph.d. 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 Hjermind, Det Faglige Selskab for Konsultationssygeplejersker

Fra Sundhedsstyrelsen

- Overlæge, ph.d. Christine Brot (formand)
- Sundhedsplejerske, MSP, IBCLC Annette Poulsen
- Uddannelseslæge Rikke Hinge Carlsson
- Afdelingslæge Jan Utzon
- Chefjordemoder Heidi Astrup Fischer, Sundhedsstyrelsens sagkyndige jordemoder
- Overlæge, dr.med. Kresten Rubeck Petersen, Sundhedsstyrelsens sagkyndige i gynækologi og obstetrik
- Overlæge Mia Bjerager, Sundhedsstyrelsens sagkyndige i pædiatri
- Praktiserende læge, lektor Bo Christensen, Sundhedsstyrelsens sagkyndige i almen praksis
- Professor, overlæge Poul Videbech, Sundhedsstyrelsens sagkyndige i psykiatri

Andre bidragsydere

- Postdoc, læge, Louise Mølenberg Begtrup
- Professor, overlæge, dr.med. Peter Damm
- Chefjordemoder, MPA Lisbet Hammer
- Seniorforsker, jordemoder, ph.d. Hanne Kristine Hegaard
- Lektor, jordemoder, MPH, ph.d. Dorte Hvidtjørn
- Professor, 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
- Læge, ph.d. stud. Nete Lundager Rausgaard
- Professor, dr.med. Niels Uldbjerg
- Overlæge ph.d. Rikke Beck Helmig
- Overlæge ph.d. Marianne Johansen
- Overlæge, ph.d. Thomas Bergholt
- Overlæge, ph.d. Christina Vinter
- Overlæge, ph.d. Morten Dziegel
- Overlæge, dr.med. Kristina Renault
- Professor, overlæge, dr.med. Henrik Birgens
- Overlæge, dr.med. Andreas Glenthøj
- Professor, dr.med., Anne-Marie Nybo Andersen
- Professor, klinikchef, dr.med. Søren Ziebe

Forkortelser

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder

AN: Anorexia Nervosa

BED: Binge Eating Disorder

BMI: Body Mass Index

BN: Bulimia Nervosa

BS: Blodsukker

BT: Blodtryk

CMV: Cytomegalovirus

CPO: Carbapenemase-Producerende Organismer (bakterier, som er modstandsdygtige over for en række antibiotika)

CRP: C-Reaktivt Protein (plasmaprotein)

CTG: Cardiotocografi

DAT: Direkte Antiglobulin Test

DCCT: Diabetes Control and Complications Trial

DDV: Det Danske Vaccinationsregister

DHA og EPA: Langkædede omega-3 fedtsyrer

DSOG: Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

DTP-vaccination: difteri, stivkrampe og kighoste

EAACI: Det Europæiske Selskab for Allergologi

ESPGHAN: European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition

FAS: Fetal Alcohol Syndrom

FASD: Fetal Alcohol Spectrum Disorders

FMK: Fælles Medicinkort

GA: Gestationsalder

GBS: Gruppe B-Streptokokker

GDM: Gestationel Diabetes Mellitus

GKO: Graviditetskvalme og Opkastninger

GU: Gynækologisk Undersøgelse

HBV: Hepatitis B

HCV: Hepatitis C

HELLP: Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets

HG: Hyperemesis Gravidarum

IUGR: Intrauterine Growth Retardation

IUI: Inseminationsbehandling

IVF: In Vitro Fertilisation

MCH: Middelcelle Hæmoglobin

MCV: Erytrocyt Middelcellevolumen

MMR: Maternal Mortalitetsrate

MRSA: Methicillin Resistente Staphylococcus Aureus (stafylokokker, som er modstandsdygtige over for en række antibiotika)

OCD: Obsessive Compulsive Disorder

OGTT: Oral Glukosebelastningstest

PCO: Polycystisk Ovarie

PCOS: Polycystisk Ovariesyndrom

PTSD: Post Traumatic Stress Disorder

PUQE: Pregnancy Unique Quantification of Emesis and Nausea-score

SBE: Standard Base Excess

SF: Symfyse-Fundus-mål

SGA: Små for Gestationsalder

SM: Sidste Menstruation

UL: Ultralyd

ULS: Ultralydsscanning

VBA: Very Brief Advice

VZIG: Varicella Zoster Immunglobulin (indholdsstof i skoldkoppevaccine)

VZV: Varicella-Zoster Virus

Register

f efter sidetal betyder "og følgende side".

ff efter sidetal betyder "og flere følgende sider".

2.-3.-dag efter fødsel [262](#), [265](#), [270](#)

4.-5.- dag efter fødsel [263](#), [267](#), [270](#)

8-ugers-undersøgelse [43](#)

A

Abstinenssymptomer [117](#)

ADHD [285](#)

Afføring [254](#), [259](#), [261f](#), [270](#), [284](#)

Afnavling [229ff](#)

Aktiv fødsel [218f](#), [233](#)

Akut belastningsreaktion [276](#)

Alkoholforbrug [57](#), [59](#), [81](#), [114ff](#), [291ff](#),
[294ff](#)

Allergi [96](#), [247ff](#)

Almen praksis [28](#), [32](#), [34](#), [41](#), [47](#), [53](#), [56f](#),
[61f](#), [64f](#), [70](#), [82](#), [269](#)

Ambulant fødsel [18](#), [148](#), [186](#)

Amning [64](#), [70](#), [231](#), [255ff](#)

AN [284](#)

Anden etnisk baggrund [23](#), [86ff](#), [128](#), [141](#)

Angst [281](#)

Anmeldelse af fødsel [241](#)

Anorexi [284](#)

Ansvarsfordeling [32ff](#)

Anti-D immunoglobulin [64](#), [137ff](#)

Anæmi [134ff](#)

Apgar score [238](#), [240](#), [299](#)

Arbejds miljø [63](#), [104](#), [111](#)
belastninger [105](#)

Asymptomatisk bakteriuri [155](#), [160](#)

A-vitamin [96](#)

B

B12-vitamin [99](#)

Bakteriel vaginose [156](#)

Bakteriuri [127](#)

Barlows tegn [306](#)

Barnedrab [278](#), [282](#)

Barnets ernæring [255ff](#)

kompetencer [239](#)

omstilling [254](#)

trivsel [254](#)

Barsel [253ff](#)

Barselsperiode [36ff](#)

Basistilbud efter udskrivelse [261](#), [267](#),
[270](#)

BED [284](#)

Belastningsreaktioner [274ff](#)

Bipolar sindslidelse [280](#)

Blodtryk [126](#), [194ff](#)

Blodtryksmåling [302](#)

Blodtype-immunisering [250](#)

Blødning i graviditeten [184ff](#)
hos nyfødte [240](#),

Blødningsprofylakse [230](#)

BMI [100](#), [125](#), [203](#)

BN [284](#)

Bristning [224](#)

Brystbetændelse [263](#), [267](#)

Bulimi [284](#)

Bækkenbundstræning [100](#), [102](#), [212](#), [266](#)

Bækkensmerter [197](#)

Bækkenvurdering [128](#)

Børnefaglig undersøgelse [292](#)

C

Calcium [98](#)

Celleprøve (smear) [71](#), [132](#)

COVID [148](#), [156](#)

CTG [222f](#)

Cystis [179](#)

Cytomegalovirus [158](#)

D

De officielle Kostråd [94ff](#)

Deguefeber [158](#)

Diabetes [13](#), [191ff](#)
Differentieret indsats [10](#), [15](#), [28](#), [30](#), [50](#)
Digital journal [39](#)
Doptone [222](#)
D-vitamin [56](#), [94](#), [98](#)
Dødelighed [20ff](#)
Dødt barn [265](#), [287](#)

E

E-Boks [80](#)
E-cigaretter [111](#)
Efter fødsel [213](#), [229](#), [239](#), [260](#)
 undersøgelse af barn [238](#)
 almen praksis [269ff](#)
Efter udskrivning [37](#)
Efterfødselsplan [258](#)
Efterfødselssamtale [262](#), [265ff](#)
Efterveer [254f](#)
Eksposition for smitte [150](#), [154](#)
Essentiel hypertension [194](#)
Etableringsbesøg [268](#)
Euforiserende stoffer [117](#)
Evidensbaseret indsats [11](#), [16](#)
Excision [298](#)

F

Faderen/partnerens rolle [64](#), [86ff](#), [213](#)
Faggrupper [34](#)
Familieambulatorium [32](#), [57](#)
Familiencentreret omsorg [11](#), [47](#)
Familedannelse [255](#)
Familiorienteret rådgivning [292](#)
Familioperspektiv [13](#)
FASD [115](#)
Fertilitet [44](#)
Fisk [94](#)
Fiskeolie tilskud [94](#)
Flerfoldsfødsel [20](#), [148](#)
Flerfoldsgravitet [187](#)
Flergangsforældre [259](#), [261](#)
Folsyre [98](#)
For tidlig fødsel [20](#), [34](#), [112](#), [188](#)
Forandringer i graviditeten [59](#)
Forliggende moderkage [185](#)
Fornægtet graviditet [90](#)
Fosterbevægelser [131](#), [200](#)
Fosterovervågning [222](#)
Fosterprogrammering [12](#), [42](#)
Fosterstilling [128](#), [130](#)
Fostervækst [129](#)
Frit sygehusvalg [29](#)
Fysisk aktivitet [100ff](#)
Fælles beslutningstagen [16](#)
Færdighedstræning (personale) [233](#)

Fødeafdelings opgaver [38](#), [51](#), [90](#), [212](#),
[218ff](#), [224](#), [233](#), [238](#), [242f](#), [250](#), [253](#),
[260ff](#)
Fødested [53](#)
 henvisning [58](#)
Fødsel [216ff](#)
Fødselsanmeldelse [241](#)
Fødselsdepression [24](#), [63](#), [71](#), [269](#), [277ff](#)
Fødselsforberedelse [52](#), [81](#), [209ff](#)
Fødselsoplevelse ved kejsersnit [228](#)
Fødselsvægt [19](#)
Følgeordning [80](#)
Første jordemoderkons. [46](#), [58](#)
Første lægekons. [56ff](#)
Førstegangsførelde [209](#), [259](#), [261](#)
Føtal programmering [12](#)
Føtal alkoholsyndrom [115](#)

G

Galdevejsatresi, opsporing [246](#)
Genoplivning [251](#)
Gentagne aborter [102](#)
Gestationel diabetes [13](#), [191ff](#)
Gestationel hypertension [194](#)
Glucosuri [127](#)
Gonoré [159](#)
Graviditas prolongata [201](#)
Graviditetsgener [59](#), [63](#)
Graviditetskløe [199](#)
Graviditetskalve [186](#)
Graviditetsmappe [40](#)
Grundforløb [30](#), [41](#), [45ff](#), [53](#), [77ff](#)
Grundniveau [42](#), [78](#)
Gruppe B-streptokokker [62](#), [248](#), [160](#)
Gruppekonsultation [51](#)
Gulsot [70](#), [189](#), [244ff](#), [254](#), [262ff](#), [267](#), [270](#)
Gynækologisk undersøgelse [70f](#), [127](#)

H

Haresyge [177](#)
Helhedsorienteret [10](#)
Henvisning til grundforløb [47](#)
 til obstetrisk afd. [48](#), [69](#)
 til rygestop [113](#)
Hepatitis [147](#), [151ff](#), [161ff](#)
Hepatitis B-vaccination [147](#), [153](#), [162](#), [249](#)
Herpes simplex virus [163](#)
Hiv-infektion [164](#)
Hjemløse [92](#)
Hjemmebesøg [52](#), [79](#), [263](#), [267](#)
Hjemmefødsel [18](#), [38](#), [233](#)
Hjerte-kar-sygdom [13](#), [166](#), [203](#)
Hofteluksation [305](#)

Hud mod hud [46](#), [64](#), [213](#), [228](#), [231](#), [238](#),
[256](#), [273](#)
Humørsvingninger [61](#), [63](#), [255](#)
Hygiejne [149](#)
Hyperemesis gravidarum [186](#)
Hypertensive tilstande [194ff](#)
Hypoglykæmi hos nyfødt [243](#)
Hæmoglobin [135](#)
Hæmoglobinopati [141](#)
Højt hydrolyseret
modermælkserstatning [247](#)
Hørescreening [242](#)

I

Icterus [70](#), [189](#), [244ff](#), [254](#), [262ff](#), [267](#), [270](#)
Igangsættelse [50](#), [69](#), [198](#), [201f](#), [212](#), [223](#),
[226](#)
Incest [84](#)
Inddragelse [11](#), [15](#), [47](#), [217](#), [256](#)
Indhold i konsultationer [54ff](#)
Individuel konsultation [51](#)
Individuelle forløb [32](#), [50ff](#), [81](#)
Infektioner [13](#), [146ff](#)
Infibulation [298](#)
Influenza [148](#)
Influenza-vaccination [166](#)
Ingefær [97](#)
Inkontinens [101](#)
Instrumentel forløsning [225](#)
Intervention, v. alkoholforbrug [296](#)
Intrauterin infektion [248](#)
Involvering [11](#), [15](#), [47](#), [217](#), [256](#)
Irregulære antistoffer [250](#)

J

Jern [98](#)
Jernstatus [135](#)
Jerntilskud [134ff](#)
Jordemoder [34](#)
Jordemoderkons. (uge 35-36) [46](#), [58](#)
(uge 21) [60](#)
(uge 29) [63](#)
(uge 35-36) [65](#)
(uge 37) [67](#)
(uge 39) [68](#)
(uge 41) [68](#)

K

Kejsersnit [19](#), [225ff](#)
Kejsersnit på mors ønske [227](#)
Kemikalier [107](#), [112](#)
Kighoste [148](#), [151](#)
Klamydia [167](#)

Klinisk fosterskøn [130](#)
Klinisk opfølgning [262](#)
Klitoridektomi [298](#)
Kløe [199](#)
Koffein [96](#)
Kognitiv funktionsnedsættelse [91](#)
Kommunal sundhedstjeneste [24](#), [36ff](#),
[53](#), [82](#), [209](#), [233](#), [241](#), [258](#), [260](#), [263](#),
[267f](#)
Kommunikationsredskaber [39](#), [80](#)
Komplicerede forløb [263](#), [265](#)
Konsultationstyper [51](#)
Kontakt til kommune [77](#)
Kontinuitet i forløb [79](#)
Koordinering [32ff](#), [77](#)
Kopforløsning [225](#)
Kort uddannelse [88](#)
Kost [94ff](#)
Kosttilskud [57](#), [94ff](#)
Kulturforskelle [86](#)
Kvalme [186](#), [304](#)
Kvindelig omskæring [298](#)
K-vitamin [229](#), [231](#), [240f](#)

L

Lakrids [97](#)
Latensfase [218](#)
Ledighed [88](#)
Lighed [10](#), [15](#), [88](#)
Listeriose [168](#)
Livsbetingelser [12](#)
Livsstil [57](#), [59](#), [94ff](#)
Lungeinfektioner [166ff](#)
Lussingesyge [171](#)
Lægekonsultation, første [56ff](#)
(uge 25) [61](#)
(uge 32) [64](#)
(2.-3. dagen) [70](#)
(efter 8 uger) [70](#)
Lægemidler [108ff](#)
Lændesmerter [197](#)

M

Malaria [169](#)
Medfødt hofteluksation [305](#)
Medicin og graviditet [108ff](#)
Medicinske problemstillinger [44](#)
Medinddragelse [10](#)
Meningitis [151](#), [248](#)
Mentalt helbred [44](#), [71](#), [272ff](#)
MFR-vaccination [147f](#), [152](#)
Migranter [23](#), [86ff](#), [128](#), [141ff](#)
Mindre liv [63f](#), [200](#)

Misdannelser [21](#), [24](#), [88](#)
Miste et barn [287](#)
Mors alder [18](#), [20](#), [44](#)
Motion [100ff](#)
MRSA [170](#)
Mælkeproduktion [256](#)
Mæslinger [151](#)
Mødredødelighed [22](#)
Mødregruppe [24](#), [273](#)
Måling af blodtryk [302](#)

N

Nægeles regel [122](#)
Narkotika [117](#)
Natarbejde [105](#)
Navlesnorsblodprøve [250](#)
Navlesnors-pH [240](#)
Neonatal dødelighed [21](#), [24](#)
Neonatal infektion [248](#)
Netværksmøde [80](#)
Nikotinsubstitution [111](#)
Niveau (3 og 4) [35](#), [48](#), [53](#), [58](#), [73](#), [75f](#), [79](#),
[253](#), [258](#), [261](#), [266](#), [269](#)
Niveaudelt svangreomsorg (1-4) [30](#), [48f](#),
[73](#)
Normalvægt [123ff](#)

O

Obstetrisk afdeling [48](#), [76](#)
OCD [282](#)
Officielle kostråd [94ff](#)
Omega-3 fedtsyrer [94](#)
Omskæring [298](#)
Omsorg [73](#)
Omstilling [256](#)
Organisering [29](#), [36ff](#)
Ortolanis tegn [305](#)
Overbårenhed [201](#)
Overgangskost [247](#)
Oversigt over kontakter [55](#)
Overvægt [12](#), [123ff](#), [202ff](#)
Overvågning af foster [222](#)

P

Parvovirus [171](#)
Passiv rygning [111](#)
Patientoplysninger [48](#)
Perinatal dødelighed [21](#), [24](#)
Personlighedsforstyrrelse [286](#)
Placenta prævia [185](#)
Placentaløsning [185](#)
Plukkeveer [189](#)
Pneumoni [166ff](#)

Post-eksposure profylakse [150](#)
Praktiserende læge [28](#), [32](#), [34](#), [41](#), [47](#), [53](#),
[56f](#), [61f](#), [64f](#), [70](#), [82](#), [269](#)
Primær visitation [48](#)
Prolongeret icterus [245](#)
Proteinuri [127](#)
Præeklamsi [194ff](#), [259](#)
Prækonceptionel rådgivning [34](#), [41ff](#)
Præterm fødsel [20](#), [125](#), [148](#), [188](#)
Psykisk udvikling [274ff](#)
Psyriske lidelser [31](#), [272](#)
PTSD [282](#)
PUQE-score [304](#)
Pyelonefrit [179](#)

Q

Q-feber [172](#)

R

Reproduktiv sundhed [22](#)
Restitution efter fødsel [71](#), [254](#)
Rh-d-immunisering [137ff](#)
Rhesus profylakse [62](#), [64](#), [137ff](#), [250](#)
Risikofaktorer [20](#), [22](#), [94ff](#), [104ff](#), [123](#), [135](#),
[146ff](#)
Rubella [146](#), [173](#)
Rusmiddelforbrug [81ff](#), [114ff](#), [293ff](#)
Rygestopmedicin [111](#)
Rygning [19](#), [59](#), [111ff](#)
Røde hunde [146](#), [173](#)

S

Samarbejde med forældre [15](#)
Samtale efter fødsel [262](#), [265](#)
Scalp-pH [222](#)
Scanning [122](#)
Screening af nyfødte [241ff](#)
Screening for infektioner [151ff](#), [162](#)
Seksualitet [103](#)
Seksuelle overgreb [84](#)
Seksuelt overførbare sygdomme [147](#),
[151ff](#), [159](#), [161](#), [163](#), [176](#)
Sekundær visitation [48](#)
Self-efficacy [61](#), [210](#), [256](#)
Selvmordsrisiko [278](#)
Serum-bilirubin [245](#)
Skadelige miljøstoffer [107](#)
Skizofreni [282](#)
Skoldkopper [146](#), [151](#), [174](#)
Smear (celleprøve) [71](#), [132](#)
Smertelindring [220](#), [224](#)
Smerter [197](#)
Smitsomme sygdomme [146ff](#)

forebyggelse [146ff](#)
screening [151ff](#)
vaccination [148](#)
Sms [80](#)
Snus [111](#)
Social ulighed [22](#)
Sociale medier [80](#)
Socialt udsatte [73ff](#), [81](#)
Somatiske lidelser [31](#)
Specialeplanlægning [29](#)
Speciallæge [35](#)
Sphincterruptur [224](#)
Spiseforstyrrelse [283ff](#)
Spørgeguide, alkohol [294](#)
STAN [222](#)
Støtteordning [80](#)
Sundhedsfremme [43](#)
Sundhedskompetence [15](#), [22](#)
Sundhedsplaner [29](#)
Sundhedsplejerske [24](#), [35ff](#), [38](#), [53](#), [82](#),
[209](#), [233](#), [241](#), [258](#), [260](#), [263](#), [267f](#)
Suturering [224](#), [232](#)
Svangerskabsjournal [39](#), [48](#)
Syfilis [176](#)
Sygemelding [63](#), [104](#)
Symfyse-fundus-mål [128ff](#)
Særlig støtte, lovgivning [292](#)
Sårbare [31](#), [73ff](#), [273](#), [291ff](#)

T

Tegnbloodning [185](#)
Telemedicin [52](#)
Terminsfastsættelse [122ff](#), [201](#)
Tidlig opsporing [46](#)
Tidligere kejsersnit [226](#)
Tilbageholdelse [293](#)
Tilbud til fædre/partnere [14](#)
Tilknytning [13](#), [73](#), [272](#), [275](#)
Tilpasningsreaktion [276f](#)
Tilvækst, fosters [128ff](#)
Torturofre [84](#)
Toxoplasmose [177](#)
Traumer [23](#)
Trimestre [54](#)
Trombofili [143](#)
Træstetoskop [222](#)
Tungebånd [263](#)
Tværfaglighed [32ff](#), [74](#), [78ff](#), [291](#)
Tværsektorielt samarbejde [32](#), [74](#), [77](#)
TWEAK screeningsguide [295](#)
Type 2-diabetes [12](#), [13](#), [19](#), [192](#)

U

Uddrivningsfase [219](#)
Udflåd [189](#)
Udlandsrejse [147](#), [150](#), [154](#), [180](#)
Udskrivning [37](#), [258ff](#)
Udvidet tilbud [30](#), [31](#)
Udvikling i fødselstal [17](#)
Udviklingshæmmede forældre [91](#)
Udviklingsniveau [29](#), [32](#), [42](#), [78](#)
Uerkendt graviditet [90](#)
Ulighed i sundhed [73](#)
Ultralød [122](#), [130](#), [201](#)
Underretningspligt [32](#), [74](#), [291](#)
Undersøgelse af nyfødt [238ff](#)
Undersøgelser, ved jordemoder [59](#), [61](#),
[64](#), [66](#), [67](#), [68](#), [69](#)
ved prakt. læge [56](#), [62](#), [65](#), [70](#)
Undervægt [125](#)
Unge forældre [89](#)
Upasteuriseret mælk [168](#)
Urininkontinens [71](#), [101f](#), [254](#), [262](#)
Urin-undersøgelse [62](#), [126](#), [155](#), [160](#), [179](#)
Urinvejsinfektion [179](#)
Uønsket enlig [89](#)

V

Vaccinationer [147ff](#), [166](#)
Vaginal fødsel [218](#)
Vaginaleksploration [127](#)
Valg af fødested [35](#)
Vandafgang [189](#)
Vandrejournal [39](#)
Varicella [146](#), [151](#), [174](#)
Vejning [123](#)
Very Brief Advice [113](#)
Vestimulation [223](#)
Videokonsultation [52](#)
Visitation til forløb [48](#)
Vitamin- og mineraltilskud [99](#)
Voldsramte [83](#)
Vurdering af helbred [57](#)
Vægtudvikling [123ff](#), [128](#)

Z

Zikavirus [180](#)

Å

Åben konsultation [51](#)
Åben rådgivning [261](#)
Åbent hus-arrangement [52](#)

Svangreomsorg 2021 med ændringer i 2022

Ændringer af betydning siden forrige udgave af *Anbefalinger for svangreomsorgen* (3. udgave):

Side 53, figur 3.2 Struktur for svangreomsorgen:

Her er sidste linje i første spalte rettet til:

"Etableringsbesøg senest 7 dage efter udskrivelse, hvis indlagt længere end 72 timer".

Side 132, afsnit 6.7 Celleprøve fra livmoderhalsen (smear): Screening for livmoderhalskræft tilbydes enten prækonceptionelt eller i forbindelse med 8-ugers-undersøgelsen efter graviditeten. Ikke under graviditet.

Gennemgående: "Overvægtige gravide" er rettet til "gravide med overvægt" e.l. for at minimere stigmatisering.

Anbefalinger for svangreomsorgen

© Sundhedsstyrelsen, 2022

Du kan frit referere teksten i publikationen, hvis du tydeligt gør opmærksom på, at teksten kommer fra Sundhedsstyrelsen.

Det er ikke tilladt at genbruge billeder fra publikationen.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
sundhedsstyrelsen.dk

Emneord:
Graviditet, svangreomsorg, fødsler, anbefalinger

Sprog:
Dansk

Version:
4. udgave, 1. oplag, 2022

Versionsdato:
August 2021

Udgivet af Sundhedsstyrelsen 2022

ISBN elektronisk: 978-87-7014-474-2
ISBN trykt: 978-87-7014-376-9

Forlagsredaktion:
Komiteen for Sundhedsoplysning

Grafisk tilrettelæggelse:
Peter Dyrvig Grafisk Design

Illustrationer:
Joachim Rode, iStock; Teraphim, Lars Møller/
Sportsagency.dk, anjofoto.dk, Heidi Maxmiling

Bogen kan bestilles på
www.kfsbutik.dk

 Komiteen for Sundhedsoplysning

Anbefalinger for svangreomsorgen

Anbefalingerne henvender sig bredt til sundhedspersonale – især praktiserende læger, jordemødre, obstetrikere, sundhedsplejersker og personale på barselsafdelinger samt til sundhedsfaglige ledere, administratorer og beslutningstagere.

Bogen giver en detaljeret beskrivelse af konsultationsarbejdet fra første graviditetsundersøgelse til undersøgelsen af moderen 8 uger efter fødslen. Her tilstræbes det, at første jordemoderkonsultation afholdes inden udgang af 1. trimester mhp. bedre muligheder for sundhedsfremme og tidlig opsporing.

Anbefalinger for svangreomsorgen har fokus på øget fleksibilitet og differentiering i forhold til den enkeltes behov samt på forældre- og fødselsforberedelse i små hold. Der lægges desuden vægt på, at forældrene har mulighed for at få støtte og rådgivning i den første tid efter fødslen, uanset om de er hjemme eller på en barselsafdeling. Bogen er udvidet med nye afsnit om bl.a. skjult graviditet, psykiatriske lidelser og COVID-19-vaccination af gravide.

Fra bogens indhold:

- Tilrettelæggelse og tværfagligt samarbejde
- Kontakter før, under og efter graviditet
- Sårbare og socialt udsatte gravide
- Levevis og risikofaktorer
- Undersøgelse og vurdering af den gravide
- Obstetriske problemstillinger
- Fødsel og barsel
- Observation og behandling af den nyfødte
- Psykologiske aspekter.

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●