

# Udkast til Fødeplan

<b>0</b>	<b>Anbefalinger</b>	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Læsevejledning</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Indledning</b>	<b>11</b>
2.1	<i>Sundhedslovens bestemmelser på området</i>	11
2.2	<i>Formål og principper for svangreomsorgen</i>	12
<b>3</b>	<b>Baggrund for og indhold i Fødeplan for Region Syddanmark</b>	<b>14</b>
3.1	<i>Sundhedsstyrelsens anbefalinger og tilbuddene i Region Syddanmark</i>	14
3.2	<i>Fremadrettede opgaver og aktiviteter</i>	21
<b>4</b>	<b>Svangreomsorgens udfordringer</b>	<b>28</b>
4.1	<i>Social ulighed i sundhed</i>	28
4.2	<i>Den overvægtige gravide</i>	28
4.3	<i>Tobak</i>	29
4.4	<i>For tidlig fødsel</i>	29
4.5	<i>Intrauterin væksthæmning</i>	30
4.6	<i>Medfødt misdannelse</i>	30
<b>5</b>	<b>Fødesteder, svangreambulatorier og jordemoderkonsultationer i Region Syddanmark</b>	<b>31</b>
5.1	<i>Sundhedsstyrelsens specialevejledning</i>	31
5.2	<i>Valg af fødested</i>	32
5.3	<i>Hjemmefødsler</i>	32
5.4	<i>Fødsel på Sygehus</i>	33
5.4.1	<i>Fødestederne – det lægelige tilbud med mere</i>	33
5.4.2	<i>Beskrivelse af fødestedernes fysiske rammer i forbindelse med indlæggelse i barselperioden</i>	34
5.5	<i>Fødesteder og svangreambulatorier – adresser og telefonnumre</i>	34
5.6	<i>Jordemoderkonsultationer - adresser og telefonnumre</i>	36
<b>6</b>	<b>Visitation, samarbejde og kommunikation</b>	<b>39</b>
6.1	<i>Visitation</i>	39
6.1.1	<i>Primær visitation</i>	39
6.1.2	<i>Sekundær visitation</i>	40
6.2	<i>Fagpersonernes ansvar og roller, herunder inddragelse af andre samarbejdspartnere</i>	41
6.3	<i>Kommunikation og samarbejde, herunder udveksling af informationer</i>	41
6.3.1	<i>I graviditeten</i>	41
6.3.2	<i>Fødslen</i>	42
6.3.3	<i>Barselperioden – sygehusets opgaver</i>	42
6.3.4	<i>Sundhedsplejersken efter fødslen</i>	43
6.3.5	<i>8 uger undersøgelsen hos den praktiserende læge</i>	43
6.4	<i>It-understøttelse af samarbejdet i svangreomsorgen</i>	43
6.4.1	<i>It-anvendelse</i>	43
6.4.2	<i>Forudsætninger</i>	44
6.4.3	<i>It-udvikling</i>	44
<b>7</b>	<b>Differentiering af svangreomsorgen</b>	<b>45</b>

7.1	Niveau 1.....	45
7.2	Niveau 2.....	45
7.3	Niveau 3.....	45
7.4	Niveau 4.....	46
7.5	Forløbsprogram for graviditeten .....	47
7.6	Forløbsprogram for barselperioden.....	49
<b>8</b>	<b>Basistilbudet i graviditeten .....</b>	<b>52</b>
8.1	Undersøgelser hos praktiserende læge.....	53
8.1.1	Prækonceptionel rådgivning.....	54
8.1.2	Første graviditetsundersøgelse hos praktiserende læge. (6-10 uger).....	55
8.1.3	Lægeundersøgelse 25 uger .....	58
8.1.4	Lægeundersøgelse 32 uger .....	60
8.2	Jordemoderkonsultationer.....	61
8.2.1	Første jordemoderkonsultation 13-15 uger .....	62
8.2.2	Jordemoderkonsultation 21 uger .....	63
8.2.3	Jordemoderkonsultation 29 uge.....	65
8.2.4	Jordemoderkonsultation 35 uger (førstegangsfødende) eller 36 uge (flergangsfødende).....	66
8.2.5	Jordemoderkonsultation 37 uger (førstegangsfødende).....	68
8.2.6	Jordemoderkonsultation 39 uger .....	69
8.2.7	Jordemoderkonsultation ved overskridelse af termin 41 uger .....	70
8.2.8	Gruppekonsultation - med fødsels og forældreforberedelse.....	71
8.2.9	Åben jordemoderkonsultation .....	72
8.2.10	Opsøgende virksomhed ved jordemoder .....	73
<b>9</b>	<b>Pjecer .....</b>	<b>74</b>
9.1	Pjecer fra officielle myndigheder .....	74
9.2	Regionale pjecer.....	75
<b>10</b>	<b>Blodprøvehåndtering.....</b>	<b>76</b>
<b>11</b>	<b>Anti-D behandling i graviditeten.....</b>	<b>77</b>
<b>12</b>	<b>Medicin til gravide og ammende .....</b>	<b>78</b>
<b>13</b>	<b>Gravide og arbejdsmiljø .....</b>	<b>79</b>
13.1	Graviditetsundersøgelser .....	79
13.2	Fraværsmelding kontra sygemelding .....	79
13.3	Arbejdsmedicinsk afdelings deltagelse .....	80
13.4	Love og regler på området .....	81
13.4.1	Sygdom i relation til graviditeten - § 6. stk. 2, nr. 1 .....	81
13.4.2	Arbejdet udgør en mulig risiko for barnet - § 6 stk. 2, nr. 2.....	81
13.4.3	Arbejdsskadeforsikringsloven .....	81
13.4.4	EU-direktiver.....	82
13.4.5	Arbejdsmiljøloven .....	82
13.5	Arbejdsmiljøfaktorer .....	82
13.5.1	Fysiske arbejdsmiljøfaktorer .....	83
13.5.2	Ergonomiske arbejdsmiljøfaktorer .....	84
13.5.3	Biologiske arbejdsmiljøfaktorer .....	85
13.5.4	Kemiske arbejdsmiljøfaktorer .....	86
<b>14</b>	<b>Kommunen og sundhedsplejerskens tilbud i graviditeten .....</b>	<b>88</b>

<b>15</b>	<b>Specialkonsultationer i jordemoderregi .....</b>	<b>90</b>
15.1	<i>Konsultation for gravide med særlige behov.....</i>	90
15.2	<i>Konsultation for overvægtige gravide med BMI ≥ 27 .....</i>	91
15.3	<i>Konsultation for gravide, der venter mere end ét barn .....</i>	91
<b>16</b>	<b>Risikovurdering og fosterdiagnostik – de forskellige tilbud .....</b>	<b>93</b>
16.1	<i>Gravide med øget risiko .....</i>	93
16.2	<i>Risikovurdering og fosterdiagnostik.....</i>	94
<b>17</b>	<b>Svangreambulatoriet og forskellige teams .....</b>	<b>98</b>
17.1	<i>Svangreambulatoriet .....</i>	98
17.2	<i>Teams i svangreambulatoriet .....</i>	98
17.2.1	<i>Fødselsaftale team .....</i>	98
17.2.2	<i>Amme team .....</i>	99
17.2.3	<i>Akupunktur team.....</i>	100
17.2.4	<i>Diabetes team .....</i>	100
<b>18</b>	<b>Familieambulatoriet .....</b>	<b>102</b>
18.1	<i>Organisering af Familieambulatoriet .....</i>	103
18.1.1	<i>Regionsfunktionen i form af Familiecenter på OUH og sygehuset i Sønderborg for Familieambulatorier i Region Syddanmark .....</i>	104
18.1.2	<i>Formaliseret samarbejde mellem regionscenter og familieambulatorier på sygehuse med fødested og børneafdeling med neonatalafdeling .....</i>	105
18.2	<i>Indsatsen under graviditet, fødsel og i barselsperiode.....</i>	106
18.3	<i>Indsatsen over for barnet.....</i>	107
18.4	<i>Samarbejde.....</i>	108
18.5	<i>Særlige belastede gravide.....</i>	108
18.6	<i>Henvisning.....</i>	109
<b>19</b>	<b>Fødsels- og forældreforberedelse .....</b>	<b>110</b>
19.1	<i>Forskellige tilbud .....</i>	110
19.2	<i>Hovedtemaerne i den fødsels- og forældreforberedende undervisning .....</i>	111
19.3	<i>Fødsels- og forældreforberedelse som holdtilbud.....</i>	112
19.4	<i>Tematilbud.....</i>	112
19.5	<i>Åbent hus .....</i>	113
19.6	<i>Fødsels- og forældreforberedelsestilbud til særlige grupper .....</i>	113
19.6.1	<i>Unge gravide .....</i>	114
19.6.2	<i>Overvægtige gravide BMI ≥ 27.....</i>	114
19.6.3	<i>Gravide, der venter mere end et barn .....</i>	114
<b>20</b>	<b>Den normale og den patologiske fødsel.....</b>	<b>116</b>
20.1	<i>Jordemoderens tilstedeværelse under fødslen.....</i>	116
20.2	<i>Observation af barnet under fødslen.....</i>	116
20.3	<i>Smertebehandling i forbindelse med vaginal forløsning .....</i>	117
<b>21</b>	<b>Det raske og det syge nyfødte barn .....</b>	<b>118</b>
21.1	<i>På fødestuen .....</i>	118
21.1.1	<i>Undersøgelse af det nyfødte barn.....</i>	118

21.1.2	Måling af navlesnors-pH .....	119
21.1.3	RhD (rhesus) immunprofylakse .....	119
21.1.4	K-vitaminindgift .....	119
21.1.5	Hepatitis B vaccination .....	119
21.1.6	Hypoglykæmi .....	119
21.2	<i>I barselperioden</i> .....	120
21.2.1	Neonatal biokemisk screening .....	120
21.2.2	Hørescreening .....	120
21.2.3	Børn med særlig risiko for udvikling af allergisk sygdom (allergidisponerede børn).....	120
21.2.4	Gulsot (icterus neonatarum) .....	121
21.2.5	Conjunctivitis hos nyfødte.....	121
<b>22</b>	<b>Den normale og den patologiske barselperiode.....</b>	<b>122</b>
22.1	<i>Visitation til barsel</i> .....	122
22.2	<i>Ambulant fødsel</i> .....	124
22.3	<i>Patologiske barselforløb</i> .....	124
22.4	<i>Vejledning i forbindelse med udskrivelse</i> .....	125
22.4.1	Vejledning vedrørende barnet .....	125
22.4.2	Vejledning til moderen/ partneren.....	126
22.5	<i>Barselklinik</i> .....	128
22.6	<i>Efterfødselssamtale ved jordemoder</i> .....	128
22.7	<i>Samtale efter patologisk eller traumatisk forløb</i> .....	130
<b>23</b>	<b>Hjemmefødsler.....</b>	<b>131</b>
<b>24</b>	<b>Fødsler på Ærøskøbing Sygehus .....</b>	<b>132</b>
<b>25</b>	<b>Fødsler i Niebüll.....</b>	<b>133</b>
<b>26</b>	<b>Kommunerne og sundhedsplejerskens tilbud efter fødslen .....</b>	<b>134</b>
<b>27</b>	<b>8 uger undersøgelsen hos den praktiserende læge .....</b>	<b>135</b>
<b>28</b>	<b>Visitation af gravide og fødende - og senere opfølgning.....</b>	<b>137</b>

## **Førord**

Fødeplanen for Region Syddanmark er udarbejdet af Region Syddanmark med deltagelse af repræsentanter fra kommuner, almenpraksis og de 4 sygehusenheder. Planen har været i høring hos alle interessenter og samarbejdspartnere og er godkendt af regionsrådet den .....

Fødeplanen er udarbejdet på baggrund af Sundhedsloven og Anbefalinger for svangreomsorgen som Sundhedsstyrelsen udgav i 2009.

Med fødeplanen ønsker Region Syddanmark at give et ensartet, trygt og sammenhængende tilbud på et højt kvalitetsniveau, såvel på den faglige, organisatoriske som på den patientoplevede kvalitet.

Dette er den første udgave af fødeplanen efter regionernes dannelse og afløser de tidligere fødeplaner i de gamle amter. De fire tidligere amter, Fyn, Vejle, Ribe og Sønderjylland har varetaget svangreomsorgen efter gældende lov, men også med forskellige tilbud. Fødeplanen har indføjet de bedste og evidensbaserede eksempler fra de gamle amter og anbefaler dem gjort til regionale tilbud.

En særlig fokuseret indsats tilbydes gravide med rusmiddelproblemer og deres børn, ved at der sker en opprioritering af familieambulatorier og familiecentrene. Dette med henblik på at forbedre barnets muligheder for et godt liv.

Fødeplanen beskriver tilbuddene til kvinden, barnet og familien i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Der lægges vægt på det tværfaglige og tværsektorielle samarbejdet med familien og om familien og på koordinering af tilbuddene.

Samtidig er fødeplanen også et opslagsværk primært rettet mod de fagprofessionelle der varetager opgaverne i forhold til svangreomsorgen.

Det er Region Syddanmarks ambition at skabe et sammenhængende, patientorienteret, tidssvarende, kvalitetsbevist og effektivt sundhedsvæsen for de borgere der har brug for vores hjælp. Det er intentionen at Fødeplanen kan medvirke til dette.

Formand for styregruppen

Ditte Thinggaard  
Sygeplejefaglig direktør

## 0 anbefalinger

I fødeplanen for Region Syddanmark fremgår nedenstående anbefalinger blandt andet med baggrund i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Svangreomsorg (2009). Sundhedsstyrelsens anbefalinger beskriver spekteret fra lovbundne krav til rådgivning om hensigtsmæssige tiltag.

### Ændringer i og harmonisering af tilbuddene i Region Syddanmark

#### **Basistilbud i graviditeten**

- Konsultationer hos den praktiserende læge og jordemoder følger uændrede Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg.
- Hos jordemoderen er der tilbud om individuel- eller gruppekonsultation, herudover er der tilbud om åben konsultation.
- Sammenlægninger af jordemoderkonsultationer.
- Tilbuddene inden for svangreområdet er differentierede. Alle får et basistilbud i graviditeten, som efter behov suppleres med andre tilbud til specifikke grupper.
- Såvel de første- som flergangsfødende forberedes til ambulant fødsel/ tidlig udskrivelse i graviditeten, dels i forbindelse med helbredsundersøgelserne hos jordemoderen og den praktiserende læge, dels i form af fødsels- og forældreforberedelse.
- Screening for HIV og syfilis genindføres i forbindelse med første graviditetsundersøgelse hos den praktiserende læge.
- Den basale information vedrørende risikovurdering og fosterdiagnostik gives hos den praktiserende læge. Ved behov for udvidet information henvises den gravide til individuel information hos speciallæge på fødestedet.
- Gravide, som er rhesusnegative vil fremover få tilbud om undersøgelse af barnets rhesustype i graviditetsuge 25. Hvis barnet er rhesuspositivt, anbefales det at give moderen en indsprøjtning med anti-D immunoglobulinprofylakse i graviditetsuge 29.

#### **Særlige tilbud til gravide**

- Der er udarbejdet fælles regionale retningslinjer for visitation af gravide og fødende. Retningslinjerne er harmoniserede og beskrevet ud fra de forskellige patientgrupper med baggrund i Sundhedsstyrelsens Specialevejledninger. Retningslinjerne beskriver endvidere opgavefordelingen mellem de fagprofessionelle.
- Sundhedsplejerskerne inddrages i graviditeten ved behov og i forhold til særlig udsatte grupper.
- Gravide rygere og gravide med overvægt henvises til kommunen med henblik på forebyggende indsats.
- Der oprettes specialkonsultationer i jordemoderregi for forskellige grupper af gravide med behov for en særlig indsats.
- Der tilrettelægges forskellige tværfaglige tilbud indenfor den fødsels- og forældreforberedende undervisning, herunder også til særlige grupper med specielle problemstillinger.
- Der tilrettelægges forskellige tilbud i svangreambulatorierne, herunder særlige teams, til de gravide, som har behov for yderligere indsats på grund af medicinske, obstetriske, sociale og/ eller psykiske risikofaktorer har behov for yderligere indsats udover basistilbuddet hos den praktiserende læge og jordemoderen.
- Der oprettes familieambulatorier for gravide med rusmiddelproblemer og deres børn op til 7 år med baggrund i Sundhedsstyrelsens Anbefaling om Familieambulatorier. Indsatsen er tværfaglig og tværsektoriel, samt indbefatter et tæt samarbejde med og omkring kvinden/ familien. Familieambulatoriet varetager indsatsen over for gravide med alvorlige psykiske lidelser, gravide udviklingshæmmede og/ eller gravide med svære psykosociale problemstillinger.
- Familiecenteret skal forestå udarbejdelsen af fælles materiale vedrørende indsatsen for familieambulatoriernes målgruppe.
- Indsatsen i forhold til gravide, som ønsker kejsersnit på moders ønske styrkes, endvidere styrkes indsatsen for at forebygge kejsersnit på moderen ønske.

#### **Fødslen**

- Der anbefales en regional hjemmefødselsordning – model 2.

- Jordemoderens tilstedeværelse under fødslen prioriteres højt og relevant smertelindring tilbydes i samarbejde med kvinden.
- Den rutinemæssige undersøgelse af raske nyfødte indenfor den første uge bortfalder, såvel på fødestedet som hos den praktiserende læge.

### ***Barselperioden og tiden efter***

- Der oprettes barselklinikker i forbindelse med fødestederne, hvor familien kan henvende sig efter udskrivelsen og få råd og vejledning, indtil sundhedsplejersken har været på sit første besøg.
- Ved behov for indlæggelse i barselperioden bør der være mulighed for, at mor og barn kan være sammen under hele indlæggelsen. Mor og barn bør så vidt muligt ikke adskilles, med mindre der er medicinsk indikation herfor. Ligeledes bør der være mulighed for, at faderen/ partneren kan være med under hele forløbet.
- Der tilbydes efterfødselssamtale ved jordemoder.
- Der tilbydes opfølgningssamtale ved obstetriker og jordemoder til kvinder/ familier, som har haft et patologisk fødselsforløb og/ eller har oplevet fødselsforløbet som traumatisk.

## **Fremadrettede anbefalinger og opgaver**

### ***Samarbejde og kommunikation***

- Der nedsættes et permanent tværfagligt og tværsektorielt udvalg for Svangreomsorg (fødeplanudvalg).
- Der igangsættes et udviklingsprojekt vedrørende it-understøttelse af fødeplanen.
- Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde udbygges, blandt andet via faglige netværk og forskellige mødefora.

### ***Registrering, kvalitet, udvikling og forskning***

- Der sættes fokus på ensartet og sammenlignelig registrering og dokumentering på tværs af regionen.
- Der arbejdes til stadighed med kvalitet- og kvalitetsudvikling indenfor de til enhver tid afstukne retningslinjer, såvel regionale som nationale retningslinjer.
- Der etableres et fælles regionalt perinatal audit og audit på risikovurdering og fosterdiagnostik.
- De fagprofessionelle opfordres til forskning indenfor svangreomsorgens virksomhedsområde. Forskningsprojekter inden for svangreområdet i Region Syddanmark gøres tilgængelig for svangreomsorgens aktører i form af links i Fødeplanen.
- Nye (lokale) tilbud iværksættes som udviklings- og forskningsprojekter, der evalueres med henblik på eventuel udbredelse i den øvrige del af regionen.
- Kvinder der er fedmeopereret følges og føder på Odense Universitetshospital, Odense for at opsamle erfaring på området. Der oprettes en database, og der foretages en evaluering efter en tre års registreringsperiode.
- Der indgås aftaler om obstetrisk færdighedstræning for jordemødrene i ø-ordningen og personalet på Ærøskøbing Sygehus.
- Oplysninger vedrørende den gravide og fosteret bør samles let tilgængeligt for pædiatere, når disse kaldes til fødestuen.
- Forebyggelse og behandling af overvægt forbedres, nye metoder afprøves og der forskes på området. Der oprettes en database for gravide overvægtige.

### ***Informationsmateriale, politikker og manualer***

- Der udarbejdes fælles regionalt informationsmateriale om de forskellige tilbud til gravide, fødende og barslende kvinder.
- Der udarbejdes en fælles regional – tværfaglig og tværsektoriel – ammepolitik.
- Der udarbejdes en fælles regional manual for hovedtemaerne og indholdet i den fødsels- og forældreforbereende undervisning.

### ***Patientrettet tilbud***

- Der etableres et ensartet tilbud om undersøgelse af børn, som dør før, under eller lige efter fødslen og obduktionerne centraliseres.

- Erfaringerne fra projektet i Kolding og tilbuddet i Odense danner baggrund for tilrettelæggelse af et tilbud i Region Syddanmark til forældre, som har mistet et spædbarn.
- Den fødsels- og forældreforberedende undervisning kan med fordel gives i samarbejde med kommunen.
- Fysisk forebyggende træning og forberedelse ved fysioterapeut gives i kommunalt regi.



# 1 Læsevejledning

Nærværende afsnit giver en kort redegørelse for fødeplanens opbygning. De første afsnit i planen 2, 3 og 4 danner den overordnede ramme for fødeplanen, mens de resterende afsnit beskriver den faglige udmøntning af rammen.

Når fødeplanen læses i sammenhæng vil der forekomme en del gentagelser. Baggrunden herfor er, at fødeplanen dels er udviklet som en referenceramme, dels som et arbejdsredskab og opslagsværk til brug i det daglige arbejde for de fagprofessionelle.

**Afsnit 3 og 4** beskriver sundhedsstyrelsens anbefalinger og Region Syddanmarks tilbud og fremadrettede opgaver og aktiviteter (afsnit 3) samt redegør kort for svangreomsorgens udfordringer (afsnit 4). Afsnittene er primært henvendt til politikere og administrativt personale, som oplysende baggrundsviden.

**Afsnit 5** beskriver mulighederne for fødested, samt de forskellige fødesteders lægefaglige tilbud. I afsnittet kan der findes adresser og telefonnumre på fødestederne, svangreambulatorierne og jordemoderkonsultationerne i Region Syddanmark.

**Afsnit 6** redegør for de overordnede principper og retningslinjerne for den primære og sekundære visitation af de gravide. Afsnittet fastlægger endvidere retningslinjer for samarbejdet og kommunikationen mellem de forskellige faggrupper og sektorer før, under og efter fødslen.

**Afsnit 7** resumerer sundhedsstyrelsens anbefalinger for differentiering af svangreomsorgen. Niveaudelingen danner baggrund for tilbuddene til og opdelingen af de gravide, fødende og barslende i Region Syddanmark.

**Afsnit 8 og 9** beskriver basistilbuddet til de gravide. Afsnit 8 redegør for indholdet i standardundersøgelserne hos egen læge og jordemoder: Først beskrives formålet med den enkelte undersøgelse, dernæst hvad det skal tales om og endelig den fysiske undersøgelse. Endvidere beskrives mulighederne for gruppekonsultationer og åben jordemoderkonsultation. Afsnit 9 oplister anbefalede pjecer til de gravide.

**Afsnit 10, 11 og 12** angiver retningslinjerne for blodprøvetagning og håndtering hos de praktiserende læger (afsnit 10). Afsnit 11 beskriver de nye retningslinjer for Anti-D behandling og afsnit 12 redegør kort for anbefalinger vedr. medicin til gravide og ammende.

**Afsnit 13** beskriver de risikofaktorer gravide kan udsættes for i deres arbejde, og hvad det kan have af konsekvenser for kvinden og barnet. Der ud over beskrives det lovmæssige grundlag for, hvornår gravide skal fraværsmedes eller sygemeldes på grund af deres arbejde.

**Afsnit 14 og 15** beskriver udvidede tilbud til de gravide. Afsnit 14 beskriver kommunerne og sundhedsplejerskens tilbud i graviditeten og afsnit 15 beskriver mulighederne for specialkonsultationer hos jordemoder.

**Afsnit 16** redegør for tilbuddet om risikovurdering og fosterdiagnostik, både det generelle tilbud og tilbuddet til gravide med øget risiko.

**Afsnit 17 og 18** gennemgår de særlige tilbud i svangreambulatorierne og familieambulatoriet. Familieambulatoriet tager sig af særligt belastede gravide, specielt med henblik på gravide med rusmiddelproblemer. Indsatsen i forhold til gravide misbrugere er intensiveret og indsatsen i forhold til børnene op til 7 års alderen er ny, hvorfor der er en særlig beskrivelse heraf (afsnit 18).

**Afsnit 19** beskriver de forskellige fødsels- og forældreforberedende tilbud. Tilbuddene er delt op i forskellige temaer og indholdet i disse beskrives. Endvidere redegøres der for mulighederne for holdtilbud, tematilbud og åbent hus arrangementer. Der ud over beskrives tilbud til særlige grupper.

**Afsnit 20, 21 og 22** redegør for retningslinjerne og tilbud i forbindelse med den normale og patologiske fødsel (afsnit 20), observation og undersøgelse af det raske og det syge barn (afsnit 21). I afsnit 22 redegøres der for retningslinjerne og tilbud for den normale og patologiske barselsperiode.

**Afsnit 23, 24 og 25** beskriver retningslinjerne for og særlige forhold ved hjemmefødsler (afsnit 23), fødsler på Ærøskøbing Sygehus (afsnit 24) og fødsler i Niebüll (afsnit 25).

**Afsnit 26 og 27** beskriver kommunerne og sundhedsplejerskens lovpligtige tilbud efter fødslen (afsnit 26). Afsnit 27 redegør for indholdet i 8 ugers undersøgelsen hos den praktiserende læge.

**Afsnit 28** redegør for retningslinjerne for visitation af gravide og fødende, samt senere opfølgning. Afsnittet er primært et opslagsværk for fagprofessionelle, og hvert område er beskrevet med hyppighed, risici og håndtering.

## 2 Indledning

Nærværende fødeplan for Region Syddanmark er udarbejdet som en naturlig konsekvens af etablering af regionerne. Fødeplanen er blandt andet udarbejdet med baggrund i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg, som udkom i 2009. Anbefalingerne er en revision af tidligere retningslinjer for området. Betegnelsen "Svangreomsorg" anvendes som et samlet begreb for sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperioden.

Sundhedsvæsenet har forskellige tilbud til de gravide, fødende og barslende kvinder organiseret som et forebyggende sundhedsprogram. Alle tilbydes sundhedsfremme og forebyggelse, og en mindre del får – på grund af specielle behov – endvidere tilbud om behandling. Svangreomsorgen er karakteristisk ved, at den ydes på tværs af primærsektor og sygehusvæsenet.

Et andet væsentligt omdrejningspunkt for den regionale svangreomsorg er derfor det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i forhold til at give et kvalificeret og attraktivt tilbud til kvinder under graviditet, fødsel og barsel, som er i overensstemmelse med kvindens livssituation og behov. Det er vigtigt, at kvinden og hendes familie oplever sammenhæng og kvalitet i tilbuddene.

### **Formålet med en Fødeplan**

Formålet med en fødeplan er, at den blandt andet skal beskrive:

- Områdets tilbud til de gravide, fødende og barslende kvinder
- Samarbejdet mellem de forskellige fagpersoner og den enkelte kvinde/ familie
- Koordinering af tilbuddene

Planen skal herudover tjene forskellige formål i forhold til forskellige målgrupper:

- Planen skal orientere de centrale myndigheder om tilrettelæggelsen af svangreomsorgen i området og udmøntning af love og anbefalinger
- Planen skal i forhold til de besluttende instanser i området fremlægge forslag til den fortsatte udvikling af svangreomsorgen
- Planen skal orientere de forskellige fagpersoner i svangreomsorgen om tilbud, tilrettelæggelse og udviklingstiltag
- Planen skal fungere som en del af det fælles forståelses- og arbejdsgrundlag for de forskellige fagpersoner

Intentionerne bag den regionale fødeplan er, at den skal medvirke til, at de gravide og fødende i Region Syddanmark får et ensartet tilbud i relation til deres behov, samt at opgavefordelingen og samarbejdet mellem de forskellige instanser er klarlagt. Ligeledes er det hensigten til stadighed at forbedre fødselshjælpens resultater og sikre en optimal udnyttelse kvalitativt og kvantitativt af den primære og sekundære sundhedstjeneste.

## 2.1 Sundhedslovens bestemmelser på området

Svangreomsorgsområdet reguleres i sundhedsloven, der udmønter kommunalreformen på sundhedsområdet. Sundhedsloven indeholder de grundlæggende regler om sundhedsmyndighedernes pligt og patienternes rettigheder, herunder forhold med betydning for Svangreomsorgsområdet.

Af sundhedslovens bestemmelser følger, at gravide, som har bopæl (tilmeldt folkeregistret) her i landet, har ret til ydelser efter loven, og at bopælsregionen afholder udgifterne til ydelserne.

### **Forebyggende helbredsundersøgelser**

Ifølge Sundhedslovens § 61, stk.1, yder regionsrådet vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet.

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

Ifølge Sundhedslovens § 118 har kommunalbestyrelserne ansvaret for at tilvejebringe tilbud om sundhedsydelse – herunder bl.a. sundhedsplejerskebesøg.

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

### **Frit sygehusvalg**

Gravide er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om frit sygehusvalg. Det vil sige, at gravide kan vælge mellem fødesteder på bopælsregionens sygehuse samt fødesteder på sygehuse i andre regioner. Et sygehus kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage personer fra andre regioner.

### **Generelle bestemmelser**

Vedr. patienters retsstilling, tavshedspligt og videregivelse af oplysninger, herunder underretningspligt henvises til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. Svangreomsorg 2009 og de bagvedliggende love, vejledninger med mere.

### **Sundhedsstyrelsens myndighedsopgave**

Sundhedsstyrelsen fastsætter i kraft af sine myndighedsopgaver retningslinjer og anbefalinger for området, bl.a.

- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg 2009
- Retningslinjer for fosterdiagnostik – prænatal information, risikovurdering, rådgivning og diagnostik. September 2004
- Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 1183 af 28. november 2006 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge
- Bekendtgørelse om helbredsundersøgelser af gravide nr. 295 af 20. april 2009
- Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier Sundhedsstyrelsen 2009
- Sundhedsstyrelsens specialevejledninger. November - december 2008

## **2.2 Formål og principper for svangreomsorgen**

Nærværende afsnit er skrevet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg 2009 og er uddrag heraf.

### **Formål**

Formålet med sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperioden er at bidrage til, at mor og barn får så godt et forløb som muligt.

Indsatsen skal være sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende samt styrke og bistå kvinden og hendes partner/familie under hele forløbet.

Målet er, at denne periode gennemleves som en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed.

### **Principper**

Svangreomsorgens anbefalinger er udformet med henblik på at sikre:

- Medinddragelse af den gravide
- Kvalitet i sundhedsvæsenets indsats
- Mulighed for en differentieret ydelse i forhold til den enkelte

**Den praktiserende læge** er den gennemgående person og kan som sådan sikre kontinuitet ved at følge kvinden og hendes partner før, under og efter graviditeten. **Jordemoderen** er den fagperson, som den gravide har mest kontakt med under graviditeten og den centrale fagperson under fødslen. **Den obstetriske speciallæge** inddrages ved komplicerede graviditeter og fødsler.

Efter behov tilbydes **tværfaglig og tværsektoriel støtte** ved for eksempelvis andre speciallæger eller specialafdelinger, fysioterapeut, psykolog, sundhedsplejersker, kommunale sagsbehandlere eller kommunale forebyggelsestilbud.

Sundhedsvæsenet bør vise særlig opmærksomhed over for:

- Gravide, hvis livsvilkår eller livsstil medfører særlig risici for mor og/ eller foster
- Kvinder, hos hvem graviditeten eller fødslen kan forventes at blive kompliceret

### ***Risikobegrebet***

Graviditet, fødsel og barsel forløber for de fleste kvinder som en normal, spontan livsproces, der resulterer i fødsel af et fuldbårent barn, som er levedygtigt, normalvægtigt og velskabt. Nogle graviditeter får imidlertid et uønsket forløb med abort, væksthæmning eller for tidlig fødsel. Eller der kan opstå eller ske forværring af sygdom hos moderen. Nogle graviditeter resulterer i fødsel af et sygt, misdannet, handicappet eller dødt barn. Sundhedsvæsenet tilbyder en særlig målrettet, forebyggende og behandlende indsats til gravide, hvis graviditet er forbundet med øget risiko for et sådant uønsket forløb.

### 3 Baggrund for og indhold i Fødeplan for Region Syddanmark

Nærværende fødeplan for Region Syddanmark er blandt andet udarbejdet på baggrund af **Sundhedsstyrelsen anbefalinger for Svangreomsorg 2009**. Anbefalingerne for Svangreomsorg erstatter Sundhedsstyrelsens retningslinjer for Svangreomsorg 1998.

De gennemgående holdninger i Sundhedsstyrelsens anbefalinger er som hidtil:

- At graviditet, fødsel og barsel er naturlige livsprocesser
- At sundhedsvæsenets indsats omfatter sundhedsfremme, forebyggelse og behandling
- At der ydes en differentieret indsats med udgangspunkt i den enkelte gravides ønsker og behov

Målgruppen for anbefalingerne er:

- Sundhedsfaglige ledere
- Administratorer og beslutningstagere
- Sundhedspersonale i region og kommuner

Anbefalinger for Svangreomsorg støtter den udvikling, der allerede er i gang inden for svangreområdet. Dette afspejler sig i en grundig beskrivelse af de særlige indsatsområder som for eksempel misbrug, alkohol og rusmidler, tobak, overvægt og særlig udsatte og/ eller belastede gravide. Hertil kommer, at der er lagt endnu større vægt på gravide med psykiske lidelser og gravide med sociale problemstillinger end tidligere. De psykologiske aspekter i forbindelse med graviditet, fødsel og forældredannelse og den første tid sammen med et spædbarn har ligeledes fået større bevågenhed end tidligere.

Anbefalingerne bærer præg af en meget patientrettet tilgang og med fokus på den patientoplevede kvalitet. Medinddragelse af kvinden og familien er vigtig. Det er dokumenteret, at der er behov for større inddragelse af fædre i kontakten med sundhedsvæsenet. Der er i hele forløbet graviditet, fødsel og barsel lagt vægt på information, oplysning og informeret valg. Det er af stor betydning, at forældrene oplever graviditet, fødsel og barsel som en meningsfuld, sammenhængende proces.

Graviditeten er en udviklingsdynamisk periode for forældrene. Historisk har man beskæftiget sig meget med, hvordan de psykologiske processer er forløbet for moderen, hvor der er tale om et samspil mellem fysiologiske og psykologiske forandringer. Man har i de senere år fundet, at fædre gennemgår en lignende proces. At få et barn er et af de mest omvæltende begivenheder, et menneske kan komme ud for i livet – både psykologisk, fysiologisk og socialt.

#### 3.1 Sundhedsstyrelsens anbefalinger og tilbuddene i Region Syddanmark

I dette afsnit fremdrages forhold fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg idet anbefalingerne danner baggrunden for det regionale tilbud. Efterfølgende beskrives de forskellige tilbud i Region Syddanmark på baggrund heraf. Dette sker i en vekselvirkning afsnittet igennem.

Nærværende afsnit danner baggrund for, hvorledes de forskellige tilbud udmøntes i regionen. Disse tilbud beskrives efterfølgende i fødeplanen.

Der lægges med nærværende fødeplan ikke op til en grundlæggende ændring af svangreområdet i Region Syddanmark. Der er tale om en styrkelse af indsatsen på forskellige områder for at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger og for at imødekomme kvindernes/ familiernes ønsker og behov. På andre områder er der sket en harmonisering af tilbuddene i regionalt regi, således at kvinderne og familierne sikres de samme tilbud, uanset hvor i regionen de er bosiddende. Endvidere er tilbuddene beskrevet og søgt tydeliggjort, således at, de udover at være kendt i eget regi, også er kendte af tværfaglige og tværsektorielle samarbejdspartnere.

I fødeplanen er der sat fokus på samarbejde, sammenhæng og kommunikation på tværs af sektorerne med henblik på, at kvinderne/ familierne oplever kontinuitet i tilbuddene, såvel de regionale som de kommunale, i graviditeten, ved fødslen og i barselperioden.

Der er foretaget nedlæggelser og sammenlægninger af jordemoderkonsultationerne. Flere af de tidligere konsultationer var meget små. Formålet er at få en mere effektiv udnyttelse af jordemoderens tid, samt at kunne tilbyde et mere varieret tilbud i de forskellige konsultationer til de gravide og deres partnere. Der er taget udgangspunkt i, at der opretholdes mindst en konsultation i hver kommune (undtagen Fanø) for at fremme samarbejdet, især i forhold til sundhedsplejerskerne. I enkelte kommuner er der opretholdt to konsultationer enten af størrelsesmæssige eller geografiske grunde.

### **Organisatorisk tilrettelæggelse af fødeplanarbejdet**

#### **Sundhedsstyrelsens anbefalinger**

Ifølge anbefalingerne bør der i alle regioner være et formaliseret samarbejde mellem fødestederne, jordemodercentre, praktiserende læger og kommunerne, med henblik på at udarbejde beslutningsgrundlaget for den regionale planlægning af svangreomsorgen, lokale retningslinjer for visitation og fælles kliniske retningslinjer. Det formelle samarbejde bør desuden:

- Fastlægge prioriterede indsatsområder
- Udarbejdelse af planer for samarbejdet vedrørende komplicerede graviditetsforløb
- Udarbejde planer for samarbejdet i efterfødselsperioden
- Sikre drift og vedligeholdelse af kliniske databaser
- Udarbejde informationsmateriale til den gravide og hendes partner om regionens og kommunernes tilbud
- Koordinere opgavefordelingen mellem region og kommune vedrørende kvalitetsudvikling og patientsikkerhed

#### **Region Syddanmark**

Der har været nedsat en tværfaglig og tværsektoriel styregruppe, der har udarbejdet forslag til fødeplanen. Styregruppen har haft nedsat forskellige temagrupper, der har bidraget hertil.

Fødeplanen indeholder beskrivelse af de forskellige tilbud, indsatsen i forhold til særlig udsatte gravide og/eller komplicerede graviditeter, opgavefordeling, visitation af gravide og fødende samt opgaver i efterfødselsperioden. Herudover indeholder planen også en beskrivelse af fremadrettede opgaver, der skal arbejdes videre med. Det drejer sig for eksempel om udarbejdelse af fælles informationsmateriale til kvinden og familien om de forskellige tilbud. Der henvises til afsnit 3.2 "Fremadrettede opgaver og aktiviteter".

### **I graviditeten**

#### **Sundhedsstyrelsens anbefalinger**

Der er sat øget fokus på livsstil, forebyggelse og sundhedsfremme, og som noget nyt er livsstilssamtaler indført. Der skal på baggrund heraf udarbejdes individuelle forløbsplaner. Hertil kommer risikoopsporing og eventuel behandling i forhold hertil ved behov. Der tages udgangspunkt i, at der gives et differentieret tilbud til kvinden og familien i forhold til den enkelte kvinde og families ønsker og behov.

Screening for HIV og syfilis genindføres i forbindelse med første graviditetsundersøgelse hos den praktiserende læge. Forebyggelse af rhesusimmunisering ændres. Gravide, som er rhesusnegative vil fremover få tilbud om undersøgelse af barnets rhesustype i graviditetsuge 25. Hvis barnet er rhesuspositivt, anbefales det at give moderen en indsprøjtning med anti-D immunoglobulinprofylakse i graviditetsuge 29.

Herudover anbefales der forsøg med åbne konsultationer i forbindelse med jordemodercentre, hvor kvinden og hendes partner kan komme og drøfte spørgsmål, der bekymrer dem lige nu og her.

#### **Region Syddanmark**

Der er tilrettelagt et svangreforløb med henblik på at styrke mulighederne for ambulant fødsel for flest mulige. Der er såvel i forbindelse med graviditetsundersøgelserne som i den fødsels- og forældreforberedende undervisning lagt vægt på, at forberede kvinden/ familien på den første tid hjemme sammen med et spædbarn. Indsatsen i graviditeten skal medvirke til at styrke moderens/ familiens handlekompetence.

Tilbuddene inden for svangreområdet er differentierede. Alle får et basistilbud i graviditeten, som efter behov suppleres med andre tilbud til specifikke grupper. Nogle tilbud vil være både tværfaglige og tværsektorielle med mange kontakter for gravide, der har særlige behov af den ene eller anden årsag. Tilbuddene er individuelle og tager udgangspunkt i den enkelte gravide, dennes ressourcer og netværk.

Den basale information vedrørende risikovurdering og fosterdiagnostik gives hos den praktiserende læge. Ved behov for udvidet information henvises den gravide til individuel information hos speciallæge på fødestedet.

Udover muligheden for at vælge individuelle konsultationer eller gruppekonsultationer hos jordemoderen tilbydes der også åbne konsultationer. Der har tidligere været gjort forsøg hermed flere steder i regionen med positivt resultat. Det tilstræbes, at det er den samme jordemoder, som følger den gravide under graviditeten.

Anti-D immunoglobulin profylakse i graviditetsuge 29 til rhesusnegative mødre, som venter et rhesuspositivt barn, gives på sygehusene i barselklinikkerne for at sikre en vis grad af kontinuitet og kendthed. Kvinden/familien vil i langt de fleste tilfælde også benytte sig af barselklinikken tilbud efter fødslen og udskrivelsen.

### **Gravide med særlige behov**

#### **Sundhedsstyrelsens anbefalinger**

Målet med svangreomsorgen er, at både mor og barn kommer bedst muligt igennem graviditet og fødsel. Sundhedsvæsenet bør derfor tilbyde en særlig målrettet forebyggende og behandlende indsats over for de kvinder, hvis graviditet er forbundet med øget risiko.

Sundhedsvæsenets indsats over for kvinder med øget risiko finder sted på to planer:

- På det administrative plan, hvor svangreomsorgen planlægges, kan et kvalificeret og homogent tilbud til gravide med særlige behov sikres gennem visitation, samarbejde og en særlig indsats
- På det individuelle plan danner lægens og jordemoderens vurdering – i samspil med den gravide – grundlag for tilrettelæggelsen af den nødvendige indsats under graviditet, fødsel og barselperioden

Der anbefales en niveaudeling af svangreomsorgen og det tværfaglige samarbejde med henblik på at sikre den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til såvel medicinske og obstetriske, som sociale og psykiske risikofaktorer. Det anbefales endvidere, at alle gravide med særligt behov tilbydes besøg af en sundhedsplejerske inden fødslen.

Ud over anbefalingerne for Svangreomsorg har Sundhedsstyrelsen i 2009 også udgivet en **Vejledning om etablering af familieambulatorier**. Samarbejdet omkring gravide med rusmiddelproblemer og børn fra familier med rusmiddelproblemer er en specialopgave, som ud over faglig ekspertise kræver ekstraordinær tværfaglig og tværsektoriel indsats i både primær- og sekundærsektor. Sundhedsstyrelsen har i anbefalingerne og vejledning angivet sin faglige rådgivning for, hvordan myndighederne omkring den gravide/ familierne kan forbedre fosterets/ barnets muligheder for et godt liv på trods af misbrug under graviditet. Vejledningen tager udgangspunkt i Hvidovre-modellen.

Det er målet med indsatsen over for fosteret/ barnet, at en tidlig indsats og opsporing skal reducere og eliminere risikofaktorer hos de kvinder/ familier, hvis livsvilkår eller livsstil medfører særlige risici for børnene. Det vil sige risikofaktorer, der medfører sociale, psykiske og/ eller fysiske problemer for mor og barn. Indsatsen over for barnet fortsætter til 7 års alderen.

#### **Region Syddanmark**

Til gravide med særligt behov, gives der forskellige tilbud i graviditeten dels hos jordemoderen, dels i svangreambulatoriet.

Der er udarbejdet fælles regionale retningslinjer for visitation af gravide og fødende. Retningslinjerne er harmoniserede og beskrevet ud fra de forskellige patientgrupper med baggrund i Sundhedsstyrelsens Specialevejledninger. Retningslinjerne beskriver endvidere opgavefordelingen mellem de fagprofessionelle



Der tilbydes specialkonsultationer i jordemoderregi til følgende grupper af gravide:

- Konsultation for gravide med særlige behov
- Konsultation for overvægtige gravide med BMI  $\geq$  27
- Konsultation for gravide, der venter mere end et barn/ flerfoldsgraviditeter

Sundhedsplejerskerne inddrages i graviditeten ved behov og i forhold til særlig udsatte grupper.

Der tilbydes forskellige teams i Svangresambulatorierne:

- Fødselsaftale teams
- Amme teams
- Akupunktur teams
- Diabetes teams

Der er oprettet **Familieambulatorier** på sygehusene i Odense, Kolding, Esbjerg og Sønderborg.

Målgruppen er gravide med rusmiddelproblemer og børn af familier med rusmiddelproblemer. De gravide misbrugere er en obstetrisk højrisikogruppe, og deres børn er en pædiatrisk højrisikogruppe.

Familieambulatorierne sikrer den tværfaglige og tværsektorielle inddragelse i indsatsen over for målgruppen.

Familieambulatoriets tværfaglige og tværsektorielle interventionsmodel varetager endvidere indsatsen i forhold til særlige belastede gravide som:

- Gravide med alvorlige psykiske lidelser
- Gravide udviklingshæmmede
- Gravide med svære psykosociale problemstillinger

Familiecenteret skal forestå udarbejdelsen af fælles materiale vedrørende indsatsen for familieambulatoriernes målgruppe.

## **Fødsels – og forældreforberedelse**

### **Sundhedsstyrelsens anbefalinger**

Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. fødsels- og forældreforberedelse:

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

Bredden i indholdet i den fødsels- og forældreforberedende undervisning er med til at give kvinden og den nye familie kendskab til og viden om de forandringer, og den udvikling der sker i forbindelse med en graviditet, fødsel og barselperiode. Kendskab og viden giver, foruden tryghed, også kvinderne/ familien mulighed for selv at handle og påvirke de forskellige processer, udnytte og styrke egne ressourcer og udvikle nye kompetencer. Dette har betydning både i graviditeten, under fødslen og i den første tid med et spædbarn. Kvinderne/ familien får foruden forberedelsen til fødslen og fødselens forløb – herunder for eksempel det naturlige forløb og afvigelser herfra og muligheder for smertelindring - også mulighed for at forberede sig til forælderrollen. Det er gennem forskning påvist, at opbygning af relationer mellem forældre og spædbørn har betydning for barnets udvikling. Erfaringerne viser endvidere, at det netværk, der opstår i forbindelse med fødsels og forældreforberedelsen og mødregrupper, har en positiv betydning for forældredannelsen.

### **Region Syddanmark**

Der er tilrettelagt et fødsels- og forældreforberedelsestilbud med vægt på forberedelse til ambulans fødsel og den første tid sammen med et spædbarn. Fødsels- og forældreforberedelsen gives dels som holdtilbud og dels som tematilbud. Faderen eller anden pårørende har mulighed for at deltage i undervisningen. Undervisningen forsøges tilrettelagt tværfagligt.

Her ud over tilbydes der fødsels- og forældreforberedelse til særlige grupper i forhold til forskellige indsatsområder:

- Unge gravide
- Overvægtige gravide med BMI  $\geq$  27
- Gravide, der venter mere end et barn

## **Hjemmefødsler**

### **Sundhedsstyrelsens anbefalinger**

Ifølge Sundhedslovens bestemmelser har kvinder ret til at føde hjemme, og som følge deraf ret til jordemoderhjælp i hjemmet. Ifølge anbefalingerne skal regionen tilrettelægge et tilbud til de gravide, der vælger at føde hjemme. Hjemmefødselsordningen kan være privat eller tilknyttet et af regionens fødesteder.

### **Region Syddanmark**

#### **Bemærkning**

*Der er beskrevet tre modeller for betjening af hjemmefødsler. Når Regionsrådet har truffet beslutning om, hvilken model der vælges, indsættes denne i fødeplanen.*

## **Kejsersnit på moders ønske**

### **Sundhedsstyrelsens anbefalinger**

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

Årsagerne hertil er flere, blandt andet ældre fødende, øget andel overvægtige gravide, flere IVF-graviditeter (kunstig befrugtning), herunder stigning i flerfoldsgraviditeter og ændret anbefaling for fødsel af fostre i sædepræsentation. Endelig er der sket en ændring i holdningen til fødemåde hos de gravide, der har betydet en stigning i forekomsten af kejsersnit på moders ønske. En medvirkende forklaring på, at kejsersnit udføres hyppigere i dag end for 10 år siden, er endvidere den forbedrede teknologi generelt, der har ført til nedsat komplikationsfrekvens.

I 2005 udsendte Sundhedsstyrelsen rapporten "**Kejsersnit på moders ønske – en medicinsk teknologivurdering**". Baggrunden for rapportens udarbejdelse var en oplevelse af, at et stigende antal kvinder vælger kejsersnit uden medicinsk indikation, det vil sige på moders ønske. Det blev antaget, at væsentlige årsager hertil var:

- Tidligere traumatiske fødselsoplevelser
- Psykologisk betinget angst for at føde
- Kvinders behov for at kunne kontrollere og planlægge fødslen

Rapporten viser, at en af de væsentligste begrundelser for ønske om kejsersnit er en tidligere dårlig fødselsoplevelse eller en kompliceret fødsel. Kejsersnit ønskes primært af flergangsfødende.

Hovedkonklusionen er derfor, at der bør gøres en yderligere indsats for at sikre, at kvindens første fødselsoplevelse bliver god. Et andet centralt punkt er den information, der gives de gravide som grundlag for deres valg af fødemåde. Det anbefales derfor, at forebygge dårlige fødselsoplevelser. Det anbefales desuden, at der på en række områder igangsættes forskning med henblik på at etablere et bedre videngrundlag vedrørende kejsersnit på moders ønske.

### **Region Syddanmark**

Der er oprettet fødselsaftaleteams på fødestederne i Svangresambulatorierne. Her ud over er der sat fokus på en yderligere indsats for at medvirke til at sikre, at kvindernes første fødselsoplevelse bliver god. I forhold til såvel første- som flergangsfødende er der sat fokus på omsorg under fødslen/ jordemoderens tilstedeværelse, smertelindring og efterfødselssamtale. Se nedenstående.

## **Omsorg under fødslen**

### **Sundhedsstyrelsens anbefalinger**

Der er god dokumentation for, at kontinuerlig tilstedeværelse af en omsorgsperson under fødslen nedsætter kvindens behov for medicinsk smertelindring, øger kvindens tilfredshed og chancen for at fødslen forløber spontant. Ifølge anbefalingerne bør det derfor prioriteres, at den fødende kan have en jordemoder hos sig kontinuerligt under den aktive del af fødslen. Dette vil endvidere være medvirkende til at forebygge dårlige fødselsoplevelser og komplicerede fødsler, og dermed ønsket om kejsersnit ved næste fødsel.

### **Region Syddanmark**

Der er sat øget fokus på jordemoderens tilstedeværelse under fødslen, hvorfor der er udarbejdet en fælles regional politik for jordemoderens tilstedeværelse, for såvel den normale som den patologiske fødsel.

## ***Smertehåndtering og – lindring***

### **Sundhedsstyrelsens anbefalinger**

Kvindernes behov for smertelindring under fødslen varierer meget. Personalet bør være opmærksomme på den enkelte kvindes behov. I løbet af graviditeten informeres de kommende forældre om mulighederne og herunder også om bivirkninger.

### **Region Syddanmark**

Kvinderne informeres allerede i graviditeten om mulighederne for smertelindring. Den mundtlige information suppleres med skriftlig information. Valg af smertelindring under fødslen beror på en individuel vurdering i samråd med den fødende.

## ***Undersøgelse af det nyfødte barn***

### **Sundhedsstyrelsens anbefalinger**

Den rutinemæssige lægeundersøgelse af raske nyfødte børn inden for den første uge er afskaffet. Fremover undersøges barnet efter fødslen af jordemoderen. Det anbefales, at der udarbejdes retningslinjer herfor og at lægen undersøger den nyfødte på indikation.

Ligeledes er undersøgelsen af barnet hos den praktiserende læge en uge efter fødslen ved tidlig udskrivelse af mor og barn efter fødslen afskaffet.

### **Region Syddanmark**

Det nyfødte barn undersøges efter fødslen af jordemoderen. Der er udarbejdet fælles regionale retningslinjer for jordemoderens undersøgelse af barnet. Lægeundersøgelse udføres på indikation efter tilkald eller henvisning fra jordemoderen.

## ***Efterfødselssamtale***

### **Sundhedsstyrelsens anbefalinger**

Det anbefales, at alle familier tilbydes en efterfødselssamtale med en jordemoder med henblik på at skabe en afslutning på graviditet og fødsel, således at hele forløbet kan bearbejdes i det omfang familierne har brug herfor. Et vigtigt formål med efterfødselssamtalen er blandt andet, at bruge erfaringerne fra det netop overståede forløb til at rådgive omkring en eventuel kommende graviditet og fødsel. Samtalen vil endvidere medvirke til at forebygge psykiske reaktioner i barselperioden og kejsersnit på mors ønske ved næste fødsel. Der er grund til at formode, at kvinderne i mindre omfang vil have ønske om kejsersnit på grund af ubearbejdede fødselsforløb, når disse efterfødselssamtaler gennemføres, og eventuelle traumatiske fødselsforløb bliver talt igennem.

### **Region Syddanmark**

For at skabe en afslutning på graviditet og fødsel, tilbydes der en efterfødselssamtale ved jordemoder således, at hele forløbet kan bearbejdes og for at rådgive omkring en eventuelt ny graviditet og fødsel. Samtalen giver også jordemødrene og fødestedet mulighed for evaluering og læring.

## **Barselperioden**

### **Sundhedsstyrelsens anbefalinger**

Efter fødslen kan mor og barn enten udskrives ambulantly efter fødslen til barselhvile i hjemmet, eller indlægges på et barselafsnit eller et barsel/ patienthotel. Gennem de senere år er varigheden af barselindlæggelsen faldet generelt, og antallet af familier, der udskrives inden for 48 timer efter fødslen, er steget betydeligt. Det er derfor vigtigt, at den observation og understøttelse af mor og barn, der tidligere overvejende skete under indlæggelse, fortsat sikres efter tidlig udskrivelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at fødestedets personale varetager denne opgave indtil sundhedsplejersken har været på første hjemmebesøg. Der anbefales hjemmebesøg ved jordemoder efter hjemmefødsel eller ambulantly fødsel.

Det anbefales endvidere, at kommunerne tilrettelægger den kommunale sundhedstjenestes ydelser således, at sundhedsplejerskens første besøg i hjemmet sker senest 7 dage efter udskrivelse. Ved hjemmefødsler samt for familier udskrevet inden for 48 timer efter fødslen anbefales besøg af sundhedsplejersken 3 – 5 dage efter fødslen eller udskrivelsen.

### **Region Syddanmark**

Svangreomsorgen er tilrettelagt med henblik på at såvel første- som flergangsfødende føder ambulantly.

Såfremt såvel mor som barn har det godt, udskrives de fra fødegangen til barselhvile i hjemmet inden 24 timer efter fødslen. Kvinder og nyfødte med behov for indlæggelse, herunder på grund af medicinske, obstetriske, sociale og/ eller psykologiske forhold, skal på baggrund af en faglig vurdering tilbydes indlæggelse.

Ved behov for indlæggelse i barselperioden bør der være mulighed for, at mor og barn kan være sammen under hele indlæggelsen. Mor og barn bør så vidt muligt ikke adskilles, med mindre der er medicinsk indikation herfor. Ligeledes bør der være mulighed for, at faderen/ partneren kan være med under hele forløbet.

Der er oprettet barselklinikker, hvor familien kan henvende sig og få råd og vejledning indtil, de overgår til sundhedsplejerske regi. Ved ambulantly fødsler aflægges der kun hjemmebesøg ved jordemoder efter individuel skønnet behov.

Kvinder/ familier som har haft et patologisk fødselsforløb og/ eller har oplevet fødselsforløbet som traumatisk, tilbydes en samtale med obstetriker og jordemoder. Der er to perspektiver i samtalen, dels et medicinsk perspektiv, som kan have konsekvenser for næste graviditet og fødsel, dels en omsorgsdel der har et forebyggende perspektiv.

## **Kvalitetsudvikling i svangreomsorgen**

### **Sundhedsstyrelsens anbefalinger**

Svangreomsorgen er i fortsat udvikling, ikke mindst når det gælder kvalitet. Kvalitetsudvikling er et overordnet begreb for de aktiviteter og metoder, der har til formål at fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Forudsætningen for at kunne iværksætte forskning, kvalitetsudvikling og medicinsk teknologiudvikling er blandt andet et godt forskningsmiljø og relevant efteruddannelse. Sundhedsstyrelsen beskriver en række metoder og værktøjer til kvalitetsudvikling.

Patientsikkerhed er en forudsætning for god kvalitet i svangreomsorgen. Det påpeges i anbefalingerne, at svangreomsorgen indebærer en risiko for utilsigtede hændelser, da flere sektorer, journalsystemer og professioner er indblandet.

Den Danske Kvalitetsmodel omtales i anbefalingerne. Akkreditering er et grundværktøj i modellen, hvor der er formuleret en lang række standarder for god kvalitet i sundhedsvæsenet. Graviditet, fødsel og barsel er omfattet af modellen.

### **Region Syddanmark**

Der findes forskellige metoder og værktøjer til brug for kvalitetsmonitoring med henblik på kvalitetssikring og – udvikling, som også anvendes inden for svangreomsorgen.

Metoder og værktøjer	Link
<p><b>Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)</b>            Er et fælles kvalitetsudviklingssystem for det danske sundhedsvæsen. Målet er at det samlede sundhedsvæsen skal akkrediteres.            Den Danske Kvalitetsmodel opstiller organisatoriske standarder, generelle standarder og sygdomsspecifikke standarder, som er obligatoriske for sygehusene.</p>	<p>De generelle standarder som omfatter alle sygehus patienter:  <a href="http://ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse.aspx">http://ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse.aspx</a></p> <p>De sygdomsspecifikke:  <a href="http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Sygdomsspecifikke-akkrediteringsstandarder/3.4.2-Fødsel-(2/3).aspx">http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Sygdomsspecifikke-akkrediteringsstandarder/3.4.2-Fødsel-(2/3).aspx</a></p>
<p><b>Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)</b>            Er en spørgeskemaundersøgelse der søger at afdække den patientoplevede kvalitet på landets sygehuse.</p>	<p><a href="https://www.sundhed.dk/Profil.aspx?id=20250.1">https://www.sundhed.dk/Profil.aspx?id=20250.1</a></p>
<p><b>Regionale kvalitetsmål</b>            De regionale kvalitetsmål omfatter (udvalgte) kvalitetsmål fra Den Danske Kvalitetsmodel, Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Det Nationale Indikatorprojekt og de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Der ud over omfatter de regionale kvalitetsmål en række yderligere organisatoriske kvalitetsmål.</p>	<p><a href="http://www.regionsyddanmark.dk/wm213980">http://www.regionsyddanmark.dk/wm213980</a></p>
<p><b>Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)</b>            NIP omhandler udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder til vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser (den sundhedsfaglige kvalitet).</p>	
<p><b>Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser</b>  <b>▪ FØTO-databasen</b>            FØTO databasen's formål er at monitorere og kvalitetssikre den prænatale screening for Downs syndrom og den prænatale diagnostik af medfødte misdannelser.</p>	<p><a href="http://www.kliniskedatabaser.dk/artikeldataVis.aspx?id=75&amp;m=0">http://www.kliniskedatabaser.dk/artikeldataVis.aspx?id=75&amp;m=0</a></p>
<p><b>Fødselsregistret hos Sundhedsstyrelsen</b>            Fødselsregistret drives af Sundhedsstyrelsen, og opsamlingen af data hertil sker gennem Landspatientregistret.</p>	<p>Se indikatorer og resultater på:  <a href="http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsstyrelsens%20registre/Foedselsregister/Kvalitetsindikatorer_foedsler.aspx">http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsstyrelsens%20registre/Foedselsregister/Kvalitetsindikatorer_foedsler.aspx</a></p>

## 3.2 Fremadrettede opgaver og aktiviteter

I nærværende afsnit beskrives:

- Anbefalinger der endnu ikke er udmøntede i nærværende fødeplan
- Regional forankring af delvist eksisterende tværfaglige og tværsektorielle samarbejdsfora og netværk
- Fælles praksis inden for områder som registrering, dokumentation og kvalitet
- Nærmere forslag til en række tilbud (delvist eksisterende) der skal udbredes i hele regionen

- Nye aktiviteter der vil medvirke til at kvalificere og styrke indsatsen over for særlige grupper af gravide.

Nedenstående er en konkretisering af disse opgaver.

### **Fødeplanens følgegruppe**

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg anbefaler det, at der etableres et fødeplanudvalg idet et formaliseret og tæt samarbejde mellem regioner og kommuner er vigtigt. Der nedsættes derfor en permanent tværfaglig og tværsektoriel følgegruppe til fødeplanen. Følgegruppen benævnes **Udvalg for Svangreomsorg**. Udvalget skal blandt andet følge implementeringen af fødeplanen, koordinering på tværs af regionen og sektorer, forestå monitorering af fødeplanen, bidrage til løbende evaluering og kvalitetsudvikling, igangsætte de fremadrettede opgaver og aktiviteter samt ajourfører og udvikle svangreomsorgen i regionen.

### **It området**

I dag foregår en stor del af kommunikationen i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel manuelt. Anvendelse af elektronisk kommunikation til understøttelse af samarbejdet om gravide, fødende, barslende kvinder og nyfødte implementeres i takt med sygehusenes ibrugtagning af it-systemer.

Der er blandt andet behov for at svangerskabs- og vandrejournalen gøres elektronisk, hvilket også er et ønske på landsplan. Herudover er der behov for at kunne sende henvisning, bookingsvar, varsling af forventet fødsel til sundhedsplejen, ambulant notat, epikrise, korrespondancemeddelelse, personregisteret/ CPR, fødselsanmeldelse til sundhedsplejen og eventuel faderskabssag.

### **Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde - samarbejdsfora**

Svangreomsorgen er karakteristisk ved, at den ydes tværfagligt på tværs af primær og sekundær sundhedstjeneste. Et veletableret samarbejde er derfor nødvendigt for at opnå svangreomsorgens formål og for at sikre kvalitet og sammenhæng i tilbuddene.

Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i forbindelse med tilbuddene i graviditeten, under fødslen og i barselperioden og samarbejdet med kvinden og familien er beskrevet i forbindelse med svangreomsorgens forskellige tilbud og i afsnit 6 Visitation, samarbejde og kommunikation.

Fælles mødeaktivitet med fokus på koordinering, videndeling, erfaringsudveksling og uddannelse kan medvirke til at sikre og udvikle svangreomsorgens tilbud. Det overordnede samarbejde mellem fødestederne, de praktiserende læger og kommunerne, på ledelsesniveau, finder sted i de lokale samordningsfora (der henvises til Sundhedsaftalerne). Herudover mødes de obstetriske afdelingsledelser på tværs af regionen.

Inden for de forskellige specielle funktioner dannes der netværksgrupper for medarbejderne med henblik på faglig koordinering, videndeling, sparring og udvikling. Det drejer sig om følgende områder:

- De forskellige specialkonsultationer i jordemoderregi
- De forskellige specialteams i Svangreambulatorierne
- Fødsels- og forældreforberedelse
- Risikovurdering og fosterdiagnostik

Netværksgrupperne mødes på tværs af regionen. Netværksgruppernes medlemmer skal følge udviklingen inden for det specialområde, de varetager og være ressourcepersoner for det øvrige personale og formidle ny viden.

Der afholdes endvidere netværksmøder for fødestedets personale og sundhedsplejerskerne omkring de enkelte fødesteder. Det er vigtigt, at styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde med sundhedsplejerskerne, dels i form af mødeaktivitet og dels i form af fælles aktiviteter for kommende forældre.

Herudover kan der i forhold til alle faggrupper i svangreomsorgen afholdes fælles tværfaglige og tværsektorielle temadage og uddannelsesdage om aktuelle emner på regionsplan.

### **Registrering og dokumentation**

Der registreres og dokumenteres allerede i dag på en lang række områder inden for svangreomsorgen. Fødestederne, jordmodercentrene og de praktiserende læger følger de lovmæssige krav til journalføring og indberetning. Kommunerne følger ligeledes de krav, der er fastsat inden for området.

Fødestederne indberetter til Lands Patient Registeret (LPR) på baggrund af data fra de Patient Administrative Systemer (PAS), for eksempel diagnosekoder og procedurekoder. Herudover indberettes der også til Sundhedsstyrelsens Fødselsregister.

Det vil sige at der registreres, indberettes og dokumenteres allerede i dag på en lang række områder. Mere ensartet registrering og dokumentation inden for det regionale område er dog ønskelig.

Der findes en regional overordnet registreringsgruppe forankret i regionens Sundhedsstab. Afdelingen for Sundhedsdokumentation. Der nedsættes en tværfaglig regional gruppe inden for det obstetriske område med henblik på at sikre ensartet registrering på tværs af regionen og dermed sammenlignelige data.

Det er ligeledes vigtigt, at der også arbejdes med ensartet registrering inden for jordmoderkonsultationernes tilbud og område, herunder for eksempel benyttelsen af de forskellige fødsels- og forældreforberedende tilbud og tilbuddene i de forskellige specialkonsultationer.

Endvidere er det vigtigt, at der i forbindelse af etablering af nye aktiviteter tages stilling til fælles registrering og dokumentation.

### ***Kvalitetssikring og -udvikling, forskning***

Der skal fortsat arbejdes med kvalitetssikring og – udvikling, og forskning.

#### ***Audit - perinatal audit***

Formålet med perinatal (tidsperioden før, under og kort tid efter fødslen uden præcis afgrænsning) audit er løbende at foretage kvalitetsmonitorering af svangreprofylaksen, fødselshjælpen og neonatalomsorgen med henblik på kvalitetsudvikling (fremdrage forhold som bør søges forbedret). Dette gøres ved en retrospektiv gennemgang/ vurdering af udvalgte forløb. Der tages hyppigst udgangspunkt i et slutresultat der afveg fra det ønskede. For hvert enkelt tilfælde vurderes kvaliteten af et antal sagkyndige personer inden for området. Audit kan være intern eller ekstern.

Der har i mange år været en praksis med perinatal audit i amterne. På baggrund af erfaringerne herfra etableres der et fælles regional perinatal audit. Den regionale auditgruppe arbejder med nærmere udvalgte områder.

#### ***Audit på risikovurdering og fosterdiagnostik***

Der oprettes regional auditgruppe vedrørende risikovurdering og fosterdiagnostik. Auditgruppen kommenterer data, analyserer resultater og giver anbefalinger til de enkelte afdelinger.

#### ***Forskning***

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg tager i videst mulig omfang udgangspunkt i dokumenteret viden, hvad angår såvel fagligt indhold som effekten af klinisk praksis. En stor del af svangreomsorgen ydes dog på et ufuldstændigt grundlag. Der er derfor behov for en øget forskning inden for området. Se afsnit om overvægt senere i dette afsnit.

En oversigt over igangværende og afsluttede forskningsprojekter inden for svangreområdet i Region Syddanmark gøres tilgængelig for svangreomsorgens aktører i form af links i Fødeplanen.

#### ***Nye tilbud***

Der gives det samme tilbud til gravide, fødende og barslende kvinder i Region Syddanmark. Eventuelt nye (lokale) tilbud iværksættes som udviklings- og forskningsprojekter, der evalueres med henblik på eventuel udbredelse i den øvrige del af regionen.

### **Informationsmateriale**

Beskrivelsen af svangreomsorgens forskellige tilbud, tydeliggørelse af opgavefordelingen og samarbejde samt kommunikation skal medvirke til, at kvinden og familien oplever kvalitet og kontinuitet i tilbuddene. I forhold til familierne er det vigtigt, at de kender de tilbud der gives, og at der gives en ensartet information. Fælles regionalt materiale vil være medvirkende hertil. Der vil blive udarbejdet:

- Fælles regionale retningslinjer for, hvilke oplysninger og data der lægges ud på nettet, således at der er sammenlignelighed mellem de forskellige fødesteder. Herefter skal det fremgå af fødeplanen, hvilke oplysninger det drejer sig om.
- En fælles regional pjece indeholdende oplysninger om de forskellige tilbud i graviditeten, herunder også de forskellige fødsels- og forældreforberelestilbud.
- En fælles regional pjece/ patient information vedrørende glukosebelastning.
- En fælles regional informationspjece indeholdende oplysninger om regionens tilbud i forbindelse med fødsel og barsel, herunder:
  - En patientinformation om smertelindring i forbindelse med fødslen. Beskrivelse af de forskellige tilbud, hvornår bruges de, fordele og ulemper.
  - Beskrivelse af barselklinikernes tilbud, træffetider, kontaktmuligheder og overgangen til sundhedsplejerskerigi.

Når de forskellige pjecer og patientinformationer er udarbejdet, vil de indgå som en del af den regionale fødeplan i form af links, så materialet også er kendt af de forskellige aktører i svangreomsorgen.

### **Ammepolitik**

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at spædbørn udelukkende får modermælk de første 6 måneder.

Jordemodercentre, fødestederne og kommunerne rådgiver i forhold til amning ud fra Sundhedsstyrelsens "Amning – en håndbog for sundhedspersonale". Her ud over har flere fødesteder haft en ammepolitik som følger WHO's anbefalinger "10 skridt mod vellykket amning".

Der vil blive udarbejdet en fælles regional – tværfaglig og tværsektoriel – ammepolitik, der tager udgangspunkt i ovenstående anbefalinger. Det er vigtigt, at kvinderne får ensartet information fra de forskellige fagpersoner.

Den fælles ammepolitik tilknyttes Fødeplanen i form af link.

### **Gastric bypass (GBY) og gastric banding (GBa)**

Der foreligger kun få mindre studier på området. Disse tyder på, at fedmekirurgi medfører forbedret fertilitet og reduktion i risikoen for komplikationer (herunder gestationel diabetes (graviditets diabetes), hypertensive tilstande (forhøjet blodtryk)) i graviditeten og for høj fødselsvægt i sammenligning med svært overvægtige. Der synes dog at være en øget risiko for intrauterin væksthæmning.

Behandlingen er forholdsvis ny i Danmark, og erfaringsgrundlaget er forholdsvis ringe vedrørende graviditet og fødsel. Denne gruppe kvinder følges og føder på Odense Universitetshospital, Odense for at opsamle erfaring på området. Det anbefales, at der oprettes en database, og der foretages en evaluering efter en tre års registreringsperiode.

### **Journaloplysninger til akut tilkald af pædiater**

Oplysninger vedrørende den gravide og fosteret bør samles let tilgængeligt for pædiatere, når disse kaldes til fødestuen. Det drejer sig om følgende emner:

- Termin
- Allergidisposition
- Sygdomme hos den gravide, komplikationer i graviditeten, der kan have indflydelse på fosteret
- Medicinindtagelse i graviditeten, specielt om der er givet celeston eller antibiotika i forbindelse med truende præterm fødsel/ præterm vandafgang
- Abnorme ultralydsfund, fosterskøn
- Positiv dyrkning i graviditeten
- Vandafgang
- Aftaler vedrørende behandling af barnet efter fødslen



- Aftaler vedrørende behov for kommunale foranstaltninger efter fødslen. For nuværende findes disse oplysninger forskellige steder i moderens journal. Oplysningernes samlede tilgængelighed indarbejdes i den elektroniske journal.

### ***En samlet familie i barselperioden***

Ved behov for indlæggelse i barselperioden bør der være mulighed for, at mor og barn kan være sammen under hele indlæggelsen. Mor og barn bør så vidt muligt ikke adskilles, med mindre der er medicinsk indikation herfor. Ligeledes bør der være mulighed for, at faderen/ partneren kan være med under hele forløbet.

Ved fremtidige renoveringer eller nybyggeri bør der derfor tages højde for, at familien (far/ partner) kan være medindlagte.

### ***Sorggrupper, tilbud til kvinder/familier der har mistet et spædbarn***

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg 2009 fremhæves det, at forældre, som mister et barn har nogle særlige behov for at blive hjulpet i gang med det sorgarbejde, der følger.

#### ***Sorggruppe tilbud – OUH, Odense Universitetshospital***

OUH, Odense Universitetshospital tilbyder sorggruppe forløb til par, som har mistet et barn efter 22. graviditetsuge. Der tilbydes 7 mødegange af 4 timers varighed. Forløbene varetages af en tværfaglig gruppe bestående af socialrådgiver, fysioterapeut og jordemoder.

OUH, Odense Universitetshospital overvejer aktuelt at udvide tilbuddet til at omfatte kvinder, der føder på OUH, Svendborg Sygehus, samt kvinder fra den jyske del af regionen der føder på Odense Universitetshospital.

Gruppeforløbet har været et tilbud i flere år. Der foreligger ingen evaluering eller brugertilfredshedsundersøgelse heraf. Det vurderes dog, at parrene profiterer af forløbet.

#### ***Tilbud om deltagelse i sorggrupper for forældre, der har mistet et spædbarn – Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus***

Landsforeningen til Støtte ved Spædbarnsdød har i samarbejde med udvalgte fødesteder (Roskilde, Hillerød og Kolding) oprettet sorggrupper for forældre, der har mistet et spædbarn. Projektet forløber i to år og er støttet af en pulje fra Sundhedsstyrelsen. Projektet evalueres en gang årligt, sidste gang i foråret 2011.

Erfaringer viser, at tidlig og hyppig støtte er væsentligt for et sundt sorgforløb. Målet med projektet er at tilbyde et hurtigt igangsat tilbud til forældre, som lige har mistet et spædbarn.

På fødestederne er det særligt uddannede sorggruppeledere, som tilbyder og afholder sorggruppemøder hver 14. dag i projektperioden. Gruppen er åben, og der kommer løbende forældre ind, mens andre forlader den. Det er individuelt, hvor længe man ønsker at være i gruppen.

Erfaringerne fra projektet i Kolding og tilbuddet i Odense skal danne baggrund for tilrettelæggelse af et tilbud i Region Syddanmark til forældre, som har mistet et spædbarn.

### ***Døde børn***

Årsag- og årsagssammenhænge i forbindelse med intrauterin (i livmoderen), antepartum fosterdød (under fødslen) og perinatal død (den første uge) er komplekse. Mange tilfælde opfattes som uforklarlig og/ eller som et vilkår, man må acceptere. Tilbuddene i forbindelse med døde børn varierer fra fødested til fødested. Især er der forskelle i tilbuddene om undersøgelse af det døde barn.

Disse tilbud bør ensrettes i regionen. Herudover anbefales det, at obduktionen bør udføres af fosterpatolog. Med baggrund i den betydning obduktionsfund har for rådgivning af kvinden ved eventuelt senere ønske om graviditet anbefales den fosterpatologiske ekspertise centraliseret, således at obduktionsfund hviler på et stort erfaringsgrundlag.

Der er beskrevet et tilbud til forældre, hvis børn dør før, under eller lige efter fødslen. Tilbuddet fremgår af afsnit 28 "Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning".

### **Fødsler på Ærø**

Der indgås aftaler om obstetrisk færdighedstræning for jordemødrene i ø-ordningen og personalet på Ærøskøbing Sygehus med Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus. Et tæt formaliseret samarbejde anbefales af Sundhedsstyrelsen, jævnfør Anbefalinger for Svangreomsorg. Baggrunden herfor er geografi/ transport og faglige problemstillinger afledt heraf.

### **Fødsels- og forældreforberedelse**

Tilrettelæggelsen af og indholdet i den fødsels- og forældreforberedende undervisning har varieret meget fra sted til sted. Det fremtidige tilbud er beskrevet. Udover en harmonisering af tilbuddet er det vigtigt, at der er en vis ensartethed i indholdet. Det er endvidere vigtigt, at undervisningen tager udgangspunkt i viden og ikke i holdninger.

Der udarbejdes en fælles regional manual for hovedtemaerne og indholdet i den fødsels- og forældreforberedende undervisning såvel for holdtilbud, tematilbud, åbenthus og tilbud til de særlige grupper for at sikre kvaliteten i undervisningen. Der tages udgangspunkt i den nyeste forskning inden for området, herunder også inden for pædagogik og psykologi.

De fælles manualer tilknyttes Fødeplanen i form af Link

Inden for den fødsels- og forældreforberedende undervisning kan der peges på forskellige udviklingsområder:

- Der kan med fordel tilknyttes en kommunal fysioterapeut til hovedtema 1 og 3
- Tilbud til unge gravide/ mødre kan med fordel gives i samarbejde med kommunerne/ sundhedsplejerskerne
- Tilbud til overvægtige gravide kan med fordel gives i samarbejde med kommunerne

### **Fysisk forebyggende træning og forberedelse – ved fysioterapeut**

Forskning har i de senere år vist, at fysisk aktivitet i graviditeten er en væsentlig forebyggelsesfaktor, der kan forebygge gener, både i graviditeten og i efterforløbet, samt komplikationer ved fødslen.

I Håndbog om forebyggelse og behandling om graviditet og fysisk aktivitet fra Sundhedsstyrelsen konkluderer det, at træning i graviditeten giver færre gravide, som føder ved kejsersnit, færre som forløses med tang, kortere fødsel og mindre risiko for gestationel diabetes (graviditetsbetinget sukkersyge). Træning giver ikke øget risiko for abort.

Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at alle gravide informeres om værdien af fysisk aktivitet og opfordres til at være moderat fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen – uanset hvor aktive de har været forud for graviditeten. Kvinder, som er disponerede for gestationel diabetes eller præeklampsi (svangerskabsforgiftning), bør være fysisk aktive ud over de generelle anbefalinger. Endvidere bør gravide instrueres i træning af bækkenbundens muskler, ligesom konditionstræning med fordel kan påbegyndes under graviditeten.

Forskningen viser, at den gravides nervøsitet og smerter under fødslen begrænses i et vist omfang ved, at der undervises i copingstrategier. Undersøgelser viser endvidere at træningsforløb (minimum 12 uger) under graviditeten giver færre gravide med lændebækkensmerter såvel under graviditeten som i efterforløbet.

Et tilbud med forebyggende tiltag vil dermed kunne være med til at sikre den gravide og hendes partners livskvalitet. Ydermere vil forebyggelse af fysiske gener for den gravide og komplikationer under fødslen, antageligt kunne nedsætte graviditetsrelaterede sygdomsmeldinger, såvel under graviditeten som i efterforløbet og dermed være en samfundsøkonomisk gevinst.

Da et sådan tiltag er af forebyggende art, bør tilbud om fysisk træning til gravide varetages i kommunalt regi som et borgerrettet tilbud.

## **Overvægt**

Det er veldokumenteret, at risikoen for præeklampsi, gestationel diabetes, hypertension og en række fødselskomplikationer (herunder kejsersnit) øges med stigende overvægt hos gravide. For de nyfødte er der endvidere dokumenteret flere misdannelser og høj fødselsvægt med deraf følgende risiko for komplikationer.

Der er endnu begrænset viden om, hvordan forebyggelse og behandling af overvægt forbedres. Det er derfor vigtigt, at der forskes inden for området, ligesom det er vigtigt, at nye metoder afprøves, og at der hele tiden justeres i forhold til ny viden og forskning på området.

### *"Livsstil og Graviditet"*

Der pågår en randomiseret undersøgelse af livsstilsintervention hos gravide med BMI  $\geq 30$  på OUH, Odense Universitetshospital og Skejby Sygehus/ Århus Universitetshospital. (link: [www.livsstiloggraviditet.dk](http://www.livsstiloggraviditet.dk))

Formålet med projekt "Livsstil og Graviditet" er at undersøge, om komplikationer hos mor og barn kan reduceres ved en kontrolleret indsats med kostvejledning og fysisk træning i graviditeten hos i forvejen overvægtige kvinder, ligesom man ønsker at belyse diæt og motions indvirkning på en række hormonelle faktorer i graviditeten (bl.a. sukkerstofskiftet og insulin). Målet er at sænke antallet af komplikationer gennem livsstilsændringer med kost og motion for den overvægtige gravide.

Ved lodtrækning er 360 kvinder med BMI  $\geq 30$  blevet inddelt i 2 grupper – en kontrolgruppe (følger almindelig svangrekontrol for overvægtige gravide) og en behandlingsgruppe, der modtager individuel diætistvejledning 4 gange i løbet af graviditeten, samt ugentlig motionstræning ved erfaren fysioterapeut på et lukket hold for gravide. Der ud over er der vejledning i livsstilsændringer i små grupper samt tilbud om frit medlemskab i et fitnesscenter.

Både kontrol- og behandlingsgruppen bliver indkaldt til ekstra kontrolscanninger for barnets vækst samt blodtryksmåling, vægt og supplerende blodprøver. Alle deltagende kvinder modtager endvidere kosttilskud gennem hele graviditeten.

### *NYT LIV - NYE VANER*

I Kolding indgår fødestedet og kommunen i et samarbejde om projektet NYT LIV - NYE VANER.

Formålet med projektet er at styrke indsatsen i jordemoderpraksis og sundhedspleje over for overvægtige gravide og nybagte mødre. Målet er, at deltagerne indarbejder og fastholder sunde kost- og motionsvaner, og at dette bidrager til at begrænse vægtøgningen i forbindelse med svangerskabet og reducerer vægten efter fødslen.

Det er Sundhedsstyrelsen, der i et samarbejde med det Nationale Udviklingscenter mod Overvægt, udvikler et nyt koncept om vægtrådgivning. Indsatsen er et led i en målrettet indsats inden for vægttab og vægtvedligeholdelse blandt overvægtige voksne. NYT LIV - NYE VANER er et af flere projekter i Danmark, der afprøver vægtrådgivning for svært overvægtige.

### *Database*

Da antallet af overvægtige gravide er stigende og viden om, hvordan forebyggelse og behandling forbedres er begrænset, anbefales det, at der oprettes en database for gravide overvægtige, så gruppen kan følges.

## 4 Svangreomsorgens udfordringer

En række af de kendte årsager til uønskede graviditetsudfald og de udfordringer svangreomsorgen står over for er beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg 2009. Der gives et kort resume heraf i nærværende afsnit.

### 4.1 Social ulighed i sundhed

For langt de fleste sygdomme og risikofaktorer er forekomsten højest i de socialt dårligst stillede grupper. Det gælder også blandt gravide. Der er i Danmark og i de øvrige nordiske lande fundet betydelige sociale uligheder i en række graviditets- og fødselskomplikationer som:

- Lav fødselsvægt
- For tidlig fødsel
- Misdannelser
- Øget børnedødelighed

Disse sammenhænge består uanset, om man måler på social status eller på moderens uddannelsesniveau eller beskæftigelse.

Man kender ikke alle årsager til overforekomsten af ugunstige graviditetsudfald hos de socialt dårligst stillede, men en række kendte risikofaktorer er overrepræsenterede hos disse. Risikofaktorerne er :

- Især rygning, men også
- Højt alkohol indtag
- Dårlige kostvaner
- Fysisk inaktivitet
- Anden negativ sundhedsadfærd, der har betydning for graviditetens udfald

Endvidere gør socialt dårlige stillede kvinder mindre brug af sundhedsvæsenets forebyggende indsats.

### 4.2 Den overvægtige gravide

Såvel international som dansk forskning har vist, at graviditet hos overvægtige er forbundet med en lang række fødsels- og graviditetskomplikationer. (Overvægtige har endvidere også en øget risiko for at opleve problemer med overhovedet at blive gravide).

I 2008 var en tredjedel af alle gravide overvægtige, BMI > 25, og hver ottende svært overvægtige, BMI > 30.

Overvægtige gravide har øget risiko for:

- Gestationel diabetes
- Gestationel hypertension
- Præeklampsi

I forhold til barnet er der øget risiko for:

- Store børn
- Neuralrørsdefekter
- Hjertefejl
- Andre misdannelser
- Sen fosterdød
- For tidlig fødsel
- Overbåren graviditet

I forhold til fødslen er der øget risiko for:

- Flere fødselskomplikationer
- Hyppigere kejsersnit og flere komplikationer i forbindelse hermed
- Igangsættelse af fødslen

Der er kun sparsom viden om, hvorfor overvægtige har flere komplikationer, hvad angår graviditet og fødsel. Der er således et stort behov for forskning på området.

### 4.3 Tobak

Andelen af gravide rygere har afgørende betydning for svangreomsorgens hovedproblemer. Der bør derfor være fokus på problematikken omkring passiv rygning.

Antallet af rygere er faldet over de senere år. I 1991 røg 30,6 % og i 2008 røg 13,5 % af alle gravide.

Der er risiko for:

- For tidlig fødsel
- Intrauterin væksthæmning (for langsom vækst af fosteret)
- Øget perinatal sygelighed
- Øget perinatal dødelighed

Desuden er der sammenhæng mellem moderens rygestatus og:

- Ammelængde
- Vuggedød

### 4.4 For tidlig fødsel

Et barn født før 37 fulde graviditetsuger betragtes som for tidlig født.

Et barn født før 28 fulde graviditetsuger betragtes som ekstremt for tidlig født.

I 2008 blev 6,8 % af alle levende fødte født før 37 uger, og heraf blev 0,5 % født før 28 uger.

For tidligt fødte børn har:

- Betydelig overdødelighed såvel perinatalt som neonatalt
- Hyppigere handicaps

For tidlig fødsel kan have mange årsager, men kun en del af risikofaktorerne er kendte. Det gælder for eksempel:

- Rygning
- Ung alder
- Dårlige sociale forhold
- Stående og gående arbejde
- Tidligere præterm fødsel
- Tidligere cervixinfektion
- Flerfoldsgraviditeter

Tilstedeværelse af kendte risikofaktorer kræver særlig opmærksomhed og indsats under graviditeten.

## 4.5 Intrauterin væksthæmning

For langsom vækst af fosteret kan være et symptom på, at der enten er en utilstrækkelig funktion af moderkagen, eller at fosteret fejler noget alvorligt.

I forbindelse med fødslen har væksthæmmede børn øget risiko for:

- Asfyksi (iltmangel)
- Hypoglycæmi (lavt blodsukker)

Gruppen af væksthæmmede børn er for sammensat til, at et entydigt billede af den psykomotoriske og intellektuelle udvikling kan tegnes. Ved samtidig væksthæmning og for tidlig fødsel vil børnenes umodenhed øge risikoen for senfølger.

En lang række kendte forhold forud for og i graviditeten kan medføre væksthæmning:

- Rygning
- Rusmiddelproblemer
- Dårlige sociale forhold
- Visse typer af medikamenter
- Infektioner
- Flerfoldsgraviditeter

At forebygge og diagnosticere intrauterin væksthæmning i graviditeten er et af hovedformålene med svangreomsorgen.

## 4.6 Medfødt misdannelse

Antallet af børn født med misdannelser har været stigende. I 2008 havde 6,5 % af de nyfødte børn medfødte misdannelser af meget forskellig sværhedsgrad. Mellem 0,3 og 0,6 % af nyfødte børn har svære misdannelser.

Der er forskellige årsager til medfødte misdannelser. En række faktorer er kendte for eksempel alkoholindtagelse i graviditeten og infektioner i graviditeten, men de fleste misdannelser optræder uden sådanne kendte risikofaktorer:

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

Alle gravide tilbydes rådgivning og fosterundersøgelser, hvor en høj andel af de alvorlige misdannelser kan opdages. Det er imidlertid vigtigt at understrege, at fosterundersøgelser ikke udelukker alle misdannelser eller sygdomme hos børnene.

## 5 Fødesteder, svangreambulatorier og jordemoderkonsultationer i Region Syddanmark

I dette afsnit beskrives de overordnede rammer for svangreomsorgen med baggrund i Sundhedsstyrelsens specialevejledninger. Endvidere beskrives forhold vedrørende valg af fødested og fødestedernes lægefaglige tilbud. Her ud over beskrives fødestedernes, svangreambulatorierne og jordemodercentrenes geografiske placering.

### 5.1 Sundhedsstyrelsens specialevejledning

Sundhedsstyrelsen har givet anbefalinger for den fremtidige indsats over for gravide, fødende og barslende kvinder og deres familier: Anbefalinger er grundet i:

- Anbefalinger for Svangreomsorg 2009, hvor der lægges vægt den tværfaglig og tværsektorielle faglige indsats, og
- Sundhedsstyrelsens specialevejledninger af 26-02-2010, hvor de lægefaglige krav til håndtering af lægefaglige specialer er angivet.

Specialevejledningerne er blandt andet udarbejdet med baggrund i faglig rådgivning fra de videnskabelige selskaber.

Specialevejledningerne opererer med tre faglige niveauer, målt i forhold til krav til befolkningens volumen, assistance fra en speciallæge i det pågældende speciale samt anbefalinger og krav til samarbejde med andre specialer. Det drejer sig om

- **Hovedfunktion**, hvor regionsrådet bestemmer placering på regionens sygehuse under hensyntagen til de enkelte specialevejledninger
- **Regionsfunktioner**, som udover OUH placeres 1-2 steder i hver region. Antallet og placeringen skal godkendes af Sundhedsstyrelsen
- **Højtspecialiseret funktion**, der kan etableres 1 – 3 steder i landet, eventuelt 4, hvis særlige forhold gør sig gældende. Antallet og placeringen skal godkendes af Sundhedsstyrelsen

I specialevejledningen for gynækologi og obstetrik er Sundhedsstyrelsens anbefalinger for det faglige grundlag for varetagelse af fødsler på sygehusene beskrevet. Her fremgår det, at fødsler er kategoriseret som en hovedfunktion. Det vil sige, det er Regionsrådet, som har kompetencen til at træffe beslutning om placering af hovedfunktionen.

Af samme specialevejledning er det anført, at der i planlægningen af specialet bør tages højde for de akutte funktioner, som primært er fødsler, akutte problemer i den tidlige graviditet (truende abort, ekstrauterin graviditet, cyster og smerter), blødninger og infektioner.

På den baggrund er det Sundhedsstyrelsens anbefaling, at der på hovedfunktionsniveau bør være muligt at få assistance fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik umiddelbart, og der bør være samarbejde med følgende specialer/funktioner:

- Anæstesiologi med intensivt afsnit niveau 2
- Intern medicin (bredt) Kirurgi
- Neurologi
- Pædiatri med kompetence i neonatologi. I tyndt befolkede områder med ø- eller ø-lignende geografi, hvor dette krav ikke kan opfyldes, vil andre løsninger være nødvendige.

Sundhedsstyrelsen henviser i øvrigt til guidelines, der indeholder de sundhedsfaglige krav, som skal påses i forbindelse med varetagelse af funktioner på hovedfunktionsniveau inden for det gynækologiske og obstetriske speciale – listen findes på [www.dsog.dk](http://www.dsog.dk).

## **Region Syddanmark**

Region har opstillet præmisser for specialeplanlægningen, der søger en balance mellem at:

- Sikre bæredygtige faglige miljøer
- sikre høj faglig standard
- Sikre lokal betjening med mindre faglige hensyn taler imod
- Sikre en afbalanceret fordeling af specialer til de 4 sygehusenheder

## **5.2 Valg af fødested**

Ifølge sundhedslovens bestemmelser har kvinden ret til vederlagsfri fødselsbetjening på sygehus eller anden offentlig institution og til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet.

Langt de fleste fødsler foregår på sygehus, og cirka 1 % føder hjemme. Formålet med Sundhedsvæsenets indsats under fødslen er ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg 2009:

- At sikre trygge forløb uanset hvor kvinden vælger at føde
- At mor og barn kommer igennem fødslen med bedst mulig sundhedstilstand
- At minimere komplikationer under og efter fødslen
- At bidrage til en god fødselsoplevelse for kvinden og hendes partner

Den gravide og hendes familie skal i graviditeten informeres om:

- Mulighed for valg af fødested og medindflydelse på fødselens tilrettelæggelse
- Tilbud om hjælp ved hjemmefødsler
- Fordele og ulemper ved de forskellige valg

Her ud over informeres den gravide og hendes familie også om:

- Ambulante fødsler og tilbuddet i forbindelse hermed
- Visitation til barselpleje på sygehus

Vedrørende visitation til:

- Ambulant fødsel med barselpleje i hjemmet
- Indlæggelse i barselperioden

Henvisning til afsnit 22.1 "Visitation til barsel".

Gravide er omfattet af sundhedslovens bestemmelse om frit sygehusvalg. Det vil sige, at gravide efter behov og ønske kan vælge mellem fødesteder på sygehuse i Region Syddanmark samt fødesteder på sygehuse i andre regioner. Et sygehus kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage personer fra andre regioner.

## **5.3 Hjemmefødsler**

Den gravide har ifølge loven ret til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Det er lægens og jordemoderens opgave, at informere kvinden om muligheden for at vælge en hjemmefødsel.

Kvinder med normal graviditet og forventet normal fødsel kan føde hjemme. Lægen og jordemoderen skal tilråde kvinden at føde på sygehus, hvis der foreligger en kendt øget risiko. Kvinden skal informeres om, at overførelse til sygehus kan blive nødvendig, såfremt der opstår komplikationer. Jordemoderen kan ikke afvise at deltage ved en hjemmefødsel, ligesom kvinden heller ikke kan overføres til sygehus mod sin vilje.

Ønskes hjemmefødsel, skal den gravide oplyses om mulighederne for pleje og bistand i hjemmet ved jordemoder og sundhedsplejerske. Jordemoderen rådgiver ved hjemmebesøg under graviditeten om nødvendige praktiske foranstaltninger i hjemmet.

Der henvises i øvrigt til afsnit 23 "Hjemmefødsler" for nærmere beskrivelse af tilbuddene i forbindelse med hjemmefødsler.



## 5.4 Fødsel på Sygehus

Af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg 2009, fremgår det, at Regionen og de enkelte afdelinger bør fremlægge opdaterede og nemt tilgængelige oplysninger, for eksempel på internettet, omhandlende aktivitet, kvalitet, behandlings- og servicetilbud samt faglige retningslinjer. Endvidere bør der fremlægges oplysninger om muligheden for en jordemoders tilstedeværelse under den aktive del af fødslen, ligesom der bør redegøres for muligheden for assistance fra narkose- og børneafdeling. Disse oplysninger skal sikre, at de gravide har de bedste muligheder for at vælge fødested.

Der indsættes links til Fødestedernes hjemmesider i Fødeplanen, når disse oplysninger er tilvejebragt.

For en nærmere beskrivelse af fødestedernes tilbud i forbindelse med fødslen og barselperioden henvises til afsnit 20 "Den normale og den patologiske fødsel", afsnit 21 "Det raske og det syge nyfødte barn" og afsnit 22 "Den normale og den patologiske barselperiode". Af nedenstående vil det fremgå, hvilke fødesteder der har neonatalafdeling samt beredskabet for de obstetriske, pædiatriske og anæstesiologiske afdelinger på speciallægeniveau.

### 5.4.1 Fødestederne – det lægelige tilbud med mere

Af nedenstående tabel fremgår det, hvilke fødesteder der har en neonatalafdeling, og hvorledes speciallægenes vagtforhold er fordelt:

	Neonatalafdeling	Obstetriker	Pædiater	Anæstesiologer
Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus	Ja	Tilstedeværelsesvagt	Tilstedeværelsesvagt	Tilstedeværelsesvagt
OUH, Odense Universitetshospital	Ja	Tilstedeværelsesvagt	Tilstedeværelsesvagt	Tilstedeværelsesvagt
OUH, Svendborg Sygehus	Nej	Tilstedeværelsesvagt	Har ingen	Tilstedeværelsesvagt
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg Sygehus	Ja	Tilstedeværelsesvagt	Bagvagt fra hjemmet	Tilstedeværelsesvagt
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg Sygehus	Sønderborg – Ja	Sønderborg - Tilstedeværelsesvagt	Sønderborg – Bagvagt fra hjemme	Sønderborg – Tilstedeværelsesvagt
Haderslev Sygehus	Haderslev – Nej	Haderslev – Tilstedeværelsesvagt	Haderslev – Har ingen	Haderslev – Tilstedeværelsesvagt

#### Det anæstesiologiske beredskab og tilbud

På fødestederne er der et anæstesiologisk vagtberedskab bestående af anæstesiologiske speciallæger og anæstesisygeplejerske, der umiddelbart kan kaldes til akut opståede komplikationer før, under og efter fødslen. Det kan for eksempel, dreje sig om assistance til smertebehandling (epiduralblokade), akut sectio, eller anæstesi til tilstande i efterforløbet, herunder større bristninger i vagina eller perinæum samt blødninger. Der ud over kan der ved såvel den normale fødsel som risikofødsler blive behov for anæstesiologisk assistance til det nyfødte barn.

Ved specielt behov er der mulighed for, at den gravide kan henvises til en samtale om og rådgivning vedrørende smertebehandling/ epiduralblokade hos anæstesiologisk speciallæge. Specielt i forhold til den

adipøse gravide kan der være behov for en uddybende samtale og en aftale om, hvornår en eventuel blokade skal anlægges.

### Det neonatologiske beredskab og tilbud

På fødesteder med neonatalafdelinger er der et vagtberedskab bestående af pædiatriske speciallæger, som kan kaldes til fødsler. Det kan dreje sig om fødsler, hvor den gravide er visiteret til fødestedet på grund af, at der eventuelt kan forventes komplikationer eller fødsler, hvor der opstår akutte problemer under og efter fødslen.

Ved truende for tidlig fødsel, ved visse misdannelser med mere tilstræbes den gravide overflyttet til et fødested med neonatalafdeling med relevant neonatologisk ekspertise før fødslen. Der henvises afsnit 28 "Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning.

Forventes fødsel af et dårligt barn skal der være pædiater/ neonatolog til stede ved fødslen. Da der ikke er neonatalafdeling på fødestederne i Svendborg og Haderslev varetages den primære behandling af obstetrikere og anæstesiolog. Om nødvendigt overflyttes barnet til en børneafdeling. Ved overflytninger tilstræbes moderen overflyttet samtidig til barselshvile.

### Hentetransport af syge nyfødte børn.

Transport til OUH foretages af hentehold. Regionen disponerer over en særligt udstyret babyambulance, som er stationeret hos Falck, Odense. Ambulancen anvendes hyppigst af hentehold fra Odense, der kan rekvireres døgnet rundt gennem **neonatalvagten på OUH**. Babyambulancen står også til rådighed for regionens øvrige børneafdelinger.

## 5.4.2 Beskrivelse af fødestedernes fysiske rammer i forbindelse med indlæggelse i barselperioden

### Bemærkning

Beskrives senere, når vi kender anbefalingerne/ beslutningerne vedrørende barseltilbuddet.

## 5.5 Fødesteder og svangreambulatorier – adresser og telefonnumre

Sygehus	Adresse	Telefon nr.	Hjemmeside
<b>OUH, Odense Universitetshospital</b>			
Odense Universitetshospital har tre fødesteder beliggende i henholdsvis Odense, Svendborg og Ærøskøbing. Svendborg Sygehus betjener fødestedet på Ærø.			
<b>OUH, Odense Universitetshospital, Odense</b> Obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling. Hovedfunktion og højt specialiseret funktion. Der er svangreambulatorium i forbindelse med fødestedet.	D – Gynækologisk Obstetrisk afdeling Bygning 40, 3. sal. Kløvrvænget 5000 Odense C	65 41 23 44	<a href="http://www.ouh.dk/default.asp?id=141576">http://www.ouh.dk/default.asp?id=141576</a>
<b>OUH, Odense Universitetshospital, Svendborg</b> Obstetrisk specialafdeling uden neonatalafdeling.	Gynækologisk- obstetrisk afdeling D Valdemarsgade 53 5700 Svendborg	63 20 23 05	<a href="http://www.ouh.dk/wm107447">http://www.ouh.dk/wm107447</a>

Hovedfunktion. Der er svangreambulatorium i forbindelse med fødestedet.			
<b>Ærøskøbing</b> Fødested <b>uden</b> obstetriske speciallæger og anæstesiologer – Ø sygehus status. Vedrørende de særlige forhold i forbindelse med fødsel på Ærøskøbing Sygehus henvises til afsnit 24. "Fødsler på Ærøskøbing Sygehus".	Sygehusvejen 18 5970 Ærøskøbing	63 52 14 32	<a href="http://www.ouh.dk/wm124922">http://www.ouh.dk/wm124922</a>
<b>Sygehus Lillebælt</b> Sygehus Lillebælt har fødested på Kolding Sygehus. Kolding Sygehus betjener svangreambulatorier i Vejle og Fredericia.			
<b>Kolding Sygehus</b> Obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling. Der er svangreambulatorium i forbindelse med fødestedet.	Fødeafdelingen Skovbrynet 2-8 6000 Kolding	76 36 24 44	<a href="http://www.sygehuslillebaelt.dk/default.asp?id=225149">http://www.sygehuslillebaelt.dk/default.asp?id=225149</a>
<b>Svangreambulatoriet i Vejle</b> Svangreambulatorium <b>uden fødested</b>	Svangreambulatoriet i Vejle, "Vestbygården" Nyboesgade 35, indgang B 7100 Vejle	76 41 56 00	
<b>Svangreambulatoriet Fredericia Sygehus</b> Svangreambulatorium <b>uden fødested</b>	Svangreambulatoriet Fredericia Sygehus Dronningensgade 97 7000 Fredericia	76 36 70 80	
<b>Sydvestjysk Sygehus</b> Sydvestjysk Sygehus har fødested på Esbjerg Sygehus.			
<b>Esbjerg Sygehus</b> Obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling. Der er svangreambulatorium i forbindelse med fødestedet.	Fødegangen Finsensgade 35 6700 Esbjerg	79 18 27 32	<a href="http://www.sydvestjysksygehus.dk/wm222745">http://www.sydvestjysksygehus.dk/wm222745</a>
<b>Sygehus Sønderjylland</b> Sygehus Sønderjylland har to fødesteder beliggende i henholdsvis Sønderborg og Haderslev.			
<b>Sønderborg Sygehus</b> Obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling. Der er svangreambulatorium i forbindelse med fødestedet.	Sønderborg Sygehus, Sydvang 1, 6400 Sønderborg	74 18 23 34	<a href="http://www.sygehussonderjylland.dk/wm230637">http://www.sygehussonderjylland.dk/wm230637</a>

<b>Haderslev Sygehus</b> Obstetrisk specialafdeling uden neonatalafdeling. Hovedfunktion. Der er svangreambulatorium i forbindelse med fødestedet.	Skallebækvej 7, 6100 Haderslev	74 27 32 35	<a href="http://www.sygehussonderjylland.dk/wm230637">http://www.sygehussonderjylland.dk/wm230637</a>
---	-----------------------------------	-------------	---

### Niebüll

For borgere i Tønder området er det muligt at føde i Niebüll, vedrørende de særlige forhold i forbindelse hermed henvises til afsnit 25 "Fødsel i Niebüll".

## 5.6 Jordemoderkonsultationer - adresser og telefonnumre

Af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fremgår det, at jordemoderkonsultationerne så vidt mulig bør placeres i nærmiljøet således, at der bliver nem adgang for den gravide. Det kan være hensigtsmæssigt at placere jordemoderkonsultationerne i forbindelse med for eksempel en praksis med flere læger og fælles faciliteter, der også kan benyttes til den fødsels- og forældreforberedende undervisning. Jordemoderkonsultationerne kan også placeres i lokalefællesskab med sundhedsplejersker eller i et sundhedscenter, ligeledes med fælles faciliteter.

I forbindelse med jordemoderkonsultationernes antal og placering er der taget udgangspunkt i, at der bør være en konsultation i hver kommune (Fanø dog undtaget). Dette skønnes hensigtsmæssigt ud fra det tværsektorielle samarbejde, især i forhold til sundhedsplejerskerne. Nogle kommuner har dog en sådan størrelse og/ eller geografi, at der er to konsultationer.

Jordemoderkonsultation	Adresse	Telefon nr.
<b>OUH; Odense Universitetshospital, Odense</b> Odense Universitetshospital, Odense betjener følgende konsultationer.		
<b>Odense Centrum Jordemodercenter (Rytterkasernen)</b>	Rytterkasernen 13 5000 Odense C	63 14 36 00
<b>Odense Øst Jordemoderkonsultation (Vollsmose)</b>	Birkeparken 124 5240 Odense NØ	66 10 47 89
<b>Middelfart Jordemoderkonsultation</b>	P.V. Tuxensvej 14 5500 Middelfart	63 48 40 30
<b>Kerteminde Jordemoderkonsultation</b>	Mødestedet Strandvejen 10 5300 Kerteminde	21 74 89 15
<b>Bogense Jordemoderkonsultation</b>	Adelgade 32 E, 1. sal 5400 Bogense	21 47 03 83
<b>Odense Universitetshospital, Svendborg</b> Odense Universitetshospital, Svendborg betjener følgende konsultationer.		
<b>Svendborg Jordemoderkonsultation</b>	Jordemoderhuset Valdemarsgade 49 5700 Svendborg	63 20 27 72

<b>Rudkøbing Jordemoderkonsultation</b>	Forebyggelsescentret Fredensvej 1 5900 Rudkøbing	62 50 24 79
<b>Ærø Jordemoderkonsultation</b>	C/O Sygehus Fyn Ærøskøbing Sygehusvej 18 5970 Ærøskøbing	63 52 14 32 / 6352 1400
<b>Ringe Jordemoderkonsultation</b>	Sygehus Fyn Ringe Søvej 5 5750 Ringe	63 62 18 23
<b>Fåborg Jordemoderkonsultation</b>	Damtoften 8 5600 Faaborg	63 61 15 51 /53
<b>Nyborg Jordemoderkonsultation</b>	Sygehus Fyn Nyborg Grejsdalen 20 5800 Nyborg	63 31 29 41
<b>Assens Jordemoderkonsultation</b>	Odensevej 29 5610 Assens	64 71 17 20
<b>Sygehus Lillebælt</b> Sygehus Lillebælt betjener følgende konsultationer.		
<b>Kolding jordemodercenter</b>	Kolding Sygehus Skovvangen 2-8 6000 Kolding	76 36 24 23 eller 76 36 24 45
<b>Vejle jordemodercenter</b>	"Vestbygården" Nyboesgade 35, indgang B 7100 Vejle	76 41 56 00
<b>Fredericia jordemodercenter</b>	Fredericia Sygehus Dronningensgade 97 7000 Fredericia	76 23 70 85 (tirs. / tors.) 76 23 70 80 (ons.)
<b>Sydvestjysk Sygehus</b> Sydvestjysk Sygehus betjener følgende konsultationer.		
<b>Grindsted jordemoderkonsultation</b>	Grindsted Sygehus 7200 Grindsted	79 18 91 95
<b>Esbjerg jordemoderkonsultation</b>	Jyllandsgade 79 C 6700 Esbjerg	79 18 24 80
<b>Varde jordemoderkonsultation</b>	Varde Sygehus	79 18 39 52

	6800 Varde	
<b>Ribe jordemoderkonsultation</b>	Ribe Sundhedscenter Tangevej 6 6760 Ribe	75 42 40 84
<b>Sygehus Sønderjylland</b> Sygehus Sønderjylland betjener følgende konsultationer.		
<b>Sønderborg jordemodercenter</b>	Prins Henriks Avenue 10 6400 Sønderborg	74 18 26 00
<b>Toftlund jordemoderkonsultation</b>	Rådhuset - 2. indgang fra Vestsiden Danavej 15 6520 Toftlund	74 92 97 79
<b>Tønder jordemoderkonsultation</b>	Ribe Landevej 1 6270 Tønder	73 92 62 23
<b>Aabenraa jordemoderkonsultation</b>	Reberbanen 3. st. th. 6200 Aabenraa	74 62 17 22
<b>Haderslev jordemodercenter</b>	Simmerstedvej 1 6100 Haderslev	74 52 15 89
<b>Fælles konsultation mellem Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland og Sygehus Lillebælt</b>		
<b>Brørup jordemoderkonsultation</b> <b>OBS:</b> Jordemødrene fra Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Lillebælt og Sygehus Sønderjylland betjener konsultationen.	Brørup Sygehus 6650 Brørup	79 60 12 40

**Bemærkning:**

*Der indsættes kort over fødestederne, svangreambulatorierne og jordemoderkonsultationerne.*

## 6 Visitation, samarbejde og kommunikation

Afsnittet beskriver forhold vedrørende visitation og fagpersonernes rolle og ansvarsfordeling. Her ud over beskrives kommunikation og samarbejde samt udveksling af informationer.

### 6.1 Visitation

Visitation af den enkelte gravide sker ud fra det frie sygehusvalgs principper og på baggrund af fødeplanens lokale visitationsretningslinjer for Region Syddanmark. – Se afsnit 28 ”Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning”.

Ved hjælp af visitationsretningslinjerne foretages en vurdering af, hvorvidt den gravide tilhører en gruppe med risici under graviditeten, fødslen og/ eller i barselperioden.

Risikotilstandene er forsøgt beskrevet efter samme systematik, hvor det er skønnet relevant med angivelse af:

- Definition
- Hyppighed – hvor det har været muligt
- Risikogrupper
- Risikofaktorer
- Risici – risici for moderen, barnet, i graviditeten og/ eller under fødslen
- Håndtering, det vil sige tilbud, indsats og behandling
  - I graviditeten – hvem gør hvad – den praktiserende læge, jordmoderen og/ eller svangreambulatoriet
  - Fødslen – hvor anbefales fødslen at finde sted
  - Efter fødslen – særlige forholdsregler, for eksempel i forhold til amning, anbefaling vedrørende ambulante fødsel eller behov for indlæggelse
  - Senere opfølgning – særlige forholdsregler, anbefalinger vedrørende opfølgning med mere

Ved behov eller hvor der er øget risiko for komplikationer under graviditeten og/ eller fødslen, inddrages de obstetriske speciallæger/ svangreambulatorierne i undersøgelserne og behandlingen. Det sker enten ved primær visitation fra den praktiserende læge eller sekundær visitation fra den praktiserende læge eller jordmoderen.

#### 6.1.1 Primær visitation

Primær visitation vedrører visitation ved graviditetens indtræden.

Den primære visitation til fødsel finder sted hos den praktiserende læge tidligst muligt i graviditeten. Primær visitation er en proces, hvor såvel den praktiserende læge som obstetriker i svangreambulatoriet vurderer de oplysninger, som den gravide giver til svangerskabs- og vandrejournalen.

Følgende praksis er aftalt vedrørende primær visitation:

- Den praktiserende læge udfylder svangerskabs- og vandrejournalen og vurderer umiddelbart, hvilke gravide der henvises til undersøgelse, kontrol eller behandling i svangreambulatoriet.
- Den praktiserende læge anfører i svangerskabs- og vandrejournalen, hvilken jordmoderkonsultation den gravide ønsker at benytte og sender papirerne dertil.
- Den praktiserende læge indsender svangerskabsjournalen til det lokale svangreambulatorium, med mindre der ifølge regionens retningslinjer for visitation af gravide og fødende er indikation for, at svangrekontrollen og/ eller fødslen skal foregå på en afdeling med adgang til specielle funktioner, for eksempel pædiatri, neonatalafdeling, endokrinologisk afdeling (diabetes team) eller på Odense Universitetshospital. Papirerne indsendes da i forhold til dette. Det noteres, hvis der henvises til et særligt team.

- Svangreambulatoriet modtager og gennemgår svangrepapirerne på samtlige gravide. I forbindelse med mangelfuldt udfyldt svangerskabs- og vandrejournal anmodes den praktiserende læge om supplerende oplysninger.
- Svangreambulatoriet indkalder de gravide, som den praktiserende læge har henvist til undersøgelse i ambulatoriet.
- De gravide, som den praktiserende læge har skønnet som normalgravide uden risici, men hvor svangreambulatoriet vurderer, at der er et behov for udredning, indkaldes til ambulatoriet. Den praktiserende læge informeres herom.
- Jordemoderkonsultationen indkalder de gravide til første jordemoderkonsultation. Ved 1. jordemoderundersøgelse kan journaloplysningerne eventuelt suppleres med yderligere oplysninger.

### **6.1.2 Sekundær visitation**

Sekundær visitation vedrører omvisitering i graviditetsforløbet.

I løbet af graviditeten kan der opstå risikofaktorer/ komplikationer, der indebærer behov for omvisitering til fødsel og/ eller medinddragelse af obstetrisk speciallægebistand. Risikotilstande kan veksle i løbet af graviditeten. Således kan en gravid godt være i en risikogruppe på et givent tidspunkt i graviditeten, uden at det har betydning i forbindelse med fødsel til termin.

Følgende praksis er aftalt vedrørende sekundær visitation:

- Den praktiserende læge kan til enhver tid henvise den gravide til svangreambulatoriet/ fødegangen enten foranlediget af egne observationer eller på vegne af jordemoderen.
- Jordemoderen kan henvise til den praktiserende læge med angivelse af en problemstilling og med henblik på nærmere vurdering. Hvor det er muligt, anvendes en elektronisk meddelelse (korrespondancemeddelelse eller ambulans notat). Indtil da skal grunden for henvisningen fremgå tydeligt af vandrejournalen.
- Jordemoderen skal henvise direkte til fødegangen, hvis hun skønner, at kvinden og/ eller barnets tilstand hurtigt vil forværres, hvis henvisningen eller indlæggelsen ikke sker omgående for eksempelvis ved mindre liv, påvirket hjertelyd, præmature veer eller blødning. Den praktiserende læge informeres herom efterfølgende via en elektronisk meddelelse, hvor det er muligt, ellers pr. brev.
- Jordemoderen kan henvise til svangreambulatoriet på visse obstetriske indikationer. For nærmere oplysning herom henvises der til afsnit 28 "Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning". Den praktiserende læge informeres efterfølgende herom via en elektronisk meddelelse, hvor det er muligt, ellers pr. brev.
- Alle henvisninger til svangreambulatoriet skal ledsages af en problemstilling som forudsætning for nærmere vurdering – for eksempel skønnet vægt, symfyse-fondus-mål ved IUGR.
- Svangreambulatoriet indkalder de gravide, som den praktiserende læge eller jordemoderen har henvist.
- Det er nødvendigt for samarbejdet omkring den gravide, at besked om ændring i den primære visitation tilgår de implicerede samarbejdspartnere.
- Det er vigtigt at understrege, at tilbagevisitering til primærsektor (den praktiserende læge og jordemoderen) skal finde sted om muligt.



## 6.2 Fagpersonernes ansvar og roller, herunder inddragelse af andre samarbejdspartnere

I forhold til kvinden/ familien er den praktiserende læge den kontinuerlige kontakt til sundhedsvæsenet i hele forløbet og forestår koordinationen mellem læge og jordemoder.

Jordemoderen er den sundhedsperson, kvinden har hyppigst kontakt med under graviditeten og den centrale fagperson under fødslen. Jordemoderen er den gravides kontaktperson i graviditeten.

Obstetrisk speciallæge medinddrages i den primære visitation og koordinerer undersøgelser og behandling af komplicerede graviditeter og risikoforløb. Den obstetriske speciallæge er tovholder i forhold til patologiske graviditeter.

Den praktiserende læge og jordemoder er ansvarlige for den sekundære visitation til obstetrisk speciallæge og for at sikre, at andre faggrupper inddrages ved behov, for eksempel:

- Arbejds- og miljømedicinsk klinik
- Socialrådgiver/ sagsbehandler
- Sundhedsplejerske
- Familieambulatoriet

Familieambulatoriet forestår samarbejde og koordination i forhold til målgruppen. Det påhviler familieambulatoriet, at medinddrage relevante faggrupper i det tværsektorielle samarbejde.

Fødestedet varetager den støtte og vejledning, der gives til mor og barn efter udskrivelsen og indtil sundhedsplejersken har været på sit første besøg, der finder sted i henhold til anbefalingerne.

Under hele forløbet af graviditet, fødsel og barsel skal der tages udgangspunkt i kvindens egne ønsker. En forudsætning herfor er et højt informationsniveau hos den gravide. Dette er alle involverede faggruppers ansvar.

Ved særlig behov for støtte til familien af fysisk, psykisk og/eller social karakter underrettes kommunen, jævnfør § 153 i Serviceloven om skærpet underretningspligt.

## 6.3 Kommunikation og samarbejde, herunder udveksling af informationer

På grund af fysisk adskilte placeringer af de mange forskellige fagpersoner, er der behov for veletablerede kommunikationsveje og metoder til at sikre kommunikation, koordination og kontinuitet.

Information til de forskellige instanser kan kræve samtykke fra kvinden. De forskellige parter indhenter accept til udveksling af information med øvrige samarbejdspartnere.

### 6.3.1 I graviditeten

Svangerskabs- og vandrejournaler er et vigtigt meddelelsesblad til udveksling af information og til kommunikation og koordination faggrupperne imellem. Det er derfor vigtigt, at bruge den autoriserede version, således at kvinden altid har den opdaterede journal.

Her ud over er der aftalt følgende vedrørende papirgange og gensidig information:

- Kvinden opbevarer selv sin kopi af vandrejournalen.
- Kopi af relevant korrespondance fra svangreambulatoriet til den gravide tilgår både den praktiserende læge og jordemoderen.

- Enhver henvendelse i svangreambulatoriet eller på fødegangen afføder et ambulant- eller indlæggelsesnotat, som tilgår den praktiserende læge og jordmoderen.
- En ændring af fødselsterminen beregnet på baggrund af ultralydsscanning fremgår af vandrejournalen. Der ud over skal den praktiserende læge orienteres herom. Ved behov berigtiger den praktiserende læge en eventuel ændring af beregnet fødselstermin over for de sociale myndigheder.
- Jordmoderen og den praktiserende læge skal gensidig orientere hinanden om henvisninger til for eksempel arbejdsmedicinsk klinik, svangreambulatoriet, fødegangen, sundhedsplejersken, de sociale myndigheder med mere. Informationen gives via en elektronisk meddelelse, hvor det er muligt, ellers pr. brev.
- Jordmoderen afsender meddelelse til sundhedsplejen om varsling af forventet fødsel. Informationen gives via en elektronisk meddelelse, hvor det er muligt, ellers pr. brev.

### **6.3.2 Fødslen**

I forbindelse med fødslen er der fastsat nogle lovmæssige krav om anmeldelse.

Jordmoderen foretager anmeldelse af fødslen til:

- Kordegnen/ personregisterføreren
- Er moderen ugift sendes anmeldelse til de sociale myndigheder sammen med eventuel "omsorgs – ansvarserklæring"
- Til den kommunale sundhedspleje
  - Såfremt kvinden ikke ønsker besøg af sundhedsplejersken orienteres den praktiserende læge herom

Der foretages indberetninger til Sundhedsstyrelsen.

Særligt vedrørende hjemmefødsler og dødfødsler

- Ved hjemmefødsler og ved dødfødsler foretages anmeldelsen til Sundhedsstyrelsen manuelt på særlige formularer (papirudgave)

### **6.3.3 Barseperioden – sygehusets opgaver**

Det er vigtigt, at information om mor og barn tilgår sundhedsplejerske og den praktiserende læge, således at de har de nødvendige oplysninger i forhold til den senere opfølgning.

#### **Ambulant fødsel**

Oplysninger vedrørende fødslen og mor og barns tilstand sendes til:

- Den praktiserende læge i form af en epikrise, så hurtigt som muligt og senest 3 hverdage efter udskrivelsen
- Den kommunale sundhedstjeneste orienteres så hurtigt som muligt (senest dagen efter)
  - Oplysningerne skal være fyldestgørende med henblik på at kvalificere den første sundhedsplejerskekontakt til familien

#### **Patologiske barseforløb**

Oplysninger vedrørende fødslen og indlæggelsesperioden, særlige forhold vedrørende mor og barns helbredstilstand og trivsel sendes til:

- Den praktiserende læge, i form af en epikrise, så hurtigt som muligt og senest 3 hverdage efter hjemskrivelse
- Den kommunale sundhedstjeneste orienteres om forløbet og tidspunkt for udskrivelse
  - Oplysningerne skal være fyldestgørende med henblik på at kvalificere den første sundhedsplejerskekontakt til familien

**Det bemærkes**, at såfremt familien er udskrevet fra fødestedet med særlige behov for støtte og rådgivning, tilbyder den kommunale sundhedstjeneste besøg i henhold til bekendtgørelse nr. 1193 af 28. november 2006 § 11.

### **Barselklinik**

Den praktiserende læge og sundhedsplejersken:

- Orienteres om særlige forhold vedrørende mor og barns helbredstilstand og trivsel
- Informeres om eventuel genindlæggelse og årsagen hertil

Informationen gives via en elektronisk meddelelse, hvor det er muligt, ellers pr. brev.

### **Efterfødselssamtale ved jordemoder**

Den praktiserende læge og sundhedsplejersken:

- Orienteres om særlige forhold

Informationen gives via en elektronisk meddelelse, hvor det er muligt, ellers pr. brev.

### **Samtale efter patologisk eller traumatisk forløb**

Den praktiserende læge og sundhedsplejersken:

- Informeres om forhold, der kan have betydning i det aktuelle forløb
- Informeres om forhold der kan have betydning i forbindelse med en eventuel ny graviditet

Informationen gives via en elektronisk meddelelse, hvor det er muligt, ellers pr. brev.

## **6.3.4 Sundhedsplejersken efter fødslen**

Sundhedsplejersken:

- Ved behov informeres/ henvises der til den praktiserende læge
- Ved behov gives der en tilbagemelding til jordemoderen og/ eller fødestedet
- Ved behov henvises kvinden til opfølgningssamtale hos jordemoder og/ eller obstetriker

Informationen gives via en elektronisk meddelelse, hvor det er muligt, ellers pr. brev.

## **6.3.5 8 uger undersøgelsen hos den praktiserende læge**

Den praktiserende læge:

- Ved behov informeres/ henvises til sundhedsplejerske
- Ved behov gives der en tilbagemelding til jordemoderen og/ eller fødestedet
- Ved behov henvises kvinden til opfølgningssamtale hos jordemoder og/ eller obstetriker

Informationen gives via en elektronisk meddelelse, hvor det er muligt, ellers pr. brev.

## **6.4 It-understøttelse af samarbejdet i svangreomsorgen**

For at styrke og lette det administrative arbejde i forbindelse med kommunikation og information mellem de mange forskellige fagpersoner, der samarbejder om den gravide og nyfødte, er der behov for at anvende it og elektronisk kommunikation. Digitalisering styrker samarbejdet og bidrager til at gøre forløbet mere gennemsigtigt, idet nødvendige og relevante data hurtigt bliver tilgængelige for alle parter. Desuden bliver det muligt let og hurtigt at dokumentere.

### **6.4.1 It-anvendelse**

De forskellige fagpersoner og sektorer anvender hver deres it-løsninger:

- Sygehusenes fødeafdelinger og svangreambulatorier anvender patientadministrative systemer (PAS-systemer) til for eksempel indberetning af fødsler til Sundhedsstyrelsen, elektronisk patientjournal (EPJ) og specialsystemer til for eksempel ultralydsskanning. De 6 fødesteder i regionen anvender på nuværende tidspunkt forskellige PAS-systemer og EPJ-systemer.

- Jordemødre arbejder i jordemoderkonsultationer, der ligger geografisk placeret i nærmiljøet på 25 lokationer. Jordmødre har ikke alle steder adgang til it-systemerne på sygehusene.
- Alment praktiserende læger anvender alle it-baserede journalsystemer. Der anvendes 12 forskellige journalsystemer. Alle lægesystemerne kan håndtere de kommunikationsstandarder, som anvendes til kommunikation mellem sygehusene og lægepraksis (for eksempel elektronisk henvisning, epikrise, ambulante notat, korrespondancemeddelelse)
- Den kommunale sundhedspleje har i nogle kommuner indført it-journaler. Der anvendes 2 forskellige systemer

## 6.4.2 Forudsætninger

For at etablere elektronisk kommunikation mellem parterne er anvendelse af it-baserede journalsystemer en forudsætning og it-systemerne skal indeholde de data, der er grundlag for it-understøttelsen af arbejdsgangen i henhold til fagpersonernes ansvar og roller. Desuden er det en forudsætning, at der findes nationale standarder for udveksling af data mellem parterne.

Disse forudsætninger er ikke fuldt ud til stede på nuværende tidspunkt:

- Jordemødre bør have adgang til PAS- og EPJ-systemer.
- Der bør etableres it-understøttelse af arbejdsgangen på fødesteder og i jordemoderkonsultationer.
- Alle de kommunale sundhedsplejeafdelinger bør anskaffe it-baserede journalsystemer/ sundhedsplejesystemer, der kan understøtte arbejdsgangen i sundhedsplejen.
- Der mangler nationale standarder for udveksling af svangerskabsjournaler, anmeldelse til kordegnen/ personregisteret/ CPR og til sundhedsplejen, samt blanketter til de sociale myndigheder. MedCom er i gang med at konsolidere deres kommunikationsstandarder for anmeldelse til sundhedsplejen, ligesom Kirkeministeriet er i gang med at konsolidere deres standard for anmeldelse til personregisteret/ CPR.
- Den fællesoffentlige Digital Sundhed (SDSD) er ved at etablere et nationalt projekt for udvikling af den elektroniske vandrejournal.
- Når disse nationale standarder er vedtaget forestår der et implementeringsarbejde både teknisk og organisatorisk hos de forskellige parter.
- Der mangler etablering af en elektronisk vandrejournal med integration til de anvendte journalsystemer hos alle de relevante parter, således at data kun indtastes én gang. Den gravide bør have digitalt adgang til vandrejournalen.

## 6.4.3 It-udvikling

For at kunne digitalisere samarbejdet om den gravide og nyfødte både i sygehusregi og tværsektorielt er der således behov for at igangsætte et udviklingsprojekt vedr. it-understøttelse af fødeplanen:

- Behovet for it-understøttelse af arbejdsgangen hos jordemødre, fødeafdelinger og svangreambulatorier bør kortlægges og på baggrund af dette bør EPJ-systemet/-systemerne videreudvikles. Standarderne for anmeldelse til sundhedspleje og Kirkebog skal implementeres i systemet.
- Der skal etableres it-mæssig adgang for jordemødrene i jordemoderkonsultationerne
- Kommunerne bør alle anskaffe journalsystemer til sundhedsplejen og udvikle disse til at kunne håndtere de relevante kommunikationsstandarder
- Den fællesoffentlige Digital Sundhed's (SDSD) projekt vedrørende den elektroniske vandrejournal bør følges. Der bør være fokus på data-integration til de anvendte journalsystemer hos både fødeafdeling, jordemødre og almen praksis

Det er dog vigtigt at udnytte de muligheder, der allerede er til stede hos parterne i dag og at anvende allerede eksisterende elektroniske meddelelsesformer som: henvisning, epikrise, ambulante notat, korrespondancemeddelelse med videre til at understøtte kommunikationen, parterne imellem.

## 7 Differentiering af svangreomsorgen

Svangreomsorgen omfatter prækonceptionel rådgivning, graviditet, fødsel, barsel samt støtte til familiedannelse.

Graviditet, fødsel og barsel er et forløb, hvor de forskellige tilbud og konsultationer er dele af en individuel tilrettelagt helhed.

Den praktiserende læge og jordmoderen er de hovedansvarlige fagpersoner, når det gælder den ukomplicerede graviditet og fødsel. Den obstetriske speciallæge koordinerer undersøgelser og behandling af komplicerede graviditeter og risikoforløb. Når der foreligger specifikke risikofaktorer med behov for medicinske, obstetriske og/ eller psykosociale interventioner, kan den gravide have kontakt med andre specialister. Ligeledes kan der være behov for at inddrage sundhedsplejersken og/ eller kommunale sagsbehandlere.

### ***Differentiering af svangreomsorgen***

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

### 7.1 Niveau 1

Er det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselpleje, hvis graviditet vurderes uden øget risiko.

### 7.2 Niveau 2

Er et udvidet tilbud til gravide, der kan varetages af de faggrupper, der arbejder inden for svangreomsorgen.

Det kan for eksempel dreje sig om:

- Tilbud til rygere eller overvægtige
- Kvinder med tidligere dårlige fødselsoplevelser
- Kvinder med mislykkede ammeforløb
- Kvinder som venter mere end et barn
- Kvinder med risiko for gestationel diabetes

Der vil her være behov for at tilpasse tilbuddet til kvindens individuelle behov og for at henvise til særlige tilbud, der er etableret i regionen eller i kommunen for disse kvinder.

### 7.3 Niveau 3

Er et udvidet tilbud til gravide, der involverer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/ eller tværsektorielt samarbejde med kommunen.

Ved sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger af mere kompleks karakter tilbydes den gravide svangreomsorg på dette niveau.

Det kan for eksempel dreje sig om:

- Kvinder med psykologiske/ psykiatriske problemer
- Kvinder som har nyopståede eller kroniske somatiske lidelser, der fordrer samarbejde med andre speciallæger
- Kvinder med svære sociale problemstillinger af enten økonomisk eller familiær karakter kan desuden have behov for et udvidet tilbud om kontakt til og støtte fra sundhedsvæsenet eller socialforvaltningen

Lokale tværfaglige grupper vil typisk kunne varetage opgaverne på dette niveau.

## 7.4 Niveau 4.

Indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som for eksempel familieambulatorier, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud.

Den gravide indplaceres på dette niveau, når der er tale om særlig komplicerede problemstillinger, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytning mellem mor og barn samt varetagelse af barnets tarv, for eksempelvis:

- Misbrug af alkohol eller andre rusmidler
- Svære psykiske/ psykiatriske lidelser og/ eller
- Alvorlig social belastning

### ***Fast støttepersonen til særlig udsatte gravide***

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

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

## **7.5 Forløbsprogram for graviditeten**

### Praktiserende læge

Ser alle gravide i uge 6 – 10 - 1. lægeundersøgelse.

Svangerskabs- og vandrejournalen fremsendes til svangreambulatoriet og jordemoderkonsultationen.

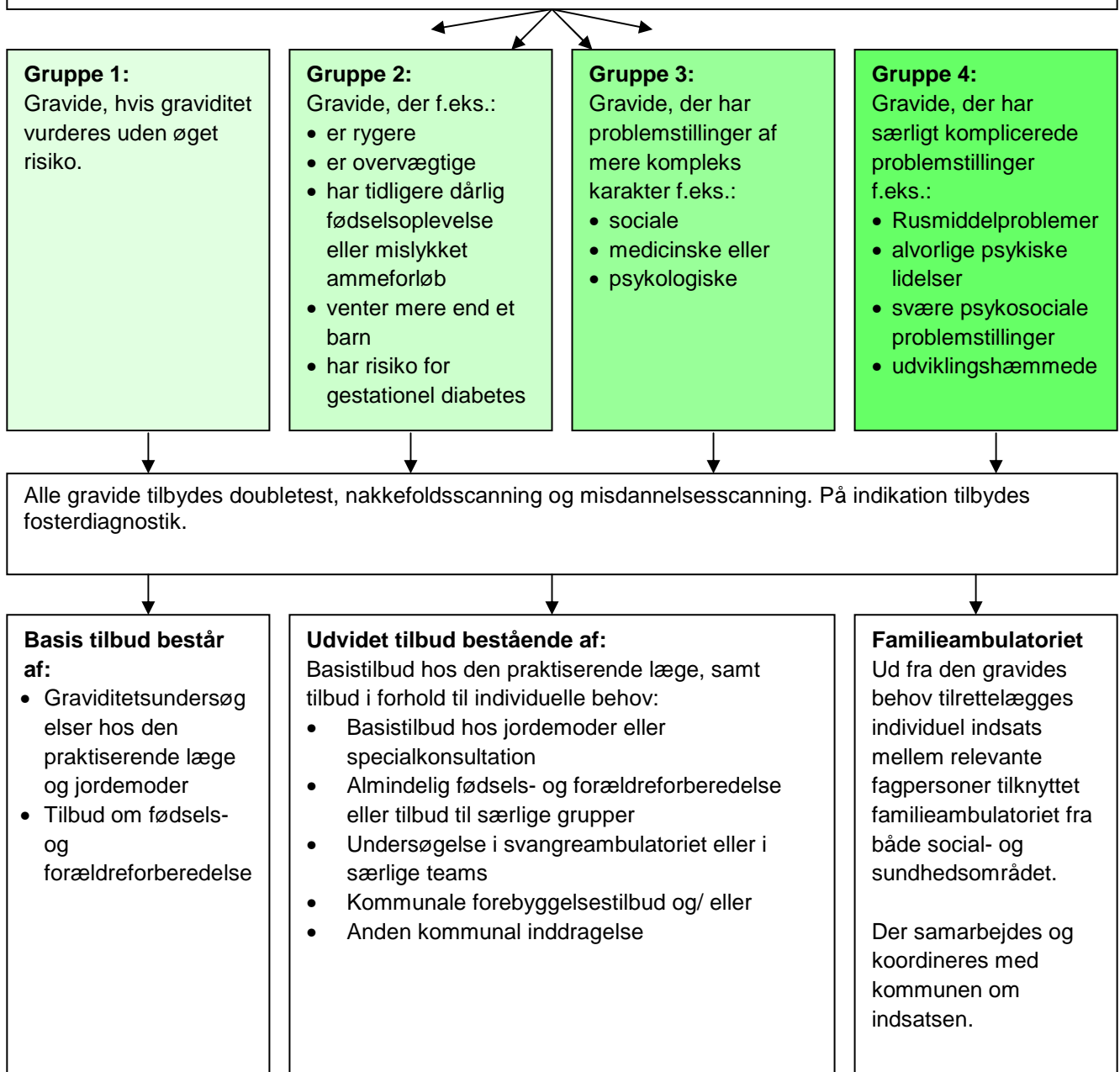
Angiver i svangrejournalen, hvis den gravide på grund af medicinske eller psykosociale forhold bør ses i svangreambulatoriet - primær visitation, indplacering i nedenstående fire grupper.

### Svangreambulatorierne og jordemoderkonsultationerne

Svangreambulatorierne medinddrages i den primære visitation.

Jordemoderen følger op på anamnesen og supplerer ved behov ved 1. jordemoderundersøgelse.

På baggrund af den praktiserendes læges, svangreambulatoriets og jordemoderens vurdering tilrettelægges svangreomsorgen.





## 7.6 Forløbsprogram for barselperioden

<p><b>Ambulant fødsel</b> Såvel første- som flergangsfødende udskrives indenfor de første 24 timer (som udgangspunkt 4-6 timer efter fødslen)</p>	<p><b>Hjemmefødsel</b> Barselhvile i eget hjem. Jordemoderen vejleder kvinden/ familien, inden hun forlader hjemmet.</p>	<p><b>Indlæggelse i barselperioden</b> Kvinder og nyfødte kan på baggrund af en faglig vurdering tilbydes indlæggelse. Barselsophold tilrettelægges individuelt ud fra de aktuelle omstændigheder, forældrenes forventninger. For familieambulatoriepatienter følges den udarbejdede plan for mor og barn. Mor, barn og partner skal så vidt muligt indlægges sammen.</p>
<p><b>Råd og vejledning ved udskrivning / efter fødslen</b> Kvinden/ familien vejledes enten individuelt eller i grupper om de første døgn efter fødslen, og der orienteres om kontaktmuligheder på barselsklinikken/ sygehuset.  Moderen medgives inden hjemsendelsen en tid til ambulant opfølgning i en barselsklinik.</p>	<p><b>Råd og vejledning ved udskrivning efter indlæggelse</b> Familien vejledes enten individuelt eller i grupper om forhold vedr. den første tid i hjemme.  Moderen/ familien tilbydes opfølgning i barselsklinikken</p>	<p><b>Råd og vejledning ved udskrivning / efter indlæggelsen – gravide tilknyttet familieambulatoriet</b> Moderen vejledes ift. den plan der evt. er udarbejdet for hende.  Ved behov informeres kvinden/ familien om barselsklinikken tilbud.  Behandlingsplanen for indsatsen overfor barnet følges</p>
<p><b>Kontakt efter fødsel/ udskrivning</b> Familien kontaktes indenfor 24 timer efter udskrivelsen med henblik på opfølgning.  Formålet med kontakten er bl.a. drøftelse af amning, ernæring, barnets trivsel (gulstot), moderens/ familiens trivsel.</p>	<p><b>Evt. kontakt efter udskrivelsen</b> Ved behov og efter aftale med familien kontaktes de telefonisk af fødestedet indenfor 1-2 døgn efter udskrivelsen.  Det er især vigtigt ved problemer med amning.</p>	<p><b>Børn</b>, som i foster-tilværelsen har været <b>udsat for rusmidler</b> eller formodes at have været det, følges indtil 7 års alderen.</p>
<p><b>Barselsklinikken</b> Barselsklinikken er et ambulant tilbud til kvinden/ familien Indtil første sundhedsplejerskebesøg. Barselsklinikken har åben i dagtimerne, herudover kan kvinden/ familien kontakte fødestedet døgnet rundt. Følgende kan bl.a. foregå i klinikken: ammevejledning, vejledning vedrørende mor og barns trivsel, efterfødselssamtale ved jordemoder, hælbloodprøve og hørescreening på barnet, evt. anti-D behandling.</p>		
<p><b>Sundhedsplejerskebesøg</b> Sundhedsplejersken aflæggers hjemmebesøg ca. 3-5 dagen efter fødslen.</p>	<p><b>Sundhedsplejerskebesøg</b> Sundhedsplejersken aflæggers hjemmebesøg senest 7. dagen efter udskrivelsen.</p>	
<p><b>8 ugers undersøgelsen hos den praktiserende læge</b> Den praktiserende tilbyder alle kvinder undersøgelse 8 uger efter fødslen.</p>		
<p><b>Samtale efter patologiske eller traumatiske forløb</b> Kvinder/ familie, som har haft et patologisk og/eller har oplevet fødslen som traumatisk, tilbydes en samtale med obstetriker og jordemoder.</p>		



## 8 Basistilbudet i graviditeten

Fokus for svangreomsorgen er moderens og fosterets trivsel. Derfor tilrettelægges såvel indhold som antal af konsultationer og øvrige kontakter i dialog med kvinden og hendes partner:

Formålet med svangreomsorgen er at dække:

- Helbredsmæssige
- Psykologiske og
- Sociale aspekter

af graviditet, fødsel og familiedannelse.

Der er tale om både generel sundhedsfremme, forebyggelse og om specifik risikoopsporing. Indsatsen bør differentieres og tilpasses det individuelle behov.

De enkelte tilbud skal muliggøre, at svangreomsorgens formål bliver opfyldt.

**Basistilbuddet** til den gravide er som udgangspunkt:

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

Eventuelt graviditetsbesøg af sundhedsplejerske.

Hertil kommer tilbud om fødsels- og forældreforberedelse.

### Oversigt over tidsmæssig placering af kontakter i basistilbuddet

Gestations- alder (fulde uger)	Førstegangsfødende		Flergangsfødende		Ultralyd	Bemærkninger
	Praktiserende læge	Jordemoder	Praktiserende læge	Jordemoder		
6-10	X		X			
8+0 til 13+6						Doubletest
11+0 til 13+6						Nakkefoldsscanning
13-15		X		X		
15+0 til 22+0						Eventuel tripletest
18						Misdannelsesscanning
21		X		X		
25	X		X			
29		X		X		
32	X		X			
35		X				
36				X		
37		X				
39		X		X		
(41)		X		X		Eventuel obstetriker
Fødsel						

Cirka 1-10 dage efter fødslen		X		X		
8 uger efter fødslen	X		X			

Kvindens praktiserende læge og jordemoderen er de primære fagpersoner i svangreomsorgen – og ved behov involveres den obstetriske speciallæge.

### **Henvisningsmuligheder**

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

<b>Der er følgende henvisningsmuligheder</b>	<b>Link/ henvisning til</b>
Specialkonsultationer i jordemoderregi	Fødeplanen afsnit 15 "Specialkonsultationer i jordemoderregi"
Svangreambulatoriet eller et af de særlige team	Fødeplanen afsnit 17 "Svangreambulatoriet og forskellige teams"
Familieambulatoriet	Fødeplanen afsnit 18 "Familieambulatoriet"
Arbejdsmedicinsk klinik	Fødeplanen afsnit 13 "Gravide og arbejdsmiljø"
Fødsels- og forældreforberedelse til særlige grupper	Fødeplanen afsnit 19 "Fødsels- og forældreforberedelse"
Sundhedsplejersketilbud i graviditeten	Fødeplanen afsnit 14 "Kommunen og sundhedsplejerskes tilbud i graviditeten"
Kommunale forebyggelsestilbud	VisInfoSyd

### **Ambulant fødsel/ tidlig udskrivelse**

Såvel første- som flergangsfødende forberedes til ambulant fødsel/ tidlig udskrivelse. En ambulant fødsel indebærer, at såfremt mor og barn har det godt, udskrives de inden for 24 timer efter fødslen fra fødegangen til barselhvile i eget hjem. Ingen udskrives dog mod eget ønske om natten.

Kvinder og nyfødte børn med behov for indlæggelse, herunder medicinske, sociale og/ eller psykologiske forhold, skal på baggrund af en faglig vurdering tilbydes indlæggelse.

Vedrørende visitation til barselhvile henvises til afsnit 22.1 "Visitation til barsel" og afsnit 28 "Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning".

Et svangreforløb tilrettelagt med henblik på at forberede kvinden/ familien på ambulant fødsel/ tidlig udskrivelse er derfor vigtigt. Der er lagt vægt på, at kommende forældre forberedes, så de er velforberejede og velinformerede om fødslen og den første tid sammen med et nyfødt barn. Det er vigtigt, at faderen/ partneren inddrages i hele forløbet.

## **8.1 Undersøgelser hos praktiserende læge**

Som gennemgående fagperson sikre praktiserende læge kontinuiteten ved at følge kvinden og hendes partner før, under og efter graviditeten.

I alle kontakter med den gravide bør der, afhængigt af behov, fokuseres på sundhed og trivsel i relation til:

- Arbejds miljø
- Kost
- Motion
- Rygning – tobak
- Alkohol
- Familiedannelse
- Brug af egne ressourcer og brug af netværk

Indholdet i de enkelte konsultationer hos den praktiserende læge er beskrevet i det følgende.

### 8.1.1 Prækonceptionel rådgivning

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

En vellykket svangreomsorg vil blandt andet have til formål, så tidligt som muligt, at opspore potentielt truende tilstande hos såvel moderen som fosteret. Ikke alle graviditeter er planlagte, derfor er det ikke muligt at tilbyde alle kvinder rådgivning, før graviditeten indtræder. Det er også individuelt, hvor lang tid der går, fra ønske om graviditet opstår, til den er en realitet. Derfor kan prækonceptionel rådgivning ikke planlægges på linje med de øvrige tilbud i svangreomsorgen.

Den praktiserende læges forudgående kendskab til kvinden giver dog gode muligheder for øget opmærksomhed om rådgivning og eventuel supplerende undersøgelser forud for en (planlagt) graviditet.

8 ugers undersøgelsen efter fødsel kan desuden være en god mulighed for at tage emnet op med henblik på næste graviditet.

<b>Rådgivningen kan indeholde følgende</b>	<b>Link/ henvisning til</b>
Rådgivning vedrørende folsyretilskud fra graviditeten planlægges.	Svangreomsorg afsnit 6.3.1 Kosttilskud
Opfølgning på eventuelle manglende vaccinationer hos moderen (MFR)	
Ugunstige livsstilsfaktorer (alkohol, rygning, overvægt, mangelfuld kost, motion, med mere.)	Svangreomsorg afsnit 6 Levevis i graviditeten
Rusmidler (medicin, alkohol, narkotika)	Svangreomsorg afsnit 6 Levevis i graviditeten
Ugunstige påvirkninger i arbejdsmiljøet (fysiske, kemiske eller biologiske)	Fødeplanen afsnit 13 Graviditet og arbejdsmiljø Svangreomsorg afsnit 6.1 Arbejds miljø
Kroniske behandlingskrævende medicinske eller psykiatriske tilstande (hypertension, epilepsi, thyroidealidelser, diabetes, svære recidiverende depressioner, skizofreni, med mere)	Fødeplanen afsnit 28 Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning
Forekomst af genetisk betingede sygdomme i familien (cystisk fibrose, hæmoglobinopati, Down syndrom, med mere)	Fødeplanen afsnit 16 Risikovurdering og fosterdiagnostik

Konsangvinitet (forhold hvor parterne er beslægtede, for eksempelvis fætter-kusine ægteskaber)	Fødeplanen afsnit 16 Risikovurdering og fosterdiagnostik
--	--

Sundhedsstyrelsens pjeces "Sunde vaner før, under og efter graviditet" kan anbefales og downloades. Der henvises til afsnit 9 "Pjecer".

## 8.1.2 Første graviditetsundersøgelse hos praktiserende læge. (6-10 uger)

### Samtale og helbredsundersøgelse

#### Formål

- At orientere kvinden og hendes partner om det videre graviditetsforløb og introducere til sundhedsvæsenets tilbud til gravide
- Såvel første som flergangsfødende forberedes til ambulante fødsel og opfordres til at deltage i fødsels- og forældre orberedelse
- Udfylde svangre- og vandrejournalen og indplacere kvinden på svangreomsorgsniveau 1-4, og foretage den første visitation til fødested på baggrund af anamnese, undersøgelses-resultater samt kvindens/ parrets ønske
- Afklare om kvinden/ parret ønsker information om prænatal diagnostik og informere herom, hvis det ønskes
- På indikation visiteres til:
  - Obstetrisk speciallæge og/ eller anden speciallæge
  - Genetisk rådgivning
  - Arbejdsmedicinsk afdeling
  - Kommunens social- og sundhedsforvaltning
- Motivere og visitere rygere og/ eller overvægtige til tidlig intervention

Samtalen	Link/ henvisning til
Omfatter følgende emner	
Generel information om svangreomsorgens tilrettelæggelse og termin fastsættelse <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvinden og hendes partner informeres generelt om rettigheder i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel, herunder om valg af fødested</li> <li>• Terminen fastsættes på basis af ultralydsscanning før 20. graviditetsuge, primært ved nakkefoldsscanning uge 11+0 til uge 13+6</li> <li>• Nagels regel for terminsberegning anvendes, hvis kvinden ikke ønsker ultralydsundersøgelse</li> </ul>	Svangreomsorg <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 4.1 Antal og tidspunkter for kontakter</li> <li>• Afsnit 7.1 Terminfastsættelse</li> </ul> Fødeplanens <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 7 Differentiering af svangreomsorgen</li> <li>• Afsnit 16 Risikovurdering og fosterdiagnostik</li> </ul> Regler om graviditets og barselorlov <a href="http://www.adir.dk">www.adir.dk</a> og <a href="http://www.borger.dk">www.borger.dk</a>
Prænatal rådgivning, hvis kvinden og hendes partner ønsker det	Fødeplanen afsnit 16 Risikovurdering og fosterdiagnostik
Vejledning om levevis under graviditeten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbejds miljø – lægen vurderer, om der er behov for aflastning/ omplacering, henvisning til arbejdsmedicinsk klinik, fraværs melding jævnfør dagpengelovens paragraf 12, stk. 2.</li> <li>• Lægemedler – den praktiserende læge er ansvarlig for at oplyse, hvilken medicin den gravide tager</li> </ul>	Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 13 Graviditet og arbejdsmiljø</li> <li>• Afsnit 12 medicin til gravide og ammende</li> </ul> Svangreomsorg afsnit 6 Levevis i graviditeten

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostråd – kost og kosttilskud</li> <li>• Fysisk aktivitet og motion</li> <li>• Rygning</li> <li>• Andre euforiserende stoffer</li> <li>• Skadelige miljøstoffer</li> </ul>	
Såvel første som flergangsfødende forberedes til ambulantly fødsel og opfordres til at deltage i fødsels- og forældre forberedelse	Fødeplanen afsnit 19 Fødsels- og forældreforberedelse
<p>Optagelse af grundig anamnese – fysisk, psykisk og socialt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociale forhold (arbejde, bolig, økonomi) belyses, og i den forbindelse drøftes og vurderes forholdet til barnets far og familiens sociale ressourcer</li> <li>• Det vurderes, om der er behov for kontakt til den kommunale forvaltning med henblik på tidlig indsats fra sundhedsplejen og særlige sociale støtteforanstaltninger</li> <li>• Psykosociale forhold</li> <li>• Opsporing af misbrug – i forbindelse med opsporing af misbrug kan der anvendes en spørgeguide med henblik på at kunne etablere en åben, ikke fordømmende dialog med udgangspunkt i den gravides og hendes partners oplevelse af deres forbrug af alkohol, tobak og andre stoffer</li> <li>• Tolk – det vurderes, om der er behov for tolk i det videre forløb; noteres i svangrejournalen</li> </ul>	<p>Svangreomsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 7.9. Psykisk og social anamnese</li> <li>• Afsnit 7.10 Systematisk udspejgning om rusmidler</li> </ul> <p>Fødeplanen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 18 Familieambulatoriet</li> <li>• Afsnit 28.3 Gravide med særlige behov</li> </ul>

<b>Helbredsundersøgelsen:</b>	<b>Link/ henvisning</b>
Denne omfatter for alle:	
Vurdering af almentilstand	
Måling af blodtryk Der henvises til obstetiker, hvis BT ved mindst 3 målinger i hvile overstiger 140/90.	Fødeplanen afsnit 28.4.2.4 Hypertension Svangreomsorg afsnit 7.3. Blodtryk
<p>Urinundersøgelse for asymptomatisk bakteriuri. Der anvendes urinmikroskopi eller urinstix for nitrit og leukocyteterase. Ved positivt resultat suppleres med en urindyrkning</p> <p>Kvinder med anamnese omfattende hyppige urinvejsinfektioner, pyelonefrit (nyrebækkenbetændelse), tidligere urinvejsinfektioner i graviditeten eller tidligere præterm fødsler, tilbydes der ud over urindyrkning og eventuel resistensbestemmelse i uge 16 hos den praktiserende læge.</p>	Fødeplanen afsnit 28.2.1.10 Cystitis (Blærebetændelse) og 28.2.1.11 Pyelonefrit i graviditeten Svangreomsorg afsnit 7.5. 3 Asymptomatisk bakteriuri
Urinstix for glukose og protein.	Fødeplan afsnit 28.4.2.1 Glucoseuri og Proteinuri



	<p>Svangreomsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 7.5. Urinscreening</li> <li>• Afsnit 11.3 Gestationel diabetes</li> </ul>
<p>Blodprøve til undersøgelse for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Blodtype og irregulære blodtypeantistoffer</li> <li>○ Screening for hepatitis B, HIV og syfilis</li> <li>○ Blodprøve med henblik på Doubletest, såfremt dette ønskes.</li> </ul>	<p>Svangreomsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 9 Screening for hæmatologiske sygdomme, 9.2.2 Rutineprøver</li> <li>• Afsnit 10 Undersøgelser for infektioner</li> </ul> <p>Fødeplanen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.4.3 Blodtypeimmunisering</li> <li>• Afsnit 28.2.1.1 HIV</li> <li>• Afsnit 28.2.1.2 Hepatitis</li> <li>• Afsnit 28.2.1.4 Syfilis</li> <li>• Afsnit 16 Risikovurdering og fosterdiagnostik – de forskellige tilbud</li> </ul>
<p>Vejning som baggrund for rådgivning omkring vægtøgning, kost og motion.</p>	<p>Svangreomsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 7.2. Vægt og vejning,</li> <li>• Afsnit 6. Levevis</li> <li>• Afsnit 11.2 Den overvægtige gravide</li> </ul> <p>Fødeplanen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 15.2 Konsultation for overvægtige gravide med BMI <math>\geq</math> 27</li> <li>• Afsnit 19.6.2 Fødsels – og forældreforbereelse for overvægtige gravide med BMI <math>\geq</math> 27</li> <li>• Afsnit 28.3.2 Gravide med prægravid BMI <math>\geq</math> 27</li> </ul>
<p><b><i>Desuden tilbydes kvinder med øget risiko følgende undersøgelser:</i></b></p>	
<p>Klamydia</p>	<p>Fødeplanen afsnit 28 28.2.1.6 Klamydia Svangreomsorg afsnit 10.6 Klamydia</p>
<p>Gonorre</p>	<p>Fødeplanen afsnit 28.2.1.6 Gonore Svangreomsorg afsnit 10.5 Gonoré</p>
<p>Måling af hæmoglobin, MCV og serum jern</p>	<p>Svangreomsorg afsnit 9 Screening for hæmatologiske sygdomme Fødeplanen afsnit 28.1.6.1 Hæmatologiske sygdomme</p>
<p>D-vitamin status</p>	<p>Svangreomsorg afsnit 6.3 Kostråd Fødeplanen afsnit 28.1.6.12 D-vitaminmangel</p>
<p>Screening for gestationel diabetes: Kvinder med følgende risikogrupper screenes for gestationel diabetes mellitus – tidligere gestationel diabetes mellitus, prægravid overvægt <math>\geq</math> 27, maternal disposition for diabetes, tidligere fødsel af stort barn <math>\geq</math> 4500 g og/ eller glucosuri <math>\geq</math> +2 ved Boehringer Mannheim stix eller <math>\geq</math> +1 Bayer stix.</p>	<p>Fødeplanen afsnit 28.4.2.2 Gestationel diabetes mellitus (GDM)/ insullinbehandlet GDM Svangreomsorg afsnit 11.3 Gestationel diabetes mellitus</p>
<p>Gynækologisk undersøgelse/ vaginal eksploration</p>	<p>Svangreomsorg afsnit 7.6 Gynækologisk undersøgelse</p>

Rutinemæssig undersøgelse med celleskrab bør ikke udføres under graviditet:

- Link til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg 2009, afsnit 7.7 Celleprøve fra livmoderhalsen (smear)

Vedrørende **pjecer**, der kan anbefales henvises til afsnit 9 "Pjecer".

Vedrørende **blodprøvetagning og forsendelse** henvises til afsnit 10 "Blodprøvetagning og forsendelse".

### Henvisning og visitation

Undersøgelsen understøttes af **svangerskabs- og vandre journalen**, dette foregår med afkrydsning og kommentarer. Svangerskabsjournalen tjener flere formål.

- Ved **henvisning** til fødestedet er det den autoriserede formular. Den danner grundlag for visitationen i afdelingen og udgør som "kontinuation nr. 1" en væsentlig del af afdelingens obstetriske journal.
- På baggrund af oplysningerne i svangerskabsjournalen og vandrejournalen, herunder ønsker fra kvinden eller vurdering foretaget hos den praktiserende læge, **visiteres** den gravide til enten fortsat kontrol hos praktiserende læge og jordemoder eller til sideløbende (supplerende) kontrol i svangreambulatoriet. Det er derfor vigtigt i forbindelse med anamnese optagelse, at alle felter i svangerskabsjournalen udfyldes og kommenteres.
- Link/ henvisning til fødeplanen afsnit 6 " **Visitation, samarbejde og kommunikation**" og afsnit 28 "Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning".

## 8.1.3 Lægeundersøgelse 25 uger

### Samtale og helbredsundersøgelse

#### Formål:

- Vurderer kvindens generelle trivsel, herunder eventuelle familiemæssige og arbejdsmæssige belastninger.
- Støtte og styrke par- og familieforhold
- Foretage risikoopsoring i forhold til obstetriske komplikationer
- At tage blodprøve på RhD (rhesus) negative kvinder

Samtalen	Link/ henvisning til
Drøftelse af hidtidige graviditetsforløb på baggrund af spørgsmål og refleksioner fra den gravide og hendes partner.	
Opfølgning på vurderingen af kvindens arbejdsmiljø. Såfremt kvinden har fået problemer med at opretholde en fuld arbejdsindsats diskuteres muligheder for aflastning, omplacering eller eventuel fraværsmelding.	Fødeplanen afsnit 13 Gravide og arbejdsmiljø Svangreomsorg afsnit 6.1 Arbejdsmiljø
Overvejelser om barnets pasning drøftes, herunder barselsorlovsordninger og forældreorlov.	Regler om graviditets- og barselsorlov <a href="http://www.adir.dk">www.adir.dk</a> og <a href="http://www.borger.dk">www.borger.dk</a>
Graviditeten vil ofte på dette tidspunkt berøre parrets samliv og / eller familiemønster. Det kan være relevant at drøfte emner som reaktionsmønstre og eventuelle konflikter.	Link til Sex og samfunds hjemmeside <a href="http://www.sexogsamfund.dk">www.sexogsamfund.dk</a> Svangreomsorg afsnit 16 Psykiske aspekter i forbindelse med graviditet og fødsel

<b>Helbredsundersøgelsen:</b>	<b>Link/ henvisning til</b>
Den gravides almentilstand.	
Urinstix for glucose og protein.	Svangreomsorg <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 7.5 Urinscreening</li> <li>• Afsnit 11.3 Gestationel diabetes mellitus</li> </ul> Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.4.2.1 Glucoseuri</li> <li>• Afsnit 28.4.2.3 Proteinuri</li> </ul>
Urinundersøgelse for asymptomatisk bakteriuri Der anvendes urinmikroskopi eller urinstix for nitrit og leukocytesterase, ved positivt resultat suppleres med dyrkning.	Svangreomsorg afsnit 7.5 Urinscreening Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.2.1.10 Cystitis (Blærebetændelse)</li> <li>• Afsnit 28.1.11 Pyelonephritis i graviditeten</li> </ul>
Vejning med henblik på fortsat rådgivning omkring vægtøgning, kost og motion efter behov.	Svangreomsorg <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 6 Levevis</li> <li>• Afsnit 7.2 Vægt og vejning</li> <li>• Afsnit 11.2 Den overvægtige gravide</li> </ul> Fødeplanen afsnit 28.3.2 Gravide med prægravid BMI $\geq$ 27
Blodtryksmåling.	Svangreomsorg afsnit 7.3 Blodtryk Fødeplanen afsnit 28.4.2.4 Hypertension
Livmoderens størrelse - symfyse-fundus mål føres på kurve i vandrejournalen.	Svangreomsorg afsnit 8 Overvågning af fosteret Fødeplanen afsnit 28.4.5.2 Intrauterin væksthæmning (IUGR)
Blodprøve hos kvinder med rhesus negativ blodtype. Undersøges for irregulære antistoffer. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved positive fund vurderes resultatet af en speciallæge i klinisk immunologi.</li> <li>• På en anden blodprøve foretages bestemmelse af fosterets RhD type, således at fødestedet har svaret, når kvinden kommer til konsultation hos jordemoder i 29. graviditets uge.</li> </ul>	Svangreomsorg afsnit 9.2 RhD (rhesus) immunisering Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 11 Anti-D behandling i graviditeten</li> <li>• Afsnit 28.4.3 Blodtypeimmunisering</li> </ul>
Fosterbevægelser <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvis kvinden mærker mindre eller ændring i bevægelser henvises til CTG og/ eller ultralydsscanning.</li> </ul> Fosterhertelyd. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har kun ren psykologisk værdi, hvis kvinden mærker dagligt liv.</li> <li>• Kvinden opfordres til at reagere på, hvis barnet fra den ene til den anden dag har markant ændret bevægelsesmønster. Ved "mindre liv" bør den gravide henvende sig på fødegangen.</li> </ul>	Svangreomsorg afsnit 8 Overvågning af fosteret Fødeplanen afsnit 28.4.5.1 Mindre liv

### **Yderligere støtte eller undersøgelse**

Den gravide/ familien informeres om, hvor de kan henvende sig, hvis de bliver utrygge ved graviditeten og/ eller der opstår faresignaler som blødning eller smerter.

## Sekundær visitation

På baggrund af samtale og undersøgelsesresultater revurderes visitation til fødested.

Undersøgelser og andet af relevans føres ind i vandrejournalen.

## 8.1.4 Lægeundersøgelse 32 uger

### Samtale og helbredsundersøgelse

#### Formål:

- Vurdere kvindens generelle trivsel, herunder bl.a. behov for aflastning
- Diskutere kvindens og hendes partners forventninger til fødsel og barsels periode
- Foretage risikoopsporing i forhold til obstetriske komplikationer, herunder præeklampsi, væksthæmning af fosteret, diabetes samt truende for tidlig fødsel.

Samtalen	Link/ henvisning til
Lægen vurderer den gravides oplevelse af belastning i graviditeten både fysisk, psykisk, socialt og arbejdsrelateret med henblik på at forebygge for tidlig fødsel (aflastning).	Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"><li>• Afsnit 13 Graviditet og arbejdsmiljø</li><li>• Afsnit 28 Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning</li></ul> Svangreomsorg afsnit 16 Psykologiske aspekter i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel
Endvidere spørges til den gravides oplevelse af fosterets aktivitet, og lægen opfordrer den gravide til at henvende sig til personalet på fødestedet, hvis hun mærker mindre liv.	Svangreomsorg afsnit 8 Overvågning af fosteret Fødeplanen afsnit 28.4.5.1 Mindre liv
Der tales om tanker og overvejelser i forbindelse med de første uger efter barnets fødsel og hjemkomst, herunder genoptagelse af seksualliv efter fødslen. Psykosociale reaktioner på fødsel og barselperiode.	Svangreomsorg afsnit 16 Psykologiske aspekter i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel Link til Sex og samfunds hjemmeside <a href="http://www.sexogsamfund.dk">www.sexogsamfund.dk</a>
Information om ambulans fødsel/ tidlig udskrivelse og forberedelse hertil.	Fødeplanen afsnit 22 Den normale og den patologiske barselperiode
Desuden drøftes partnerens rolle i forbindelse med fødslen og hans/ hendes mulighed for og ønske om barselsorlov.	Regler om graviditets- og barselsorlov <a href="http://www.adir.dk">www.adir.dk</a> og <a href="http://www.borger.dk">www.borger.dk</a>
Den gravide og hendes partner informeres om tidspunkt for og indhold af den første børneundersøgelse hos praktiserende læge, når barnet er 5 uger gammelt, samt den efterfølgende lægeundersøgelse af kvinden 8 uger efter fødslen.	Børneundersøgelserprogrammet <a href="#">link</a> Fødeplanen afsnit 27 8 ugers undersøgelsen hos den praktiserende læge
Såfremt den gravide får <b>medicin</b> vurderes fordele og ulemper ved amning i forhold til ernæring med modermælksersättning.	Fødeplanen afsnit 12 Medicin til gravide og ammende

<b>Helbredsundersøgelsen</b>	<b>Link/ henvisning til</b>
Ved den sidste lægeundersøgelse før fødslen bør den praktiserende læge have særlig fokus på forhold, der medfører behov for vurdering hos obstetiker.	Fødeplanen afsnit 28 Visitation af gravide og fødende - og senere opfølgning.
Den gravides almene tilstand.	
Blodtryksmåling.	Svangreomsorg afsnit 7.3 Blodtryk Fødeplanen afsnit 28.4.2.4 Hypertension
Urinstix for glucose og protein.	Svangreomsorg afsnit 7.5 Urinscreening Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.4.2.1 Glucoseuri</li> <li>• Afsnit 28.2.4.3 Proteinuri</li> </ul>
Vurdering af fostervækst og hjertelyd <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fostervækst - symfyse-fundus mål føres på kurve i vandrejournalen.</li> <li>• Foster hjertelyd - kun ren psykologisk værdi, hvis kvinden mærker dagligt liv.</li> <li>• Kvinden opfordres til at reagere, hvis barnet fra den ene til den anden dag har markant ændret bevægelsesmønster. Ved "mindre liv" bør den gravide henvende sig på fødegangen.</li> </ul>	Svangreomsorg afsnit 8 Overvågning af fosteret Fødeplanen Afsnit 28.4.5 Fosterstørrelse/ -tilvækst og fostervand
Vejning ved behov.	Svangreomsorg afsnit Svangreomsorgens <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 6 Levevis</li> <li>• Afsnit 7.2 Vægt og vejning</li> <li>• Afsnit 11.2 Den overvægtige gravide</li> </ul> Fødeplanen afsnit 28.3.2 Gravide med prægravid BMI ≥ 27

### **Yderligere støtte eller undersøgelse**

Den gravide/ familien informeres om, hvor de kan henvende sig, hvis de bliver utrygge ved graviditeten og/ eller der opstår faresignaler som blødning eller smerter.

### **Sekundær visitation**

På baggrund af samtale og undersøgelsesresultater revurderes visitation til fødested.

**Undersøgelser og andet af relevans føres ind i vandrejournalen.**

## **8.2 Jordemoderkonsultationer**

Når jordemoderen har modtaget svangrepapirerne fra den praktiserende læge, indkaldes den gravide til første jordemoderkonsultation.

Jordemoderkonsultationerne kan have forskellige former:

- Konsultationer og samtale med helbredsundersøgelse
- Konsultation og samtale uden helbredsundersøgelse

Konsultationerne kan finde sted som:

- Individuel konsultation
- Gruppekonsultation
- Åben konsultation
- Opsøgende virksomhed - konsultation i hjemmet

Jordemoderen er den fagperson, den gravide hyppigst har kontakt med under graviditeten. Den gravide bør have tildelt en **kontaktjordemoder** med henblik på at sikre kendthed, kontinuitet og sammenhæng i forløbet. Der er i Region Syddanmark fokus på at opnå en høj grad af kendthed, kontinuitet og tryghed, og det tilstræbes derfor, at den gravide følges af samme jordemoder i hele graviditetsforløbet.

**Formålet** med konsultationerne hos jordemoderen er at tilbyde sundhedsfremme, forebyggelse og risikoopsporing i forhold til såvel fysiske, psykologiske som sociale aspekter i forløbet graviditet, fødsel og familiedannelse.

**Målet** med den jordemoderfaglige indsats i graviditeten er at:

- Støtte den gravide kvinde og hendes familie i at øge deres viden om graviditet, fødsel, amning, forældreskab, barselsperiode samt det spæde barns behov
- Støtte den gravide kvinde og hendes partner i at anvende egne ressourcer og netværk, og realistisk vurdere eventuelle belastende faktorer
- Støtte og vejlede den gravide med henblik på, at hun føler sig velinformeret og fysisk og psykisk klar til fødslen
- Skabe fortrolighed med fødestedet og kontakt og tillid til personalet før fødslen.
- Fremme kvindens/ forældrenes forudsætninger for varetagelse af omsorg for barnet, som grundlag for familiens fremtidige trivsel
- Bruge sundhedspædagogiske metoder, der stimulerer til brug af eksisterende netværk og til dannelse af netværk

## 8.2.1 Første jordemoderkonsultation 13-15 uger

### Individuel samtale

#### Formål

- Følge op på og eventuelt supplerer den praktiserende læges konsultationer og danne sig et samlet overblik over den gravides fysiske, psykiske og sociale situation i forbindelse med graviditeten
- Skabe dialog om forventningerne til familiedannelsesprocessen og de fysiske, psykiske og sociale forandringer i forbindelse med graviditeten. Drøftelse af eventuelt tidligere fødsels- og ammeforløb
- Udarbejde en individuel forløbsplan for sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til den gravide/ familien
- Føre en motiveret samtale vedrørende eventuel livsstilsændring

Samtale	Link/ henvisning til
Følger op på anamnesen hos den praktiserende læge, supplerer eventuelt	
Graviditetens forløb indtil nu, forventninger vedrørende graviditeten og familiedannelsen <ul style="list-style-type: none"><li>• Psykiske svingninger og fysiske forandringer</li><li>• Arbejde og arbejdsmiljø</li><li>• Livsstil – kost, motion, tobak, alkohol og medicin</li><li>• Vejledning om kosttilskud jern, kalk og vitaminer</li><li>• Eventuelt forhold vedrørende sex og samliv</li></ul>	Svangreomsorg <ul style="list-style-type: none"><li>• Afsnit 16 Psykologiske aspekter i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel</li><li>• Afsnit 6. Levevis i graviditeten</li></ul> Fødeplanen afsnit 13 Gravide og arbejdsmiljø <a href="http://www.sexogsamfund.dk">www.sexogsamfund.dk</a>

Drøftelse af eventuelle tidligere fødsels- og ammeforløb	Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.1.1 Tidligere obstetriske komplikationer</li> <li>• Afsnit 28.3.4 Tidligere mislykkede ammeforløb</li> </ul>
Identificere ressourcer, netværk og belastninger	
Drøftelse af valg af fødested, herunder muligheden for hjemmefødsler	Fødeplanen afsnit 5 Fødesteder, svangreambulatorier og jordemoderkonsultationer i Region Syddanmark
Information om de forskellige tilbud i jordemoderregi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuel konsultation eller gruppe konsultation</li> <li>• Behovskonsultationer og åben konsultation</li> <li>• Særlige tilbud - specialkonsultationer</li> <li>• Fødsels- og forældreforberedelse, tematilbud og åbent hus</li> <li>• Fødsels- og forældreforberedelse til særlige grupper</li> </ul>	Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 8.2.8 Gruppekonsultation - med fødsels – og forældreforberedelse</li> <li>• Afsnit 8.2.9 Åben jordemoderkonsultationer</li> <li>• Afsnit 15 Specialkonsultationer i jordemoderregi</li> <li>• Afsnit 19 Fødsels- og forældreforberedelse</li> </ul>
Information om ambulante fødsler/ tidlig udskrivelse og forberedelse hertil	Fødeplanen afsnit 22 Den normale og den patologiske barselperiode

Eventuel undersøgelse	Link/ henvisning til
Vejning ved behov	Svangreomsorg afsnit Svangreomsorgens <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 6 Levevis</li> <li>• Afsnit 7.2 Vægt og vejning</li> <li>• Afsnit 11.2 Den overvægtige gravide</li> </ul> Svangreomsorgens Fødeplanen afsnit 28.3.2 Gravide med prægravid BMI $\geq 27$

### **Individuel forløbsplan**

Jordemoderen tilrettelægger i samarbejde med kvinden/ familien en individuel tilpasset forløbsplan. Det vurderes, om der er behov for at iværksætte særlige tilbud eller særlig støtte. Den gravide får planen, som hun opbevarer.

### **Yderligere støtte eller undersøgelse**

Den gravide/ familien informeres om, hvor de kan henvende sig, hvis de bliver utrygge ved graviditeten og/ eller der opstår faresignaler som blødning eller smerter.

Den gravide henvises ved behov til andre tilbud.

### **Meddelelse til sundhedsplejen**

Der sendes meddelelse til sundhedsplejen om graviditet med oplysning om termin (efter indhentelse af samtykke).

Jordemoderen fortsætter journaloptagelserne på vandrejournalen.

## **8.2.2 Jordemoderkonsultation 21 uger**

### **Gruppe/ individuel samtale**

### Formål

- Støtte tilknytningen mellem forældre og barn og forberede til forældreskab
- Vurdere graviditetens udvikling og drøfte kvindens velbefindende
- Støtte og vejlede i forhold til de fysiske og psykiske forandringer, herunder fornemmelsen af liv samt ændringer i livssituationen inklusiv i seksuallivet
- Give opbakning i forhold til positive livsstilsændringer
- Drøfte forestillinger, viden om og erfaring med fødsler, amning og barseltiden

Samtale	Link/ henvisning til
Med udgangspunkt i formålet drøftes blandt andet: <ul style="list-style-type: none"><li>• Graviditetens forløb indtil nu<ul style="list-style-type: none"><li>○ Kvindens almen befindende</li><li>○ Arbejds-mæssige belastninger</li><li>○ Almindelige graviditets gener</li><li>○ Opfølgning på livsstilsfaktorer</li><li>○ Motion</li><li>○ Sex og samliv</li><li>○ Fornemmelse af liv</li></ul></li></ul>	Svangreomsorg <ul style="list-style-type: none"><li>• Afsnit 6. Levevis i graviditeten</li><li>• Afsnit 8 Overvågning af fosteret</li></ul> Fødeplanens <ul style="list-style-type: none"><li>• Afsnit 13 Gravide og arbejdsmiljø</li><li>• Afsnit 28.3 Gravide med særlige behov</li><li>• Afsnit 28.4.1 Graviditetsgener</li></ul> Link til Sex og Samfunds hjemmeside <a href="http://www.sexogsamfund.dk">www.sexogsamfund.dk</a>
Med udgangspunkt i det ovenstående formål drøftes forhold vedrørende blandt andet: <ul style="list-style-type: none"><li>• Forestillinger om og forberedelse til amning</li><li>• Tilknytning til det ufødte barn, forældreskab og forælderroller og identitet</li><li>• Fødsel og barsel, herunder ambulante fødsel</li></ul>	Sundhedsstyrelsens "Amning – en håndbog for sundhedspersonale" Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"><li>○ Afsnit 20 Den normale og den patologiske fødsel</li><li>○ Afsnit 22 Den normale og den patologiske barselperiode</li></ul> Svangreomsorg <ul style="list-style-type: none"><li>○ Afsnit 13 Fødslen</li><li>○ Afsnit 15 Barselperioden</li></ul>
Forhold vedrørende graviditets- og barselorlov	Link til arbejdsdirektoratet <a href="http://WWW.adir.dk">WWW.adir.dk</a> og <a href="http://www.borger.dk">www.borger.dk</a>

Eventuel undersøgelse	Link/ henvisning til
Vejning ved behov	Svangreomsorg afsnit Svangreomsorgens <ul style="list-style-type: none"><li>• Afsnit 6 Levevis</li><li>• Afsnit 7.2 Vægt og vejning</li><li>• Afsnit 11.2 Den overvægtige gravide</li></ul> Svangreomsorgens Fødeplanen afsnit 28.3.2 Gravide med prægravid BMI $\geq 27$
Blodtryksmåling ved behov	Svangreomsorg afsnit 7.3 Blodtryksmåling Fødeplanen afsnit 28.4.2.4 Hypertension
Symfyse - fundus mål og hjertelyd	Svangreomsorg afsnit 8. Overvågning af fosteret

### Yderligere støtte eller undersøgelse

Den gravide/ familien informeres om, hvor de kan henvende sig, hvis de bliver utrygge ved graviditeten og/ eller der opstår faresignaler som blødning eller smerter.



Den gravide henvises ved behov til andre tilbud.

Jordemoderen fortsætter journaloptagelserne på vandrejournalen.

### 8.2.3 Jordemoderkonsultation 29 uge

#### Samtale (gruppe/ individuel) og helbredsundersøgelser

##### Formål

- Vurdere graviditetens udvikling og foretage risikoopsporing i forhold til præeklampsi, væksthæmning af fosteret og diabetes samt truende for tidlig fødsel med mere
- Drøfte den gravides velbefindende og parrets/ familiens trivsel
- Drøfte amning med kvinden og hendes partner
- Foretage RhD profylakse

Samtale	Link/ henvisning til
Opfølgning på tidligere samtaler og undersøgelser samt kvindens/ parrets eventuel deltagelse i særlige tilbud <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvindens velbefindende, eventuelle graviditetsgener, plukkeveer med mere</li> <li>• Opfølgning på livsstilsfaktorer</li> </ul>	Fødeplanens <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.3 Gravide med særlige behov</li> <li>• Afsnit 28.4.1 Graviditetsgener</li> </ul> Svangreomsorg afsnit 6. Levevis i graviditeten
Kvindens/ parrets trivsel og tanker i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel, eventuelle spørgsmål eller problemer	
Har kvinden "mærket liv", hvordan opleves det, vejledning om at reagere ved mindre liv eller andre væsentlige ændringer	Svangreomsorg afsnit 8 Overvågning af fosteret Fødeplanen afsnit 28.4.5.1 Mindre liv
Dialog om amning, giver den gravide/ parret viden om amning, styrker deres tillid og tiltro til en velfungerende amning, praktiske færdigheder omkring amning	Sundhedsstyrelsen "Amning – Håndbog for sundhedspersonale"
Vurdering af den gravides oplevelse af belastning i graviditeten, eksempelvis plukkeveer med henblik på at forebygge for tidlig fødsel	Fødeplanens afsnit 28.4.1.9 Plukkeveer

Helbredsundersøgelsen	Link/ henvisning til
Blodtryksmåling	Svangreomsorg afsnit 7.3 Blodtryksmåling Fødeplanen afsnit 28.4.2.4 Hypertension
Urinstix for glukose og protein	Svangreomsorg afsnit 7.5 Urinscreening Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.4.2.1 Glucoseuri</li> <li>• Afsnit 28.4.2.3 Proteinuri</li> </ul>
Vurdering af fostervækst og hjertelyd <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symfyse – fundus mål, skærpet fokus på fostertilvækst</li> </ul>	Svangreomsorg afsnit 8. Overvågning af fosteret Fødeplanen afsnit 28.4.5 Fosterstørrelse/ - tilvækst og fostervand

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lytter hjertelyd</li> </ul>	
Vejning ved behov	Svangreomsorg afsnit Svangreomsorgens <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 6 Levevis</li> <li>• Afsnit 7.2 Vægt og vejning</li> <li>• Afsnit 11.2 Den overvægtige gravide</li> </ul> Fødeplanen afsnit 28.3.2 Gravide med prægravid BMI $\geq 27$

<b>Gravide med RhD negativ blodtype, som bærer et RhD positivt foster</b>	<b>Link/ henvisning til</b>
Ved jordemoderundersøgelsen i uge 29 tjekker jordemoderen svaret på blodprøven taget hos den praktiserende læge i uge 25	
Såfremt fosteret er RhD positivt, henviser jordemoderen den gravide til fødestedet, hvor der gives anti-D immunglobulin	Fødeplan afsnit 11 Anti-D behandling i graviditeten

#### **Yderligere støtte eller undersøgelse**

Den gravide/ familien informeres om, hvor de kan henvende sig, hvis de bliver utrygge ved graviditeten og/ eller der opstår faresignaler som blødning eller smerter.

Den gravide henvises ved behov til andre tilbud.

**Jordemoderen fortsætter journaloptagelserne på vandrejournalen.**

### **8.2.4 Jordemoderkonsultation 35 uger (førstegangsfødende) eller 36 uge (flergangsfødende)**

#### **Samtale (gruppe/ individuelt) og helbredsundersøgelse**

##### **Formål**

- Vurdere graviditetens udvikling og drøfte kvindens velbefindende
- Forberede kvinden og hendes partner på fødslen
- Foretage risikosporing i forhold til diabetes, præeklampsi og væksthæmning af fosteret
- Undersøge fosterstilling med henblik på at finde fostre, der ikke ligger i hovedstilling og visitere disse til ultralydsundersøgelse og eventuelt vending
- Vurdere fostervækst og – trivsel

<b>Samtale</b>	<b>Link/ henvisning til</b>
Med udgangspunkt i formålet drøftes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Graviditetens udvikling, kvindens tilstand</li> <li>• Eventuelle gener eller symptomer</li> </ul>	Fødeplanens afsnit 28 Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning Svangreomsorg afsnit 6. Levevis i graviditeten
Forventninger til og tanker vedrørende fødslen, mestringsstrategier i relation til smerter og smertelindring, hvordan kvinden i forbindelse med fødslen kan udnytte egne ressourcer, reducere risici og fremme sundhed	Fødeplanen afsnit 20 Den normale og den patologiske fødsel Svangreomsorg afsnit 13 Fødslen

Drøfte eventuelle tidligere fødselsforløb	
Der informeres om vejtrækning, bevægelse, afspænding, fødsels stadier, mulighed for smertelindring og eventuelle indgreb under fødslen. Informationen gives som forudsætning for kvindens selvbestemmelse ved valg af fødested og anvendelse af teknologi under fødslen introduceres apparatur og udstyr, der anvendes under fødslen	Fødeplanen afsnit 20 Den normale og den patologiske fødsel Svangreomsorg afsnit 13 Fødslen
Drøftelse af ambulante fødsel, forberedelse hertil og tilbud efter udskrivelsen	Fødeplanen afsnit 22 Den normale og den patologiske barselperiode
Hjem med et spædbarn, parrets forventninger til hinanden, døgnrytme, efterfødselsreaktioner, prævention og eventuelle søskende jalousi med mere.	Svangreomsorg <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 15 Barselperioden</li> <li>• Afsnit 16. Psykologiske aspekter i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel</li> </ul> Fødeplanen afsnit 22.4 Vejledning i forbindelse med udskrivningen Link til Sex og Samfunds hjemmeside <a href="http://www.sexogsamfund.dk">www.sexogsamfund.dk</a>

Helbredsundersøgelse	Link/ henvisning til
Blodtryksmåling	Svangreomsorg afsnit 7.3 Blodtryksmåling Fødeplanen afsnit 28.4.2.4 Hypertension
Urinstiks for glukose og protein	Svangreomsorg afsnit 7.5 Urinscreening Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.4.2.1 Glucoseuri</li> <li>• Afsnit 28.4.2.3 Proteinuri</li> </ul>
Vurdering af fosterstilling, fostertilvækst og hjertelyd	Svangreomsorg 8. Overvågning af fosteret Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.4.8 Fosterstilling</li> <li>• Afsnit 28.4.5 Fosterstørrelse/ - tilvækst og fostervand</li> </ul>
Vejning ved behov	Svangreomsorg <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 6 Levevis</li> <li>• Afsnit 7.2 Vægt og vejning</li> <li>• Afsnit 11.2 Den overvægtige gravide</li> </ul> Fødeplanen afsnit 28.3.2 Gravide med prægravid BMI $\geq 27$
Vurdering af tegn på risikotilstande med henblik på henvisning, eventuel intervention, forebyggelse eller behandling	Fødeplanen afsnit 28 Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning

### **Yderligere støtte eller undersøgelse**

Den gravide/ familien informeres om, hvor de kan henvende sig, hvis de bliver utrygge ved graviditeten og/ eller der opstår faresignaler som blødning eller smerter.

Den gravide henvises ved behov til andre tilbud.

**Jordemoderen fortsætter journaloptagelserne på vandrejournalen**

## **8.2.5 Jordemoderkonsultation 37 uger (førstegangsfødende)**

### **Samtale og helbredsundersøgelse**

#### **Formål**

- Vurdere fostertilvækst og fosterstilling og drøfte den gravides velbefindende
- Foretage risikoopsporing af obstetriske komplikationer, herunder diabetes, præeklampsi og væksthæmning af fosteret
- Forberede kvinden/ parret på fødslen, modtagelsen af det nyfødte barn og den allerførste tid med barnet, herunder den første amning

<b>Samtalen</b>	<b>Link/ henvisning til</b>
Den gravide/ parrets trivsel og tanker omkring den forestående fødsel, herunder smerter og smertelindring, barselperiode, prævention samt eventuelle spørgsmål eller problemstillinger.	Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 20 Den normale og den patologiske fødsel</li> <li>• Afsnit 22 Den normale og den patologiske barselperiode</li> </ul> Svangreomsorg <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 13 Fødslen</li> <li>• Afsnit 15 Barselperioden</li> </ul> Sex og Samfunds hjemmeside <a href="http://www.sexogsamfund.dk">www.sexogsamfund.dk</a>
Fødslen, den første tid sammen med barnet og etablering af den første amning	Sundhedsstyrelsen "Amning – Håndbog for sundhedspersonale"
Undersøgelse og behandling af det nyfødte barn, herunder at oplyse om jordemoderens kliniske undersøgelse, indgift af K-vitamin samt tilbud om screening for medfødte metaboliske sygdomme (hæmoglobinprøven) og hørescreening	Fødeplanen afsnit 21 Det syge og det raske nyfødte barn Svangreomsorg afsnit 14 Observation, forebyggelse og behandling af det nyfødte barn
Der informeres om tilbuddet om efterfødselssamtale	Fødeplanen afsnit 22.6 Efterfødselssamtale ved jordemoder
Kvinden forberedes til ambulante fødsel/ tidlig udskrivelse	Fødeplanen afsnit 22 Den normale og den patologiske barselperiode

<b>Helbredsundersøgelsen</b>	<b>Link/ henvisning til</b>
Blodtryksmåling	Svangreomsorg afsnit 7.3 Blodtryksmåling Fødeplanen afsnit 28.4.2.4 Hypertension
Urinstiks for glukose og protein	Svangreomsorg afsnit 7.5 Urinscreening Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.4.2.1 Glucoseuri</li> <li>• Afsnit 28.4.2.3 Proteinuri</li> </ul>
Vurdering af fosterstilling, fostertilvækst og hjertelyd	Svangreomsorg afsnit 8. Overvågning af fosteret

	Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.4.8 Fosterstilling</li> <li>• Afsnit 28.4.5 Fosterstørrelse/ - tilvækst og fostervand</li> </ul>
Vejning ved behov	Svangreomsorg afsnit Svangreomsorgens <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 6 Levevis</li> <li>• Afsnit 7.2 Vægt og vejning</li> <li>• Afsnit 11.2 Den overvægtige gravide</li> </ul> Fødeplanen afsnit 28.3.2 Gravide med prægravid BMI $\geq$ 27
Vurdering af tegn på risikotilstande med henblik på henvisning, eventuel intervention, forebyggelse eller behandling	Fødeplanen afsnit 28 Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning

### **Yderligere støtte eller undersøgelse**

Den gravide/ familien informeres om, hvor de kan henvende sig, hvis de bliver utrygge ved graviditeten og/ eller der opstår faresignaler som blødning eller smerter.

**Jordemoderen fortsætter journaloptagelserne på vandrejournalen**

## **8.2.6 Jordemoderkonsultation 39 uger**

### **Helbredsundersøgelse**

#### **Formål**

- Vurdere fostervækst og fosterstilling samt drøfte den gravides velbefindende
- Forberede kvinden/ parret på fødslen
- Foretage risikoopsporing i forhold til obstetriske komplikationer, herunder diabetes, præeklamsi og væksthæmning af fosteret

<b>Samtalen</b>	<b>Link/ henvisning til</b>
Opfølgning på de forrige konsultationer	
Opfølgning på individuelle forløbsplaner	
Dialog vedrørende den forestående fødsel og barselperiode, herunder eventuelt problemstillinger vedrørende familie og parforhold	Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 20 Den normale og den patologiske fødsel</li> <li>• Afsnit 22 Den normale og den patologiske barselperiode</li> </ul> Svangreomsorg <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 13 Fødslen</li> <li>• Afsnit 14 Barselperioden</li> <li>• Afsnit 16 Psykologiske aspekter i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel</li> </ul>
Kvinden forberedes til ambulante fødsel/ tidlig udskrivelse	Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 22.4 Vejledning i forbindelse med udskrivelsen</li> <li>• Afsnit 22.5 Barselklinik</li> </ul>

Helbredsundersøgelsen	Link/ henvisning til
Blodtryksmåling	Svangreomsorg afsnit 7.3 Blodtryksmåling Fødeplanen afsnit 28.4.2.4 Hypertension
Urinstiks for glukose og protein	Svangreomsorg afsnit 7.5 Urinscreening Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.4.2.1 Glucoseuri</li> <li>• Afsnit 28.4.2.3 Proteinuri</li> </ul>
Vurdering af fosterstilling, fostertilvækst og hjertelyd	Svangreomsorg afsnit 8. Overvågning af fosteret Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.4.8 Fosterstilling</li> <li>• Afsnit 28.4.5 Fosterstørrelse/ - tilvækst og fostervand</li> </ul>
Vejning ved behov	Svangreomsorg afsnit Svangreomsorgens <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 6 Levevis</li> <li>• Afsnit 7.2 Vægt og vejning</li> <li>• Afsnit 11.2 Den overvægtige gravide</li> </ul> Svangreomsorgens Fødeplanen afsnit 28.3.2 Gravide med prægravid BMI $\geq 27$
Vurdering af tegn på risikotilstande med henblik på henvisning, eventuel intervention, forebyggelse eller behandling	Fødeplanen afsnit 28 Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning

### **Yderligere støtte eller undersøgelse**

Den gravide/ familien informeres om, hvor de kan henvende sig, hvis de bliver utrygge ved graviditeten og/ eller der opstår faresignaler som blødning eller smerter.

Den gravide henvises ved behov til andre tilbud.

**Jordemoderen fortsætter journaloptagelserne på vandrejournalen**

## **8.2.7 Jordemoderkonsultation ved overskridelse af termin 41 uger**

### **Helbredsundersøgelse**

#### **Formål**

- Vurdere fostertilvækst og fosterstilling og drøfte den gravides velbefindende
- Foretage risikoopsporing af præeklampsi
- Drøfte eventuel bekymring omkring "at gå over tiden"
- Informere om muligheder for igangsættelse

Samtalen	Link/ henvisning til
Opfølgning på de forrige konsultationer	
Den gravides og hendes partners trivsel og tanker omkring den forestående fødsel og eventuel bekymring ved at gå over tiden Drøftelse af muligheder for undersøgelser,	Fødeplanen afsnit 28.4.6.3 Graviditas prolongata

igangsættelse af fødslen, forskellige metoder og fordele og ulemper ved igangsættelse	
---	--

Helbredsundersøgelsen	Link/ henvisning til
Blodtryksmåling	Svangreomsorg afsnit 7.3 Blodtryksmåling Fødeplanen afsnit 28.4.2.4 Hypertension
Urinstiks for glukose og protein	Svangreomsorg afsnit 7.5 Urinscreening Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.4.2.1 Glucoseuri</li> <li>• Afsnit 28.4.2.3 Proteinuri</li> </ul>
Vurdering af fosterstilling, fostertilvækst og hjertelyd	Svangreomsorg afsnit 8. Overvågning af fosteret Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 28.4.8 Fosterstilling</li> <li>• Afsnit 28.4.5 Fosterstørrelse/ - tilvækst og fostervand</li> </ul>
Eventuelt vaginal eksploration	Svangreomsorg afsnit 11.9 Overbårenhed – graviditas prolongata Fødeplanen afsnit 28.4.6.3 Graviditas prolongata
Vejning ved behov	Svangreomsorg afsnit Svangreomsorgens <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 6 Levevis</li> <li>• Afsnit 7.2 Vægt og vejning</li> <li>• Afsnit 11.2 Den overvægtige gravide</li> </ul> Fødeplanen afsnit 28.3.2 Gravide med prægravid BMI $\geq$ 27
Vurdering af tegn på risikotilstande med henblik på henvisning, eventuel intervention, forebyggelse eller behandling	Link til Fødeplanen afsnit 28 Visitation af gravide og fødende og senere opfølgning

Jordemoderen fortsætter journaloptagelserne på vandrejournalen

### **8.2.8 Gruppekonsultation - med fødsels og forældreforberedelse**

Ved gruppekonsultation samles en gruppe gravide og deres partnere i mindre grupper til fælles konsultation hos en jordemoder. Helbredsundersøgelserne er dog individuelle. Indholdet i gruppekonsultationerne følger det individuelle konsultationsprogram og følger forløbet for førstegangsfødende. Her ud over integreres fødsels- og forældreforberedelse i gruppekonsultationerne. Der henvises til afsnit 19 "Fødsels- og forældreforberedelse" for en nærmere beskrivelse af indholdet i nedennævnte temaer.

Gruppe konsultationerne er tilrettelagt således, at 6 – 8 gravide og deres partnere mødes cirka 2 timer pr. gang. Gruppekonsultationen i graviditetsuge 39 er dog kun på 1 time. Den individuelle undersøgelse placeres før og efter det fælles tema.

Gruppekonsultation giver god mulighed for udveksling af tanker, forventninger og erfaringer i forhold til graviditet, fødsel og forældreskab. Samværet i gruppen kan endvidere bidrage til netværksdannelse.

Der er individuel konsultation i uge 13-15.  
Herefter er der gruppekonsultation i uge 21, 29, 35, 37 og 39.

Eventuelt ved behov konsultation i uge 41 er individuel.

### **Graviditetsuge 13- 15**

- Individuel konsultation og samtale

<b>Gruppekonsultationer</b>	<b>Indhold</b>
<b>Graviditetsuge 21-</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gruppekonsultation (samtale)</li><li>• Fødsels- og forældreforberedelse tema 1<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Udvikling til forældreskab</li></ul></li></ul>
<b>Graviditetsuge 29</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gruppekonsultation (samtale)</li><li>• Fødsels- og forældreforberedelse tema 2<ul style="list-style-type: none"><li>◦ amning og tilknytning til barnet (sundhedsplejersken kan med fordel deltage)</li></ul></li><li>• Individuel helbredsundersøgelse</li></ul>
<b>Graviditetsuge 35</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gruppekonsultation (samtale)</li><li>• Fødsels- og forældreforberedelse tema 3 og 4<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Fødslen</li><li>◦ Spædbarnspleje og den første tid efter fødslen</li></ul></li><li>• Forberedelse til ambulante fødsel/ tidlig udskrivelse</li><li>• Individuel helbredsundersøgelse</li></ul>
<b>Graviditetsuge 37</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gruppekonsultation (samtale)</li><li>• Opfølgning på fødsels- og forældreforberedelse tema 3 og 4<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Fødslen</li><li>◦ Spædbarnspleje og den første tid efter fødslen</li></ul></li><li>• Forberedelse til ambulante fødsel/ tidlig udskrivelse</li><li>• Individuel helbredsundersøgelse</li></ul>
<b>Graviditetsuge 39</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gruppekonsultation (samtale)</li><li>• Individuel helbredsundersøgelse</li></ul>

### **Graviditetsuge 41**

- Individuel konsultation

Ved behov er der, ligesom ved det individuelle program, mulighed for at tilbyde ekstra konsultation ud over gruppeforløbet. Disse konsultationer er individuelle.

Deltagerne i gruppekonsultationerne kan ligeledes eventuelt supplere fødsels- og forældreforberedelsen med deltagelse i et eller flere tematilbud.

## **8.2.9 Åben jordemoderkonsultation**

Åben jordemoderkonsultation er et tilbud til alle gravide, som har behov for en akut tid udover de planlagte konsultationer. Kvinden og hendes partner har mulighed for at komme og drøfte spørgsmål, problemstillinger eller andet i forhold til deres graviditet, der optager og bekymrer dem.

For den gravide kan det være lettere at henvende sig spontant i den åbne konsultation, end at kontakte konsultationsjordemoderen i telefontiden, forklare problemet og aftale en ny tid. Den åbne konsultation er med til at aflaste jordemoderens konsultations- og telefontid. Endvidere forebygger de åbne konsultationer også en del akutte henvendelser til fødegangene.



I den åbne konsultation tages der udgangspunkt i den gravides aktuelle problemstilling, der har givet anledning til henvendelsen. Kontakten behøves således for eksempel ikke nødvendigvis at indeholde en helbredsundersøgelse. Ved behov kan der træffes ny aftale med henblik på opfølgning og/ eller eventuel udredning eller henvisning til anden instans.

Den praktiserende læge og konsultationsjordemoderen informerer den gravide om tilbuddet om åben konsultation.

### **8.2.10 Opsøgende virksomhed ved jordemoder**

Opsøgende virksomhed omfatter besøg i hjemmet ved:

- Socialt behov
- Sygdom eller aflastning
- Motivering

Opsøgende virksomhed udføres primært af "egen jordemoder" – det vil sige konsultationsjordemoderen – for at prioritere og sikre kontinuiteten.

#### **Socialt og/ eller psykisk behov**

Ved socialt og/ eller psykisk behov kan jordemoderen i nødvendigt omfang tilbyde og udføre helbredsundersøgelser i den gravides hjem. Dette udføres i samarbejde med eller efter henvisning fra egen læge, sundhedsplejerske og/ eller kommunal sagsbehandler.

#### **Sygdom og/ eller aflastning**

I forbindelse med sygdom og/ eller aflastning af den gravide kan jordemoderen ligeledes tilbyde at udføre behovsprægede undersøgelser i hjemmet. Dette sker ofte efter henvisning fra og i samarbejde med de obstetriske speciallæger.

#### **Motivering - Opsøgende virksomhed**

Det er pålagt jordemødrene at udøve opsøgende virksomhed i de tilfælde, hvor den gravide udebliver fra undersøgelserne i jordemoderkonsultationerne. Opsøgende virksomhed med forsøg på at motivere kvinden til at følge de forebyggende helbredsundersøgelser kan og bør anvendes, så langt som dette ikke går mod kvindens ønsker og den personlige frihed. Opsøgende virksomhed udføres ofte i samarbejde med egen læge, sundhedsplejersken og/ eller den kommunale sagsbehandler og/ eller familieambulatoriet.

## 9 Pjecer

I dette afsnit nævnes pjecer, der kan anbefales over for kvinden og hendes familie. De sundhedsprofessionelle anbefaler kun pjecer fra officiel side, men det kan nævnes, at der findes gratis alternativer.

### 9.1 Pjecer fra officielle myndigheder

Følgende pjecer fra Sundhedsstyrelsen kan anbefales	Link
Barn i vente, bog Kan købes i bogudgave	Kan downloades på <a href="http://www.sst.dk">www.sst.dk</a> , dette anbefales,
Risikovurdering og foster diagnostik Findes kun elektronisk	Kan downloades på <a href="http://www.sst.dk">www.sst.dk</a>
Sunde vaner før, under og efter graviditet, pjece	Kan downloades på <a href="http://www.sst.dk">www.sst.dk</a>
Rygning, graviditet og fødsel, pjece	Kan downloades på <a href="http://www.sst.dk">www.sst.dk</a>
Råd om mad og motion når du er gravid Findes kun elektronisk	Kan downloades på <a href="http://www.sst.dk">www.sst.dk</a>
Tjek bleen	<a href="http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Boernesundhed/Sunde%20Boern/Tjek%20bleen/Tjek_bleen.ashx">http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Boernesundhed/Sunde%20Boern/Tjek%20bleen/Tjek_bleen.ashx</a>
Vuggedød kan forebygges	<a href="http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CFF/Vuggedoed_2/Vugge_foraeldre_7udg.pdf">http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CFF/Vuggedoed_2/Vugge_foraeldre_7udg.pdf</a>

Følgende pjecer fra andre myndigheder kan anbefales	Link
God kemi, 9 gode råd til gravide og nyfødte	Kan downloades fra miljøstyrelsens hjemmeside, <a href="http://www.babykemi.dk/images/Baggrundsrapport_060927.pdf">http://www.babykemi.dk/images/Baggrundsrapport_060927.pdf</a>
Børn i bilen fra Rådet for større færdselssikkerhed	<a href="http://www.sikkertrafik.dk/l%20bil/Boern%20i%20bilen/Laes_brochuren_boern_i_bilen.aspx">http://www.sikkertrafik.dk/l%20bil/Boern%20i%20bilen/Laes_brochuren_boern_i_bilen.aspx</a>
Kort og godt om amning fra Komiteen for Sundhedsoplysning	<a href="http://www.sundhedsoplysning.dk/kort_og_godt_om_amning_gravid.htm">http://www.sundhedsoplysning.dk/kort_og_godt_om_amning_gravid.htm</a>
Ammerådgivning fra Forældre og Fødsel	<a href="http://www.fogf.dk/Leaflets.php">http://www.fogf.dk/Leaflets.php</a>
Når to bliver til tre fra Sex og Samfund	<a href="http://www.sexogsamfund.dk/Files/Filer/Sex%20og%20Samfund/Klar%20Besked%20%20i%20PDFformat/Naar2blivertil3.pdf">http://www.sexogsamfund.dk/Files/Filer/Sex%20og%20Samfund/Klar%20Besked%20%20i%20PDFfor mat/Naar2blivertil3.pdf</a>

## **9.2 Regionale pjecer**

I takt med at de fæles regionale pjecer bliver udarbejdet, vil de fremgå af dette afsnit.

## 10 Blodprøvehåndtering

Her indsættes en vejledning til de praktiserende læger vedrørende blodprøvehåndtering.  
Det drejer sig om helt faktuelle forhold og teksten er under udarbejdelse.

## 11 Anti-D behandling i graviditeten

Generel forebyggende behandling med anti-D immunglobulin under graviditeten er de senere år indført i en række lande. Der er god dokumentation for den forebyggende behandling i graviditeten. På den baggrund har Sundhedsstyrelsen fundet grundlag for at foretage en udvidelse af RhD profylaksen.

**Alle gravide** tilbydes at få taget en blodprøve til blodtypebestemmelse og screening for irregulære blodtypeantistoffer ved første graviditetsundersøgelse hos den praktiserende læge.

**Alle RhD negative gravide** får taget en blodprøve til screening for irregulære blodtypeantistoffer i uge 25 hos den praktiserende læge. Samtidig undersøges fosterets RhD type på en anden blodprøve.

Vedrørende blodprøvetagning og forsendelse henvises til afsnit 10 "Blodprøvetagning og forsendelse".

Blodprøvesvaret tilgår fødestedet og jordemoderkonsultationen, så svaret foreligger ved jordemoderkonsultationen i uge 29.

Svaret tilgår endvidere den praktiserende læge til orientering.

### 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.

#### Bemærkning

Den præcise dosis indsættes senere.

#### Håndtering:

- Ved jordemoderundersøgelsen i uge 29 tjekker jordemoderen svaret på blodprøven taget hos den praktiserende læge i uge 25
- Såfremt fosteret er RhD positivt, henviser jordemoderen den gravide til fødestedet, hvor der gives anti-D immunglobulin

Anti-D immunglobolin skal ordineres af en læge. På sygehuset kan overlægen give en generel bemyndigelse til, at de i afdelingen ansatte jordemødre selvstændigt vurderer behovet for anvendelsen af anti-D immunglobulin og iværksætter behandlingen hermed.

Link til Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Svangreomsorg afsnit 9.2 RhD (rhesus) immunisering.

## 12 Medicin til gravide og ammende

Enhver autoriseret sundhedsperson er under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. I forbindelse med ordination af lægemidler betyder dette, at den ordinerende sundhedsperson er forpligtet til nøje at overveje fordele og ulemper, inden der i samråd med patienten træffes beslutning om, hvorvidt en behandling skal indledes, fortsættes, untlades eller stoppes.

I forbindelse med patienters graviditet eller amning opstår der en ny situation, hvor aspekter omhandlende foster/barn må inddrages, og det er helt afgørende, at fordele og ulemper i hvert enkelt tilfælde revurderes.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at en del medicin kan have uheldige virkninger på fostret/ det nyfødte barn, selv om præparatet i princippet kan anvendes under graviditet. Et eksempel herpå er SSRI-præparater, hvor en lang række mere eller mindre farlige bivirkninger hos det nyfødte barn er velbeskrevet.

### **Prækonceptionel rådgivning**

Så snart graviditet planlægges eller konstateres, skal kvindens medicinske behandling omhyggeligt revurderes i lyset heraf.

### **I graviditeten**

Det påhviler den praktiserende læge, som udfører første graviditetsundersøgelse, at optage grundig medicinanamnese og at notere eventuel medicin i svangrejournalen.

Er den praktiserende læge for eksempel i tvivl i forhold til medicinering, præparatvalg med mere, vil det være hensigtsmæssigt at rådføre sig med en obstetrisk speciallæge eller en særlig farmakologisk kyndig.

Hvis den gravide er i nødvendig medicinsk behandling, skal der før fødslen laves en plan med den gravide for ammeperioden.

**Senest ved den sidste graviditetsundersøgelse hos den praktiserende læge** skal fordele og ulemper ved amning i forhold til ernæring med modernælkserstatning gennemgås med den gravide, og der skal laves en plan for ernæringen efter fødslen. Planen indsendes til kvindens valgte fødested.

### **Fødslen**

Det påhviler efterfølgende jordemoderen at sikre, at planen for ernæringen følges og gennemføres.

### **Efter fødslen**

Det er vigtigt at være opmærksom på, at påvirkning af fostret ikke altid kan undgås, når den gravides medicinske behandling er nødvendig, men eksponeringen kan bringes til ophør efter fødslen ved at fravælge amning.

Selv om en lang række præparater i princippet kan anvendes under amning, kan bivirkninger hos barnet være beskrevet, og langtidseffekter på barnets udvikling er for mange præparaters vedkommende ufuldstændigt undersøgt. Gruppen af SSRI - præparater er også et vigtigt eksempel på denne problematik.

Link til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg afsnit 6.2 Lægemidler

## 13 Gravide og arbejdsmiljø

Et velfungerende samarbejde mellem praktiserende læger, jordemødre, fødestederne, de arbejdsmedicinske klinikker og Arbejdstilsynet er af væsentlig betydning for:

- At forebygge, at påvirkninger i arbejdsmiljøet resulterer i negative graviditetsudfald
- At risici i arbejdsmiljøet om muligt imødegås ved, at der iværksættes passende foranstaltninger på arbejdspladsen, således at fraværsmeldinger undgås

Det er vigtigt, at problemer omkring arbejdsmiljø afklares tidligt i graviditeten, helst før udgangen af første trimester. Det drejer sig blandt andet om omplacering eller fraværsmelding af gravide efter dagpengelovens regler, samt afklaring af tvivlsspørgsmål ved eksposition for eventuelle skadelige påvirkninger i forbindelse med graviditetens.

Ideelt set starter svangreomsorgen med en prækonceptionel rådgivning, der sætter både kvinden og manden i stand til at undgå reproduktionsskadelige påvirkninger i tiden før befrugtningen. I visse situationer kan det være vigtigt med egen læges rådgivning til parret inden graviditetens indtræden. Specielt ved kemiske påvirkninger er de første uger efter konceptionen risikofyldte.

### 13.1 Graviditetsundersøgelser

Ved 1. graviditetsundersøgelse hos den praktiserende læge udfyldes vandre- og svangerskabsjournalen med stillingsbetegnelse for såvel den gravide som barnefaderen. I den forbindelse er det naturligt at drøfte spørgsmålet om mulige risikofaktorer i arbejdsmiljøet med den gravide.

Herefter vurderes af egen læge:

- Om arbejdet er uden risiko
- Om der er indikation for og mulighed for omplacering, eventuel fraværsmelding
- Om der er indikation for kontakt med eller henvendelse til Arbejdsmedicinsk afdeling.

Arbejdsmedicinsk afdeling – adresser mm.

*Bemærkning - stederne indsættes når specialegodkendelsen fra Sundhedsstyrelsen er på plads*

Der skal altid foretages en vurdering i forhold til de specifikke, individuelle arbejdsforhold. En arbejdsgiver skal – når vedkommende bliver bekendt med, at en medarbejder er gravid eller ammer – sørge for, at det i arbejdspladsvurderingen (APV) vurderes, om der er risiko for, at medarbejderen er udsat for påvirkninger, der kan indebære en fare for graviditet eller amning. Det anbefales generelt af Arbejdstilsynet, at regelmæssigt gennemførte APV altid indeholder en sådan vurdering.

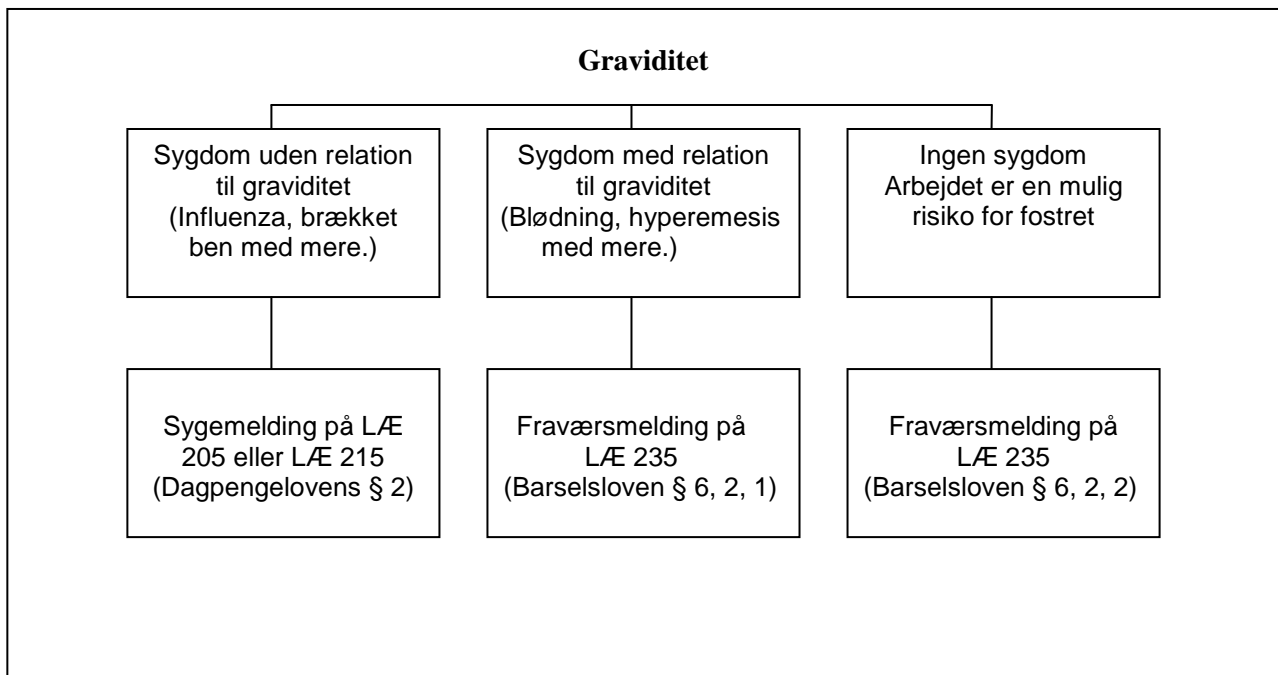
Jordemoderen, den praktiserende læge og obstetriker følger op på arbejdsmiljøspørgsmålet ved de efterfølgende kontakter med den gravide.

### 13.2 Fraværsmelding kontra sygemelding

Det er vigtigt at skelne mellem sygemeldinger og fraværsmeldinger på grund af arbejdsmiljø eller graviditetsrelaterede sygdomme, idet sygemelding kontra fraværsmelding har forskellige konsekvenser for arbejdsgiveren og kvinden:

- Udgør arbejdet en risiko for fostret eller relaterer sygdommen sig til graviditeten, udløser det en fraværsmelding
- Ved almindelig sygdom der opstår under graviditeten, skal den gravide sygemeldes på vanlig vis

Nedenstående figur anskueliggør de forskellige muligheder i henhold til dagpengelovens bestemmelser.



Det er vigtigt at være opmærksom på muligheden for at deltidssygemelde den gravide for en periode, for eksempel på halv tid i en eller flere uger for derefter at vurdere om en gene er reduceret eller forsvundet.

Se i øvrigt afsnittet om love og regler på området.

### 13.3 Arbejdsmedicinsk afdelings deltagelse

De arbejdsmedicinske afdelinger er i besiddelse af den specialviden, der er nødvendig for at foretage en vurdering af fosterskadende risici.

Afdelingen kan inddrages i spørgsmål vedrørende mistanke om skadelig påvirkning i den gravides arbejdsmiljø. Afdelingen kan enten rådspørges telefonisk, eller den gravide kan henvises hertil. Ved henvisning går afdelingen ind i en individuel vurdering og udredning med eventuel inddragelse af arbejdsgiveren. Såfremt der er behov for yderligere vurdering, kan arbejdsmedicinsk afdeling også foretage virksomhedsbesøg.

Formålet er at afdække, om kvinden kan fortsætte i arbejdet, omplaceres eller skal fraværmeldes efter dagpengelovens bestemmelser. Samtidig vurderer arbejdsmedicinsk afdeling, om kvinden allerede har været eksponeret for en fosterskadelig påvirkning, samt foretager et skøn over risikoen for, at der er sket skade på fostret.

Arbejdsmedicinsk afdeling kan også gå ind i en retrospektiv vurdering af arbejdsmiljømæssige påvirkninger efter et indtruffet uønsket graviditetsudfald - for eksempelvis et misdannet barn eller en spontan abort.

Se i øvrigt afsnittet om arbejdsskadeforsikringen, afsnit 13. 4. 3.

Ligeledes kan arbejdsmedicinsk afdeling inddrages i forbindelse med uhonoreret graviditetsønske, hvor der kan være mistanke om, at forhold i arbejdsmiljøet kan være årsag hertil.



## 13.4 Love og regler på området

Der foreligger en række specifikke love og regler på arbejdsmiljøområdet, der bør indtænkes i den forebyggende svangreomsorg. Særligt skal man være opmærksom på, at arbejdsmiljølovgivningen pålægger arbejdsgiveren et ansvar for om muligt at iværksætte andre foranstaltninger, før omplacering af gravide og eventuel fraværsmedling bringes i anvendelse.

Gravide kan fraværsmeldes efter Barselslovens § 6 stk. 2, nr. 1 eller nr. 2.

### 13.4.1 Sygdom i relation til graviditeten - § 6. stk. 2, nr. 1

Hvis det efter lægelig bedømmelse skønnes, at graviditeten har et sygeligt forløb, der ved fortsat beskæftigelse vil medføre risiko for kvinden eller fostret, fraværsmeldes den gravide.

Fraværsmedlingen sker på en særlig formular LÆ 235, der indsendes af den praktiserende læge til kommunen.

[www.klxml.dk/KLB/Blanket/Gaelder/la235.pdf](http://www.klxml.dk/KLB/Blanket/Gaelder/la235.pdf) - Attest vedrører sygdom i forbindelse med graviditet eller risiko for fosterskader.

Fraværsmedlingen kan gælde hele graviditeten eller nogle uger/ måneder. Barselsdagpenge udbetales fra kommunen fra 1. dag.

### 13.4.2 Arbejdet udgør en mulig risiko for barnet - § 6 stk. 2, nr. 2

Den gravide fraværsmeldes:

- Hvis arbejdets særlige karakter (med baggrund i den aktuelle viden) medfører risiko for fostret eller
- Hvis graviditeten på grund af offentligt fastsatte bestemmelser (regulativer og love) forhindrer hende i at varetage sit arbejde og/ eller
- Hvis arbejdsgiveren samtidig ikke kan tilbyde hende anden passende beskæftigelse

Fraværsmedlingen sker på en særlig formular LÆ 235, der indsendes af egen læge til kommunen.

[www.klxml.dk/KLB/Blanket/Gaelder/la235.pdf](http://www.klxml.dk/KLB/Blanket/Gaelder/la235.pdf) - Attest vedrører sygdom i forbindelse med graviditet eller risiko for fosterskader.

Det skal vurderes, om fysiske, ergonomiske, kemiske, biologiske og psykiske påvirkninger kan medføre en risiko for fosterskader.

Ved tvivl om fosterskadelig påvirkning kan oplysninger indhentes fra for eksempel virksomhedens sikkerhedsorganisation, bedriftssundhedstjenesten, Arbejdstilsynet eller arbejdsmedicinsk afdeling. Vurderingen kan foretages af en læge, arbejdsmedicinsk afdeling - såfremt kvinden er henvist hertil - eller af kommunen, der har afgørelsen vedr. udbetalingen af barselsdagpenge. Kommunen kan nægte at udbetale dagpenge, hvis det ikke findes indiceret.

På baggrund af højesteretsdom på området kan kommunen nægte at betale dagpenge, og arbejdsgiverne er i en række sager blevet dømt til at betale fuld løn ved fraværsmedling på grund af § 6, 2, 2.

Ved tvivl skal den gravide midlertidig fraværsmeldes og dagpenge udbetales, mens udredningen foregår, og indtil en endelig risikovurdering foreligger.

### 13.4.3 Arbejdsskadeforsikringsloven

Ved misdannelser hos levendefødte børn og mistanke om reproduktionsskadelige påvirkninger i arbejdsmiljøet skal der foretages anmeldelse til Arbejdstilsynet og Arbejdsskadestyrelsen.

I henhold til arbejdsskadeforsikringsloven kan en række fosterskader anerkendes som arbejdsbetingede. Disse figurerer på Erhvervs sygdomslisten anført i liste H.

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=122962> Uddrag af Erhvervssygdomslisten vedr. fosterskader - Gruppe L

Barnet vil kunne få erstatning - henholdsvis mén og/ eller erhvervsevnetabserstatning - hvis det er overvejende sandsynligt, at de ikke skyldes andre forhold end moderens arbejdsmæssige belastninger.

Anmeldelsen til Arbejdstilsynet sker med henblik på forebyggelse, mens anmeldelsen til Arbejdsskadestyrelsen sker med henblik på muligheden for erstatning. Anmeldelsen sker på en særlig anmeldelsesblanket.

<http://www.arbejdstilsynet.dk/SELVBETJENING/Blanketter.aspx> - Anmeldelse af formodede eller konstaterede arbejdsbetingede lidelser til Arbejdstilsynet og Arbejdsskadestyrelsen.

Fosterskadende påvirkninger i arbejdet, der formodes at have medført abort eller dødfødsel, skal anmeldes til Arbejdstilsynet og til arbejdsskadestatistikken.

Der skal også foretages anmeldelse til Arbejdsskadestyrelsen, hvis kvinden har fået varige følger eller ved mistanke herom.

#### **13.4.4 EU-direktiver**

Et EU-direktiv på området omhandler *“Iværksættelse af foranstaltninger til forbedring af sikkerheden og sundheden under arbejdet for arbejdstagere, som er gravide, som lige har født eller som ammer”*. Ifølge direktivet har arbejdsgiveren pligt til at vurdere risikoen for kvinden og sørge for de nødvendige foranstaltninger. EU-direktivet er indarbejdet i dansk lovgivning.

#### **13.4.5 Arbejdsmiljøloven**

Arbejdsmiljøloven kræver, at arbejdet udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt. Ifølge Arbejdsministeriets bekendtgørelse om arbejdets udførelse skal *“Særligt følsomme risikogrupper, herunder gravide og ammende ansatte, beskyttes mod farer, som for dem er særligt alvorlige”*.

Arbejdsgiveren er pligtig til at foretage en særlig arbejdspladsvurdering med henblik på, om den gravide eller ammende udsættes for påvirkninger, der kan indebære en fare for graviditeten eller amningen. Er det tilfældet, skal det ud fra en vurdering af arten, omfanget og varigheden af den enkelte påvirkning fastlægges, om denne risiko vil få negativ indvirkning på graviditeten eller amningen. I så fald skal arbejdsgiveren træffe foranstaltninger til at imødegå risikoen.

Det er altså arbejdsgiverens ansvar, at den gravides arbejdsmiljø er sådan, at fosterskadelige påvirkninger undgås, og det er arbejdsgiverens pligt at foretage denne vurdering. Arbejdsgiveren kan herefter om fornødent fraværsmelde den gravide, såfremt hun ikke kan beskæftiges uden risiko for fosterskadelige påvirkninger. Den gravide får således ikke lov til selv at tage stilling til eventuelle risici, og om hun i så fald vil acceptere dem.

### **13.5 Arbejdsmiljøfaktorer**

Dette afsnit indeholder en kort beskrivelse af forskellige arbejdsmiljøfaktorer, der har betydning for reproduktionen og anbefalinger for, hvordan den enkelte gravide kan rådgives og arbejdsmedicinsk afdeling inddrages.

Anbefalingerne hidrører fra AT-henvisning nr. A.1.8, februar 2009 - Gravide og ammendes arbejdsmiljø. ([www.at.dk](http://www.at.dk))

### 13.5.1 Fysiske arbejdsmiljøfaktorer

Fysiske påvirkninger er ifølge deres natur meget forskelligartede. Nogle vil kunne medføre reproduktionsskader, mens andre ikke har denne virkning. Nogle fysiske påvirkninger er overordentligt velundersøgt, for andre foreligger ret få undersøgelser, andre igen påvirker ikke fosteret.

Fysiske påvirkninger vil kunne virke direkte på fosteret og medføre skader som misdannelser (for eksempel ioniserende stråling) eller indirekte via en fysiologisk belastning af den gravide (for eksempel ekstrem varme, der øger legemstemperaturen og forstyrrer varmeregulationen):

Fysiske påvirkninger der skal undgås

- Stød
- Vibrationer
- Støj
- Ioniserende stråling
- Ikke-ioniserende stråling
- Ekstrem varme og kulde
- Ergonomiske belastninger

Forsvarlige niveauer for gravidens udsættelse for fysiske påvirkninger:

Påvirkning	Forsvarligt niveau for gravide	Branche
Stød - vold	Ingen konkrete grænser	Institutioner, politiarbejde
Helkropsvibrationer	Undgå kraftige helkropsvibrationer	Kørsel på ujævnt underlag
Støj	Støjeksponering over 85 dB. Lavfrekvent støj under 500 Hz. Ingen berøring af ultralydsbærende dele	Jern- og metalindustrien med mere
Industriel ultralyd	Ikke placering direkte op ad anlæg, hvor ultralyd ledes gennem fast stof eller væske	Jern- og metalindustrien
Ioniserende stråling	Fertile kvinder, helkropsbestråling svarende til 50 mSV pr. år. Fra graviditeten er konstateret højst 1 mSV /år	Sundhedsvæsen, forskning, industrielle røntgenanlæg. (se AT-vejledning, side 7)
Ikke-ioniserende stråling:	Mindst 2 meter fra strålingskilden	Ekstremt lavfrekvente felter (frekvenser under 300 Hz) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modstandssvejsning (punkt- og pressesvejsning)</li> <li>• Elektrosvejsning</li> <li>• Større induktionsovne</li> <li>• Kraftværker</li> <li>• Transformere</li> </ul> Radiofrekvente felter (frekvenser fra 10 kHz til 300 GHz) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radar- og mobilantenneanlæg</li> <li>• Medicinsk udstyr til kortbølgebehandling</li> <li>• Anlæg til hærdning af lim</li> <li>• Anlæg til plastsvejsning.</li> </ul>

Ekstrem varme	Ikke over 35°C	Metal/stålværker og støberier Tropelande Det grønne område (drivhuse)
---------------	----------------	---

### 13.5.2 Ergonomiske arbejdsmiljøfaktorer

Der er udført et stort antal undersøgelser for at klarlægge sammenhænge mellem ergonomiske belastninger og risikoen for negative graviditetsudfald. Nogle sammenhænge er sandsynlige ud fra en samlet vurdering, nogle kan mistænkes på det foreliggende grundlag, og andre sammenhænge findes der ingen sikker viden om endnu.

Der kan være øget risiko for præterm fødsel, fosterdød, spontan abort og formentlig også lav fødselsvægt.

Opmærksomheden rettes mod følgende forhold, særligt i kombination:

- Tunge løft
- Stående og gående arbejde
- Skub og træk af tunge byrder

Arbejdstilsynets vejledning (se nedenstående skema) om forsvarlige niveauer for ergonomisk belastning for gravide fra begyndelsen af 4. graviditetsmåned:

Påvirkning	Forsvarligt niveau for gravide	Særlige forhold
Tunge løft	Ingen faste grænser, individuel vurdering	Variation, gentagelser, ideelle løfteforhold, enkeltløft og samlede mængde, hjælpemidler
Stående/ gående arbejde	1 – 1,5 times arbejde med efterfølgende ½ times pause uden afbrydelse, øgende i sidste del af graviditet	Anbefaler, at der veksles mellem gående/stående og siddende arbejde.
Træk og skub	Ingen faste grænser	
Højt overtryk/ dykning		Bør ikke udføres af gravide

Eksempler på faggrupper og brancher med mange kombinerede ergonomiske belastninger:

Fag	Branche
Hjemmehjælper, sygehjælper, sundhedsassistent	Plejehjem, hjemmepleje, sygehus
Rengøringsassistent	Industriel rengøring
Industriarbejder	Fremstillingsindustri, for eksempel fødevarer-, jern- og metal-, træ- og møbel-, almen industri
Gartner, gartnermedhjælper	Gartneri
Socialpædagog	Institution for fysisk og psykisk handicappede
Landmand, landbrugsmedhjælper	Landbrug

### 13.5.3 Biologiske arbejdsmiljøfaktorer

#### Infektionssygdomme

Raske gravide er i de fleste tilfælde ikke mere modtagelige for infektionssygdomme end andre. Alligevel vil infektion eller udsættelse for infektion i graviditeten kunne give anledning til overvejelser om en eventuel fosterskadelig påvirkning, fordi visse infektionssygdomme er forbundet med en øget risiko for fosteret.

God hygiejne er den vigtigste forebyggelse over for smitsomme sygdomme, både hjemme og på arbejdspladsen. På arbejdspladsen gælder det både personlig hygiejne og hygiejniske forholdsregler vedr. arbejdsstedets indretning og arbejdets tilrettelæggelse og udførelse.

Nogle infektionssygdomme har betydning i erhvervsmæssige sammenhænge og i specielle situationer gælder særlige forholdsregler fra gravide.

Arbejdsrelaterede infektionssygdomme. Forekomst og forholdsregler:

	Arbejdspladser med overhyppighed eller risiko for smitte	Forholdsregler
Salmonella	Slagterier	Hygiejne
Listeria	Ingen erhvervsmæssig overhyppighed påvist, men bakterien findes i føde-vareindustrien	Hygiejne
Hepatitis A	Dag/ døgninstitutioner, asylcentre	Vaccination før graviditet. Hygiejne. Gammaglobulin ved eksposition under graviditet.
Hepatitis B	Sygehuse og døgninstitutioner	Vaccination før graviditet. Seronegative må ikke arbejde med smittede i for eksempel hjemmeplejen. Hygiejne. Ved massiv eksposition kontaktes Statens Seruminstitut med henblik på indikation for vaccination.
HIV	Sygehuse	Hygiejne
Ornithose	Fjerkræslagterier (ænder, gæs og kalkuner)	Gravide bør ikke beskæftiges ved arbejdsprocesser, hvor de udsættes for støv eller aerosoler. Gravide bør ikke beskæftiges med fødende får og geder.
Rubella	Daginstitutioner, skoler	Vaccination før graviditet. Fraværsmedling af seronegative
Parvovirus B19	Dag/ døgninstitutioner	Fraværsmedling af seronegative
Toxoplasmose	Pelsdyravl, dyrlæger/ assistenter, slagterier, landbrug	Hygiejne. Fraværsmedling af seronegative
Cytomegalovirus (CMV)	Døgninstitutioner og sygehuse	God hygiejne er tilstrækkelig forholdsregel. Undgå kontakt med kendte udbrud.

Varicella Zooster	Dag/ døgninstitutioner	Vaccination før graviditet – Fraværsmelding af seronegative til udgangen af 20. uge. Immunglobulin ved eksponering af seronegative, kontakt Serumintitutet
Q-feber	Landbrug, dyrlæger/ assistenter	Gravide må ikke færdes i/ håndtere kvæg-, får- eller gedebesætninger med abortproblemer

### 13.5.4 *Kemiske arbejdsmiljøfaktorer*

En lang række kemiske påvirkninger kan skade fosteranlæggene eller fosteret. Resultatet kan være spontan abort, fosterdød, misdannelser, mentale forstyrrelser eller andre tegn på hjerneskade.

Arbejdsgiveren skal lave en vurdering af risikoen for den gravide og fosteret, når gravide arbejder med eller udsættes for stoffer og materialer med følgende risikosætninger på etiketten:

- R39: Fare for varig alvorlig skade på helbred
- R40: Mulighed for kræftfremkaldende effekt
- R45: Kan fremkalde kræft
- R46: Kan forårsage arvelige genetiske skader
- R48: Alvorlig sundhedsfare ved længere tids påvirkning
- R49: Kan fremkalde kræft ved indånding
- R60: Kan skade forplantningsevnen
- R61: Kan skade barnet under graviditeten
- R62: Mulighed for skade på forplantningsevnen
- R63: Mulighed for skade på barnet under graviditeten
- R64: Kan skade barnet i ammeperioden
- R68: Mulighed for varig skade på helbred

Arbejdsgiveren skal også lave en vurdering, når gravide og ammende arbejder med eller udsættes for følgende stoffer og materialer:

- Kræftfremkaldende stoffer og processer
- Hormonforstyrrende stoffer
- Flygtige stoffer og organiske opløsningsmidler
- Bekæmpelsesmidler
- Tungmetaller
- Anæstesi-gasser
- Kvælende gasser

Nogle kemiske stoffer kan overføres fra moderen til barnet gennem amning. Dette kan gælde bly og visse fedtopløselige stoffer som organisk kviksølv samt visse opløsnings- og bekæmpelsesmidler.

Eksempler på erhverv og brancher med mulige kemiske risikofaktorer:

Erhverv	Kemiske risikofaktorer
Bygge- og anlægsvirksomhed	Maling, lim, organiske opløsningsmidler
Jern- og metalindustri	Organiske opløsningsmidler, affedtningsmidler, maling, tungmetaller
Kemisk industri	Organiske opløsningsmidler, tungmetaller
Papir- og grafisk industri	Lim, trykfarver, organiske opløsningsmidler

Landbrug og gartneri	Organiske opløsningsmidler, bekæmpelsesmidler
Sygehus, tandklinik	Cytostatika, lattergas, methylmetacrylat
Laboratorium	Organiske opløsningsmidler

## 14 Kommunen og sundhedsplejerskens tilbud i graviditeten

Sundhedsstyrelsen bekendtgørelse nr. 1183 af 28. november 2006 om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge beskriver sundhedsplejerskernes indsats i forhold til den gravide. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg beskrives ligeledes muligheden for inddragelsen af sundhedsplejersken i graviditeten.

### Anbefalinger til hvornår og hvordan den kommunale sundhedstjeneste involveres i den gravides forløb.

- Efter en grundig afdækning af **den gravides livsstil** henvises hun så hurtigt som muligt og ved behov herfor til kommunens sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. (Tilbuddene kan se forskelligt ud fra kommune til kommune).  
Se **VisInfoSyd** for nærmere oplysning om kommunens aktuelle tilbud. [Link](#)
- Alle flergangsfødende med tidligere **dårlig ammeerfaring** henvises til sundhedsplejen med henblik på graviditetsbesøg i 2. trimester.
- Sundhedsplejersken kan med fordel deltage i en **gruppekonsultation** i fællesskab med jordemoderen (uge 29) med amning som tema. Endvidere kan sundhedsplejersken informere om kommunens servicetilbud samt mulighed for vejledning og støtte lige efter hjemkomst fra sygehuset.
- Sundhedsplejen kan med fordel deltage i **fødselsforberedelseskurser** som holdtilbud eller tematilbud i relevante emner.  
Emner som for eksempel:
  - Amning
  - Familiedannelse/ forældreskab
  - Pasning og pleje af barnet
  - Sundhedsplejens tilbud til familierneDet vil sige i hovedtema 1, 2 og 4. Der henvises til afsnit 19 "Fødsels- og forældreforberedelse" for en nærmere beskrivelse af indholdet i temaer.
- **Gravide med problemer** henvises til den kommunale sundhedstjeneste med henblik på graviditetsbesøg. Formålet er, at afklare det videre forløb.

### Formålet med sundhedsplejerskekontakten er:

- At kvinden lærer sundhedsplejersken at kende
- At sundhedsplejersken får kendskab til familiens ressourcer med mulighed for eventuelt tidlig intervention og støtte
- At skabe kontinuitet i forløbet fra gravid til ny familie
- At vejlede i blandt andet amning, spædbarnspleje, forælderroller, familiemønstre, den første tid efter fødslen samt sociale rettigheder

### Kontinuitet og samarbejde

For at bevare kontinuiteten for den gravide skal det sikres, at jordemoder og sundhedsplejerske arbejder tæt sammen og udveksler informationer. Sundhedsplejerskebesøg i graviditeten er medvirkende til, at den gravide kender hende efter fødslen. Her ud over medvirker det også til at give et bedre tværfagligt og sammenhængende patientforløb.

### Underretning

Ved særlig behov for støtte til familien af fysisk, psykisk og/eller social karakter underrettes kommunen, jævnfør § 153 i Serviceloven om skærpet underretningspligt.

### Bemærkning



*Kommunens opgaver i forbindelse med familieambulatorierne skal indsættes her senere.*

## 15 Specialkonsultationer i jordemoderregi

Ud over det almindelige tilbud i jordemoderkonsultationerne - individuel konsultation og gruppe konsultation – er der oprettet specialkonsultationer for forskellige grupper af gravide med behov for en særlig indsats. Det drejer sig om følgende tilbud:

- Gravide med særlige behov
  - Gravide med sociale problemstillinger og gravide med psykiske sygdomme, der ikke hører hjemme i Familieambulatoriet
  - Gravide kvinder med anden etnisk baggrund end dansk
- Overvægtige gravide med BMI  $\geq$  27
- Gravide, der venter mere end et barn

Gravide, som tilbydes særlige konsultationstilbud og/ eller særlige fødsels- og forældreforberedelsestilbud, kan vælge, hvorvidt de ønsker at modtage dette tilbud eller ønsker at følge det traditionelle tilbud.

### 15.1 Konsultation for gravide med særlige behov

Ved gravide med særlige behov forstås:

- Gravide med sociale problemstillinger og gravide med psykiske sygdomme som ikke hører hjemme i Familieambulatoriet
- Gravide kvinder med anden etnisk baggrund end dansk

Hvorvidt konsultationen kan deles i to selvstændige konsultationer, således at der er et særskilt tilbud til kvinder med anden etnisk baggrund end dansk, vil afhænge af konsultationens optageområde.

Konsultationen er et tilbud til ovennævnte gruppe, og der sættes særlig fokus på denne gruppes specielle problemstillinger, tilstand og behov.

Konsultationen varetages af en jordemoder med særlige kompetencer inden for området.

Tilbuddet til den gravide omfatter:

- Et større antal konsultationer i forhold til normen og/ eller længere konsultationstid
- Jordemoderen som fast kontaktperson i graviditeten
- Udvidet tilbud om sundhedsfremme og forebyggelse
- Eventuelt behovspræget hjemmebesøg i graviditeten og eventuelt i barselperioden
- Sundhedsplejersken inddrages i graviditeten
- Jordemoderen har et tæt samarbejde med den praktiserende læge, sundhedsplejersken og svangreambulatoriet/ familieambulatoriet

Følgende fagpersoner kan visitere:

- Den praktiserende læge kan visitere efter 1. lægebesøg i graviditeten (se nedenstående)
- Konsultationsjordemoderen kan, når hun modtager svangrepapirerne, visitere den gravide ud fra oplysninger om sociale og/ eller psykiske forhold, sprog, tolkebistand og etnisk baggrund
- Svangreambulatoriet/ familieambulatoriet kan visitere
- Sundhedsplejersken kan visitere

Tilbagevisitation:

- Såfremt en gravid ikke tilhører målgruppen, visiteres hun tilbage til den traditionelle jordemoderkonsultation

Ved tvivl om, hvorvidt den gravide skal henvises til en konsultation for "Gravide med særlige behov", henvises hun til Familieambulatoriet. Familieambulatoriet foretager herefter en individuel vurdering af, om kvinden skal fortsætte i Familieambulatoriet, eller om hun skal visiteres til jordemoderkonsultationen for "Gravide med særlige behov". Hvis der i graviditeten er behov for indberetning til kommunen og hvis indsats i

forhold til barnet efter fødslen skal vurderes og kommunen skal inddrages, hører den gravide hjemme i Familieambulatoriet. Familieambulatoriet er tovholder i disse forløb.

For oplysning om, hvor der tilbydes konsultation for gravide med særlige behov henviser til VisInfoSyd

- Som udgangspunkt gives tilbuddene i lokalmiljøet/ de enkelte kommuner svarende til jordemoderkonsultationerne – et tilbud i hver kommune
- Som minimum gives tilbuddet i forbindelse med fødestederne

## 15.2 Konsultation for overvægtige gravide med BMI $\geq$ 27

Der sættes særlig fokus på overvægtige gravides specielle problemstillinger, tilstand og behov, dels generelt dels i forhold til den aktuelle situation. Det vil sige at forebygge og/ eller reducere komplikationer i forbindelse med graviditeten, fødslen og i barselperioden.

Konsultationen er et tilbud til overvægtige gravide med BMI  $\geq$  27.

Konsultationen varetages af en jordemoder med særlige kompetencer inden for området.

Tilbuddet til den gravide omfatter:

- Et større antal konsultationer i forhold til normen og/ eller længere konsultationstid
- Jordemoderen som fast kontaktperson i graviditeten
- Udvidet tilbud om sundhedsfremme og forebyggelse
- Eventuelt behovspræget hjemmebesøg i graviditeten og eventuelt i barselperioden
- Sundhedsplejersken inddrages i graviditeten
- Jordemoderen har et tæt samarbejde med den praktiserende læge, sundhedsplejersken og svangreambulatoriet. Svangreambulatoriet lægger en plan for fødslen

Følgende fagpersoner kan visitere:

- Den praktiserende læge kan visitere efter 1. lægebesøg i graviditeten
- Konsultationsjordemoderen kan, når hun modtager svangrepapirerne, visitere den gravide ud fra oplysninger om BMI
- Svangreambulatoriet kan visitere
- Sundhedsplejersken kan visitere

For oplysning om, hvor der tilbydes konsultation for overvægtige gravide med BMI  $\geq$  27 henviser til VisInfoSyd

- Som udgangspunkt gives tilbuddene i lokalmiljøet/ de enkelte kommuner svarende til jordemoderkonsultationerne – et tilbud i hver kommune
- Som minimum gives tilbuddet i forbindelse med fødestederne

## 15.3 Konsultation for gravide, der venter mere end ét barn

At blive flerfoldsforældre er for de fleste en stor udfordring. Der sættes særlig fokus på de specielle udfordringer, problemstillinger og risici kvinder/ familier, som venter mere end ét barn har. Udfordringer, problemstillinger og risici i forbindelse med graviditeten, fødslen, planlagt vaginal fødsel eller kejsersnit samt i barselperioden.

Konsultationen er et tilbud til gravide, der venter mere end ét barn.

Konsultationen varetages af en jordemoder med særlige kompetencer inden for området.

Tilbuddet til den gravide omfatter:

- Et større antal konsultationer i forhold til normen og/ eller længere konsultationstid
- Jordemoderen som fast kontaktperson i graviditeten
- Udvidet tilbud om sundhedsfremme og forebyggelse

- Eventuelt behovspræget hjemmebesøg i graviditeten og eventuelt i barselperioden
- Sundhedsplejersken inddrages i graviditeten
- Jordmoderen har et tæt samarbejde med den praktiserende læge, sundhedsplejersken og svangreambulatoriet. Svangreambulatoriet er tovholder i forløbet

Visitation:

- Når diagnosen flerfoldsgravitet er stillet, henviser svangreambulatoriet/ den praktiserende læge og/ eller jordmoderen til konsultationen

Konsultationerne tilbydes i jordmoderkonsultationerne ved fødesteder med neonatalafdelinger

- For nærmere oplysninger se VisInfoSyd

## 16 Risikovurdering og fosterdiagnostik – de forskellige tilbud

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

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

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

Alle gravide tilbydes rådgivning og fosterundersøgelser, hvor en høj andel af de alvorlige misdannelser kan opdages. Det er imidlertid vigtigt at understrege, at fosterundersøgelser ikke udelukker alle misdannelser eller sygdomme hos børnene.

### **Baggrund**

Af Sundhedsstyrelsens ”Retningslinjer for fosterdiagnostik – prænatal information, risikovurdering, rådgivning og diagnostik.” september 2004, fremgår det, **at alle gravide, som ønsker det**, skal tilbydes prænatal risikovurdering og fosterdiagnostik samt eventuelt udvidet genetisk rådgivning.

Et tilbud om information, som gør det muligt for den gravide selv at tage stilling til undersøgelserne (informeret valg).

### **Formål**

Formålet med risikovurdering og fosterdiagnostik er, at bistå den gravide kvinde med at træffe sine egne valg.

Neutral, saglig og fyldestgørende vejledning er forudsætning herfor. Kvindens valg skal altid respekteres.

Den gravide skal kunne tilvælge undersøgelser, der kan vurdere den individuelle risiko for kromosomafvigelse, primært Down syndrom, samt en sen gennemscanning (misdannelsesscanning) ved en graviditetsslængde på 18-20 uger.

Målet med den prænatale risikovurdering og fosterdiagnostik er:

1. At den gravide, som bærer et handikappet/ misdannet foster:
  - Kan vælge at få foretaget abort
  - Kan ruste sig med sin familie til at modtage barnet og støttes heri
  - Kan visiteres til et fødested, som kan varetage behandlingen af det nyfødte barn
2. At begrænse antallet af invasive undersøgelser og derved reducere antallet af utilsigtede aborter blandt raske fostre

### 16.1 Gravide med øget risiko

Den praktiserende læge skal på baggrund af anamnesen vurdere, om den gravide er i særlig høj risiko for at bære et foster med medfødte misdannelser.

Genetisk rådgivning og risikovurdering drøftes og tilbydes gravide i følgende situationer:

1. Påvist kromosomafvigelse i en tidligere graviditet

2. Det kommende barn har levende eller afdøde søskende eller halvsøskende med kendt kromosomafvigelse, kendt misdannelsessyndrom og/ eller kendt arvelig sygdom
3. Det kommende barns søskende eller halvsøskende er udviklingshæmmede/ mentalt retarderede af ukendt årsag
4. Den ene eller begge forældre har fået påvist genetisk sygdom og/ eller har fået påvist anlægsbæretilstand
5. Familieanamnesen indeholder oplysning om genetisk sygdom eller medfødte misdannelser (morbror/ moster, farbror/ faster, fætter eller kusine til barnet)

Følgende bør give anledning til drøftelse af gennemscanning (misdannelsesscanning):

1. Mulige fosterskadelige ekspositioner (for eksempel medikamentelle)
2. Kvinder med tre eller flere spontane aborter

Følgende bør føre til at familieanamnesen belyses særligt indgående:

1. Slægtskab mellem forældrene (for eksempel fætter/ kusine)

## 16.2 Risikovurdering og fosterdiagnostik

Risikovurdering og fosterdiagnostik indeholder følgende tilbud:

1. Informeret valg:
  - a. Basal information
  - b. Udvidet information
2. Terminsfastsættelse ved ultralydsscanning
3. Blodprøve, doubletest (s-HCG, s-PAPP-A) ved graviditetslængde 8+0 til 13+6
4. Nakkefoldscanning ved graviditetslængde 11+0 til 13+6 og eventuel næseben 10+5-14+0
5. Blodprøve, triplettest (AFP, hCG og u $\beta$ 3) ved graviditetslængde 15+0 til 22+0
6. Invasive undersøgelser:
  - a. Moderkageprøve (chorionvillusbiopsi – CVS)
  - b. Fostervandsprøve (amniocentese.– AC)
7. Gennemscanning (misdannelsesscanning) fra uge 18+0
8. Blodprøve, serum alfaf $\beta$ toprotein (s-AFP) ved graviditetslængde 15+0 til 22+0

Punkterne 2, 3 og 4 kan ses som et samlet tilbud, der primært retter sig mod tidlig opsporing af Down syndrom.

Gennemscanning (7) er et selvstændigt tilbud.

Triplettesten (5) er primært et tilbud til gravide, som kommer sent til nakkefoldsscanning.

Serum alfaf $\beta$ toprotein (8) tilbydes kun, hvor den gravide ikke ønsker misdannelsesscanning.

### **Risikovurdering**

Til risikovurdering hører:

- Doubletest
- Nakkefoldsscanning
- Eventuelt triplettest

### **Diagnostiske undersøgelser**

Til diagnostiske undersøgelser hører:

- Invasive undersøgelser:
  - Moderkageprøve (chorionvillusbiopsi - CVS)
  - Fostervandsprøve (amniocentese – AC)
- Sen gennemscanning

### **Ad 1. Informeret valg, basal og udvidet information:**

## **Basal information**

Alle gravide skal tilbydes information om risikovurdering og fosterdiagnostik.

Forudsat den gravides informerede samtykke til informationen gives den basale information hos den praktiserende læge ved første graviditetsundersøgelse. Informationen bør tage udgangspunkt i den gravides forståelse og skal gives i et sprog, der kan forstås. Tolk anvendes, såfremt kvinden ikke behersker dansk i fornødent omfang.

Den praktiserende læge skal ved den basale information:

- Give den gravide et indblik i de undersøgelsesmuligheder der foreligger, formålet samt de vigtigste fordele og ulemper ved undersøgelserne
- Afdække om der er særlige risikofaktorer til stede i familien, samt - hvor sådanne risikofaktorer er til stede, informere den gravide om muligheden for nærmere vurdering og rådgivning
- Besvare spørgsmål fra den gravide og i denne forbindelse vurdere om der er behov for udvidet information. Afhængig af kvindens ønske effektueres henvisning dertil
- Henvise til de relevante undersøgelser, hvor den gravide på baggrund af den givne information ønsker dette og ikke ønsker den udvidede information forud for sin stillingtagen

Henvisningen sendes til svangreambulatoriet ved det valgte fødested.

Det skal fremgå tydeligt af svangerskabsjournalen, hvilke ønsker den gravide har omkring rådgivning, og hvilke valg hun har gjort.

## **Udvidet information**

Ansvar for den udvidede information er placeret ved den obstetriske afdeling/ fødestedet, som kvinden har valgt. Opgaven varetages af fagpersoner med specialuddannelse på området.

Det overordnede sigte ved udvidet information er, at uddybe undersøgelsesernes formål, begrænsninger og praktiske forløb, samt at forberede den gravide på muligheden for atypiske/ problematiske undersøgelsesforløb, herunder hvilke konsekvenser forskellige undersøgelsesresultater kan få.

Den udvidede information skal gives individualiseret efter den gravides behov i situationen.

Den vil ofte kunne omfatte:

- En dialog med kvinden for at identificere og besvare spørgsmål, som den gravide rejser.
- At drøfte og forklare risikobegrebet med udgangspunkt i en gennemgang af det typiske forløb af en nakkefoldsscanning eller blodprøve, der fører til en beregnet risiko, der ret entydigt kan betegnes enten som *høj risiko* eller *lav risiko*. Høj risiko stiller kvinden over for *et valg* angående invasiv diagnostik (moderkageprøve, fostervandsprøve).
- At gennemgå og drøfte eksempler på *problemsituationer efter nakkefoldsscanning og /eller blodprøveundersøgelse*, eksempelvis meget høj beregnet risiko eller en beregnet risiko lige over eller lige under det fastsatte cut-off.
- At gennemgå formålet med og det typiske forløb af en sen gennemscanning med en fremhævelse af forskellen mellem obstetrisk og fosterdiagnostisk sigte, herunder at resultatet i næsten alle tilfælde bekræfter formodningen om, at der ikke er noget galt med fostret.
- At omtale eksempler på alvorlige misdannelser, der kan påvises ved sen gennemscanning, samt eksempler på alvorlige misdannelser som ikke kan påvises.
- At omtale eksempler på fund af alvorlige enkeltmisdannelser, hvor omfattende, komplicerede og eventuel risikable indgreb efter fødslen i nogle tilfælde kan korrigere defekten næsten fuldstændigt og muliggøre en normal tilværelse. Dette omfatter såvel eksempler, hvor prænatal påvisning kan gavne prognosen, som eksempler hvor dette er uden betydning for prognosen.
- At omtale at fund af misdannelse(r) ved sen gennemscanning ofte kan føre til behov for andre undersøgelser (fostervandsundersøgelse med videre), oftest for at afklare om årsagen er en kromosomfejl.
- At fastholde det realistisk forventelige perspektiv, som er, at undersøgelserne formentligt vil forløbe planmæssigt, højst sandsynligt (> 97 %) med bekræftelse af, at fostret er sundt og raskt.

- At iværksætte de ikke-invasive undersøgelser, som den gravide på informeret grundlag beslutter sig for.
- Muligheden for yderligere information og rådgivning i kommunen eller ved patientforeninger og handicaporganisationer.

### **Ad 2 Terminsfastlæggelse ved ultralydsscanning:**

Terminsscanning tilbydes kun på indikation, og der foretages da kun en foreløbig terminsvurdering. Den endelige termins fastlæggelse sker i forbindelse med nakkefoldsscanning. Forudsætning for risikoberegning er en ultralydfastlagt termin:

- Mellem uge 6+0 og uge 13+6 anvendes crown-rump-length (CRL)
- Fra uge 14+0 til uge 22+0 anvendes hovedomfang (HO)

Ønsker kvinden ikke nakkefoldsscanning fastlægges terminen ved type II scanning.

IVF-gravide følger ovenstående. Hvis nakkefoldsscanning ikke ønskes, anvendes udgangsterminen fra IVF-klinikken som den endelige termin.

### **Ad 3 Doubletest. (8+0-13+6)**

Blodprøven tages bedst i uge 9+0 – 11+6 (efter sidste menstruation).

Blodprøven tages ved egen læge eller på fødestedet.

Doubletesten kan ikke anvendes til tvillinggraviditeter.

### **Ad 3 Nakkefoldsscanning. (11+0-13+6) eventuelt suppleret med næseben (10+5-14+0)**

Udføres sammen med doubletesten som en kombineret undersøgelse fra uge 11+0 uge 13+6. Scanningen udføres af certificeret personale.

Kommer patienten for sent til nakkefoldsscanning, kan doubletesten beregnes i Astrai og screeningsrisikoen baseret kun på blodprøven hvilket oplyses.

### **Ad 4 Triplettesten. (15+0-22+0)**

Kommer patienten for sent til nakkefoldsscanning (efter uge 14+0) og ønsker risikoberegning ud over doubletesten, kan man tilbyde triplettesten.

Triplettesten forudsætter ultralydsfastsat termin.

### **Rådgivning om risiko ud fra biologiske markørundersøgelser**

Giver doubletest og nakkefoldsscanning en risiko på 1:300 eller større (det vil sige 1:<300), tilbydes den gravide rådgivning med henblik på invasiv undersøgelse.

### **Ad 6 Invasive undersøgelser**

#### **Moderkageprøve (CVS) 10+0-13+0**

Indgrebet foretages transabdominalt og ultralydvejledt. Abortrisiko cirka 1 %.

Svar foreligger efter cirka 2 uger, ofte så tidligt at en eventuel provokeret abort kan foretages kirurgisk. Et foreløbigt svar kan gives efter få dage.

Hos 1 % ses mosaiktilstand, der kan indicere en efterfølgende fostervandsprøve for at be- eller afkræfte fundet.

#### **Fostervandsprøve (amniocentese) fra 15+0**

Indgrebet foretages transabdominalt og ultralydvejledt. Abortrisiko ½-1 %.

Svar foreligger efter cirka 2 uger, hvilket betyder, at en eventuel provokeret abort skal induceres medicinsk.

### **Ad 7 Sen gennemscanning (misdannelsesscanning) fra 18+0**

Formålet er at påvise alvorlige misdannelser, der forekommer hos 0,3 – 0,6 % af nyfødte. Medfødte misdannelser er medansvarlige for knap 25 % af børnedødeligheden i første leveår.

### **Ad 8 Serum-alfaføtoprotein (15+0-22+0)**

Den gravide kan tilvælge undersøgelse for serum-alfaføtoprotein (S-AFP) som alternativ til sen gennemscanning. Prøven forudsætter ultralydsfastsat termin.



Skematisk oversigt over tilbuddet om prænatal screening og diagnostik:

	Doubletest	Nakkefold/ Næseben	Triplettest	Cvs	Amniocentese
Form	Blodprøve	Scanning	Blodprøve	Kromosomundersøgelse	Kromosomundersøgelse Alfa-føtoprotein undersøgelse s.
Optimale Tidspunkt	8+0 - 13+6	11+0-13+6/ 10+5-14+0	15+0 - 22+0	10+0 - 13+0	15+0 - 18+0
Svartid	1 uge		3-5 dage	3-4 dage (PCR) 2-3 uger (dyrkning)	3-6 dage (PCR) 2-3 uger (dyrkning)
Konsekvens ved abnormt fund	CVS tilbud Kombineret risikoberegning	Som ved doubletest	Tilbud om amniocentese	Eventuel provokeret abort	Eventuel provokeret abort
Abortrisiko	-	-	-	1 %	≤ 1 %

### Undersøgelsesvar

Når svaret på doubletesten foreligger ved nakkefoldsscanningen, får kvinden svaret på risikoberegningen i forbindelse med undersøgelsen. Svaret noteres på kvindens vandrejournal.

Når svaret på doubletesten ikke foreligger, eller prøven først tages i forbindelse med nakkefoldsscanningen, kontaktes kvinden enten pr. brev eller telefonisk, når risikoberegningen er udført. Den praktiserende læge orienteres om svaret.

### Kvalitetssikring

Alle relevante data fra ovennævnte undersøgelser indberettes elektronisk i databaseprogrammer, så data kan danne baggrund for kvalitetskontrol på de enkelte fødesteder og for en regional kvalitetskontrol.

En national klinisk database ved navn FØTO-databasen er under opbygning. Alle fødeafdelinger i Danmark er tilsluttet og indberetter til databasen. Der er udarbejdet fælles standarder og indikatorer.

## 17 Svangreambulatoriet og forskellige teams

Afsnittet beskriver svangreambulatoriernes tilbud til de gravide, som har behov for yderligere indsats ud over basistilbuddet. Her ud over beskrives tilbuddene i de forskellige teams, der er en del af svangreambulatoriernes tilbud til særlige grupper af gravide.

### 17.1 Svangreambulatoriet

Obstetriske speciallæger medinddrages i den primære visitation.

Den praktiserende læge indsender kopi af svangerskabs- og vandrejournal til det lokale svangreambulatorium/ ønskede fødested, med mindre der ifølge regionens retningslinjer for "Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning" afsnit 28 er indikation for, at svangrekontrollen foregår på en anden afdeling – for eksempel regionsfunktion eller højt specialiseret behandling.

Svangreambulatoriet modtager og gennemgår svangrepapirerne på samtlige gravide. I forbindelse med mangelfuld udfyldt svangerskabs- og vandrejournal anmodes den praktiserende læge om supplerende oplysninger.

Svangreambulatoriet indkalder de gravide, som den praktiserende læge har henvist til undersøgelse, vurdering og eventuel videre kontrol.

De gravide, som den praktiserende læge har skønnet normal gravid, men hvor svangreambulatoriet vurderer, at der er behov for udredning, indkaldes til vurdering. Den praktiserende læge orienteres herom.

Henvises den gravide senere i graviditeten til svangreambulatoriet (sekundær visitation) af den praktiserende læge eller jordemoder, indkaldes hun til undersøgelse, vurdering og eventuelt videre kontrol.

Ethvert besøg/ henvendelse på svangreambulatoriet/ fødegangen afføder et ambulant- eller indlæggelses notat, der tilgår både den praktiserende læge og jordemoderen.

### 17.2 Teams i svangreambulatoriet

Der er oprettet særlige teams på fødestederne ud over det almindelige tilbud i svangre ambulatoriet. De forskellige teams er en del af svangreambulatoriet. Det drejer sig om:

- Fødselsaftale team
- Amme team
- Akupunktur team
- Diabetes team

**Familieambulatoriets tilbud** er beskrevet i et selvstændigt afsnit, der henvises til afsnit 18 "Familieambulatoriet"

**Tilbud i forbindelse med risikovurdering og fosterdiagnostik** er ligeledes beskrevet i et selvstændigt afsnit, der henvises til afsnit 16 "Risikovurdering og fosterdiagnostik – de forskellige tilbud"

#### 17.2.1 Fødselsaftale team

Ved fødselsaftaler forstås aftaler vedrørende den forestående fødsel.

Et stigende antal kvinder ønsker at føde ved kejsersnit uden medicinsk indikation (moderens ønske). Kejsersnit uden lægelig indikation ønskes primært af flergangsfødende med en dårlig fødselsoplevelse bag sig, og det er derfor et vigtigt indsatsområde at forebygge ønsket ved at sikre førstegangsfødende gode fødsler, det vil sige, at forebygge dårlige fødselsoplevelser.

Den gravide har ikke krav på at føde ved kejsersnit uden medicinsk indikation, men hun har krav på at modtage grundig og objektiv rådgivning, hvorfor den gravide henvises til et fødselsaftaleteam.

Fødselsaftaleteamet er et tilbud til ovennævnte gruppe, hvor der sættes særlig fokus på denne gruppes problemstillinger, tilstand og behov.

Teamet består af en obstetrisk speciallæge og en jordemoder med særlig erfaring og specielle kompetencer inden for området.

Følgende grupper af gravide kan henvises til teamet:

- Gravide, som tidligere har haft et traumatisk fødselsforløb
- Gravide, som tidligere har haft en dårlig fødselsoplevelse
- Gravide med fødselsangst

Følgende fagpersoner kan visitere til teamet:

- Konsultationsjordmoderen
- Den praktiserende læge
- Svangreambulatoriet/ Familieambulatoriet

Den gravide tilbydes en eller flere samtaler på fødestedet med henblik på at tilrettelægge tilbuddene i det aktuelle forløb:

- Årsagerne til ønsket afdækkes
- Eventuelle tidligere fødselsforløb gennemgås
- Fordele og ulemper ved henholdsvis vaginal fødsel og kejsersnit drøftes
- Den gravide indgår i en dialog om den forestående fødsel
- På baggrund heraf indgås der en fødselsaftale om den forestående fødsel
- Aftalen noteres og indgår i kvindens journal

Fødselsaftaleteamet følger op på forløbet efter fødslen, hvorfor kvinden indkaldes til en opfølgningssamtale post partum.

Tilbuddet gives i fødselsaftaleteams tilknyttet de obstetriske afdelinger/ svangreambulatorier. For nærmere oplysninger henvises til VisInfoSyd.

## **17.2.2 Amme team**

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det spæde barn udelukkende får modermælk de første 6 måneder af sundhedsmæssige årsager. Forberedelse til amning begynder, længe før barnet bliver født.

Kvinder, som tidligere har haft problemer med at amme/ dårlige ammeforløb, bør have særlig opmærksomhed både under graviditeten og i barselperioden, idet det er dokumenteret, at disse kvinder ofte ammer det næste barn i kortere tid.

Ammeteam er et tilbud til ovennævnte gruppe, og der sættes særlig fokus på denne gruppes problemstillinger, tilstand og behov. Tilbuddet skal ses i sammenhæng med sundhedsplejerskernes tilbud om hjemmebesøg.

Teamet består af sundhedsfagligt personale med særlig erfaring og specielle kompetencer inden for området.

Sundhedspersonale, som har kontakt med de gravide og spædbørnefamilier, anvender "Amning – en håndbog for sundhedspersonale" fra Sundhedsstyrelsen, som fælles referenceramme.

Følgende grupper af gravide kan henvises til teamet:

- Tidligere dårlige ammeforløb
  - Hvor amningen ikke har været etableret/ eller det har været svært at etablere amningen

- Svære sår og/ eller brystbetændelse, der har givet komplicerede forløb
- Gravide, som er bange for/ føler ubehag ved amning
- Gravide, som er i tvivl om, hvorvidt de vil amme
- Gravide, som tidligere har været udsat for misbrug
- Gravide, som er brystopererede

Kvinderne skal udtrykke en lyst til at amme.

Følgende fagpersoner kan visitere:

- Konsultationsjordemoderen
- Den praktiserende læge
- Svangreambulatoriet/ familieambulatoriet
- Sundhedsplejersken

Tilbuddet gives i barselklinikken tilknyttet de obstetriske afdelinger.

For nærmere oplysninger henvises til VisInfoSyd

### **17.2.3 Akupunktur team**

En lang række gener i graviditeten kan med fordel behandles med akupunktur.

Akupunktur er en gammel kinesisk behandlingsmetode, der gennem sit helhedsorienterede behandlingsprincip både lindrer og behandler bestemte ubalancer i kroppen.

Eksempler på hyppigt forekommende indikationer for akupunktur i graviditeten:

- Emesis/ hyperemesis
- Bækkenrelaterede smerter
- Karpaltunnelsyndrom
- Søvnbesvær
- Ødemtendens
- Hæmorider/ varicer
- Modning til fødsel
- Vending af fostre
- Rygestop

Akupunkturteam er et tilbud til ovennævnte gruppe, og der sættes særlig fokus på denne gruppes problemstillinger, tilstand og behov. Formålet er at lindre symptomer så vidt mulig uden medikamentel behandling.

Akupunkturteam betjenes af sundhedsfagligt personale med akupunktøruddannelse, svarende til Sundhedsstyrelsens krav til Registrerede Alternative Behandlere (RAB).

Følgende fagpersoner kan visitere:

- Praktiserende læger,
- Jordemødre
- Svangreambulatorier/ familieambulatorier/ fødesteder

Tilbuddet gives på akupunkturambulatorier tilknyttet de obstetriske afdelinger/ svangreambulatorier. For nærmere oplysninger henvises til VisInfoSyd.

### **17.2.4 Diabetes team**

Håndtering af gestationel diabetes og prægestationel diabetes sker i et tværfagligt samarbejde.

Diabetes teamet består af:

- Diætister

- Sygeplejersker
- Jordemødre
- Obstetrikere
- Endokrinologer
- Neonatologer

Det lægefaglige ansvar for moderen i graviditeten ligger hos endokrinologen og obstetrikeren i samarbejde med den praktiserende læge. Det lægefaglige ansvar for behandlingen af den nyfødte ligger hos neonatologen

Teamet samarbejder med den praktiserende læge og den gravides jordemoder.

Følgende fagpersoner kan henvise visitere:

- Den praktiserende læge
- Svangreambulatoriet
- Endokrinologis afdeling

Der findes diabetesteam på:

- OUH, Odense Universitetshospital
- Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg Sygehus
- Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus

Gravide fra Sygehus Sønderjyllands optageområde visiteres til OUH, Odense Universitetshospital.

For yderligere oplysninger og anbefalinger vedrørende prægestationel vejledning graviditet, fødsel, barsel og senere opfølgning henvises til:

- afsnit 28.1.6.2.3 "prægestationel diabetes mellitus med eller uden insulinbehandling
- afsnit 28.4.2.2 "Gestationel diabetes (GDM)/ insulinbehandlet GDM"

**Bemærkning.**

**Justeres når vi kender Sundhedsstyrelsens godkendelse af specialeansøgningerne.**

## 18 Familieambulatoriet

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at sygehuse i samarbejde med praksissektoren og kommunerne tilbyder gravide med rusmiddelproblemer og deres børn en særlig fokuseret indsats.

Formålet med indsatsen er, at myndighederne omkring den gravide/ familien kan forbedre fostrets/ barnets muligheder for et godt liv på trods af misbrug under graviditet.

Anbefalinger og vejledning om indsatsen fremgår af "Anbefalinger om Svangreomsorg" af 2009, "Vejledning om etablering af familieambulatorier - med henblik på specialiseret svangreomsorg for gravide med rusmiddelproblemer – og specialiseret opfølgning af børn, som i fosterlivet har været eksponeret for rusmidler" fra 2009 og Sundhedsstyrelsens specialevejledninger for gynækologi-obstetrik samt pædiatri.

Brug af alkohol og andre rusmidler under graviditeten kan resultere i:

- En række skader hos fosteret
- Komplikationer under graviditeten
- Fødsel med risiko for varige skader hos barnet til følge.

Desuden medfører rusmiddelproblemer hos moderen og/ eller faderen en række helbredsmæssige og psykosociale risikofaktorer, der kan påvirke graviditet, fødsel og barnets udvikling. Gravide med brug af rusmidler er derfor en obstetrisk højrisikogruppe, og deres børn er en pædiatrisk højrisikogruppe. Der er behov for en øget forebyggende og behandlende indsats over for disse grupper.

Familieambulatoriet i Region Syddanmark varetager opgaverne i forhold til:

- Gravide med rusmiddelproblemer og deres børn op til 7 år – jævnfør ovenstående vejledning om Familieambulatorier
- Svære psykiske/ psykiatriske lidelser og/ eller alvorlige social belastning (niveau 4) og udviklingshæmmede gravide

Resultatet af det særlige fokus, der i de kommende år vil være på gravide med rusmiddelproblemer og deres børn, kan bruges til at tilrette og styrke indsatsen over for øvrige særlige belastede gravide.

### Målgruppe – gravide med rusmiddel problemer og deres børn op til 7 år

Der igangsættes en særlig indsats over for gravide med og børn af familier med rusmiddelproblemer.

Her tænkes på:

- Gravide med misbrug af rusmidler, alkohol og/ eller medicin samt gravide i substitutionsbehandling (metadon, subutex).
- Gravide, der har været afhængige af rusmidler, alkohol eller medicin inden for de sidste par år før graviditeten.
- Børn i alderen 0-7 år, som i fostertilværelsen har været udsat for rusmidler eller formodes at have været det. Børn kan henvises i hele aldersperioden.

### Målgruppe – særlige belastede gravide

Familieambulatoriets tværfaglige og tværsektorielle interventionsmodel varetager endvidere indsatsen i forhold til særlige belastede gravide (jævnfør vejledningen om etablering af familieambulatorier) som:

- Gravide med alvorlige psykiske lidelser
- Gravide udviklingshæmmede
- Gravide med svære psykosociale problemstillinger

Se senere i under afsnit 18.5 "Særlige belastede gravide" nærværende afsnit under "Indsats over for særlig belastede gravide" og i afsnit 28 "Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning".

I det følgende beskrives Familieambulatoriet i forhold til Sundhedsstyrelsens Vejledning om Familieambulatorier og indsatsen over for den gravide med misbrugsproblemer og hendes barn op til 7 år.

### Familieambulatoriets formål

For at styrke den regionale forebyggelse og behandling af medfødte rusmiddelrelaterede skader og sygdomme hos børn er der etableret Familieambulatorium i Region Syddanmark. Familieambulatorierne der varetager en særlig indsats over for gravide med misbrug og børn af familier med misbrugsproblemer.

Det er målet med indsatsen over for fosteret/ barnet, at en tidlig indsats og opsporing skal reducere og eliminere risikofaktorerne hos de kvinder/ familier, hvis livsvilkår eller livsstil medfører særlige risici for børnene. Risikofaktorer, der medfører sociale, psykiske og/ eller fysiske problemer for mor og barn.

## 18.1 Organisering af Familieambulatoriet

Indsatsen over for gravide med rusmiddelproblemer og deres børn er i specialevejledningerne fra Sundhedsstyrelsen for gynækologi/ obstetrik og pædiatri fastlagt som en regionsfunktion. Det betyder, at OUH; Odense Universitetshospital har regionsfunktionen for så vidt angår begge specialer og sygehuset i Sønderborg for så vidt angår pædiatrien. Sønderborg har specialkompetencer indenfor socialpædiatrien.

Familieambulatoriets målgruppe er meget sårbare, og for denne patientgruppe har geografiske afstande særlig betydning. Det betyder, at organiseringen skal sikre, at der kan gives et målrettet tilbud til den gravide og senere barnet så tæt ved målgruppens bopæl som muligt.

Der vil være lokale familieambulatorier på fødesteder med direkte adgang til neonatal- og børneafdeling:

- OUH, Odense Universitetshospital, Odense
- Sygehus Lillebælt, Kolding
- Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
- Sygehus Sønderjylland, Sønderborg

Organiseringen skal ligeledes tilgodese nødvendigheden af let tilgængelighed for de samarbejdspartnere, der er omkring den gravide/ barnet, så der betids kan informeres og rådgives om indsatsen over for den enkelte gravide med rusmiddelproblemer og barnet.

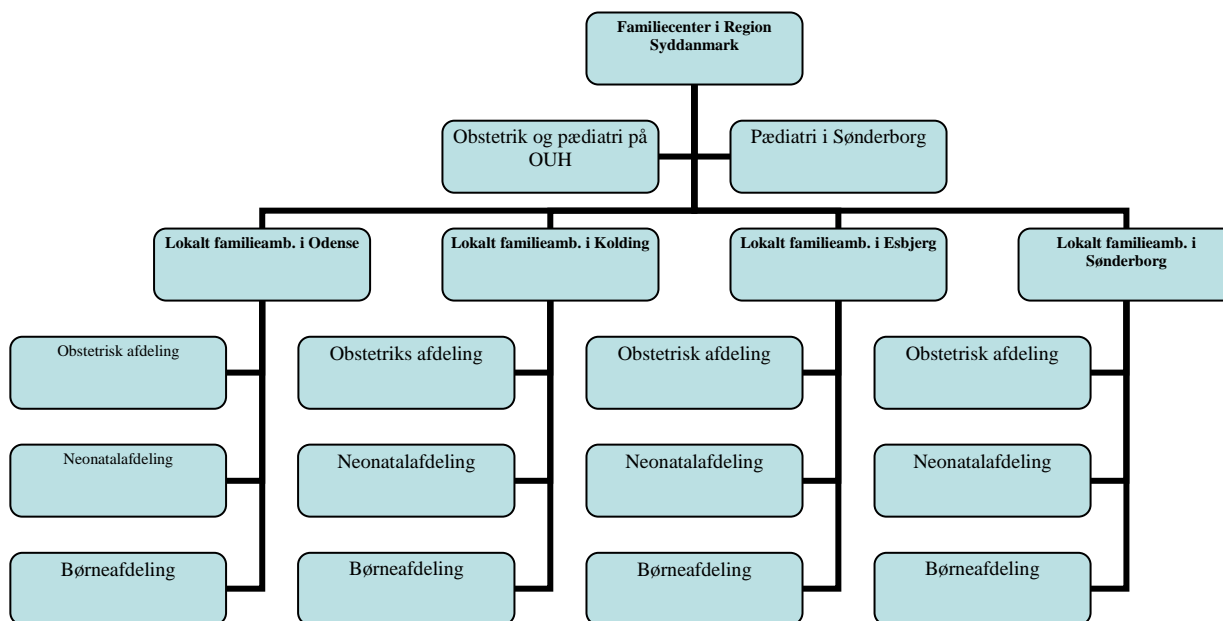
Kernen i familieambulatoriets struktur og funktion er det tværfaglige samarbejde mellem de social- og sundhedsfaglige faggrupper i de lokale familieambulatorier, der ved sin faglige sammensætning og kompetencer giver mulighed for at kvalificere og udnytte den faglige forskellighed i samarbejdet og indsatsen med udgangspunkt i den enkelte gravides, barns, eller families situation og behov.

Opgaven for de lokale familieambulatorier vil være delt i forhold til:

- Indsatsen over for den gravide, fødende kvinde og familien samt mor-barn i barselperioden
- Indsatsen over for familien og barnet i perioden frem til barnets 7. år

Ud over den udadrettede aktivitet, er der på OUH, Odense Universitetshospital og sygehuset i Sønderborg (alene pædiatridelen) et **regionalt familiecenter**, der sikrer kompetenceudvikling, kvalitetssikring, erfaringsopsamling, evaluering af indsats med mere. Som videncenter vil familiecenteret ligeledes være den instans, der via netværk med de lokale familieambulatorier med flere opfanger og omsætter nye behov til nye konkrete patientforløb.

Figur - Organisering af familieambulatoriet i Region Syddanmark.



### 18.1.1 Regionsfunktionen i form af Familiecenter på OUH og sygehuset i Sønderborg for Familieambulatorier i Region Syddanmark

Den koordinerende regionsfunktion varetages af Familiecenteret på OUH, Odense Universitetshospital, Odense og hvad angår den pædiatriske del sker det i et samarbejde med Sønderborg Sygehus. Familiecenteret varetager kompetenceuddannelse i indsatsen over for gravide med rusmiddelproblemer samt indsatsen over for børn af familier med rusmiddelproblemer. Det vil sige kompetenceudvikling af personalet på regionens obstetriske afdelinger, jordmodercentre, sygehusenes barsels gange og børneafdelinger.

Det er ligeledes Familiecentrets ansvar, at der sker kvalitetssikring og videreudvikling samt forskning af aktiviteterne i familieambulatoriets regi via indrapportering til en fælles database efter nøjere fastlagte retningslinjer samt evaluering af indsatsen.

#### Familiecentrets opgaver

Familiecentret skal udfærdige informationsmateriale, der over for samarbejdsparter tydeliggør, hvor den gravide, fødende og barnet kan henvende sig. Familiecentret skal ligeledes foranledige udfærdigelse af fælles materiale for indsatsen. Her tænkes blandt andet på:

- Udfærdige spørgeguide til praktiserende læger med flere om de gravides brug af rusmidler
- Formelle krav til sundhedsprofessionelle i forbindelse med indberetning til sociale myndigheder herunder forventninger til videre sagsbehandling, tider for svar med mere
- Udfærdige informationsmateriale til den gravide
- Udfærdige informationsmateriale i øvrigt
- Indsamle viden og koordinere indsats
- Forestå evaluering af indsatsen
- Etablere og drive en fælles database, der forventes stillet til rådighed af Sundhedsstyrelsen på baggrund af udbud i efteråret 2009
- Udarbejde formaliseret samarbejde med de lokale familieambulatorier herunder



- Kliniske retningslinjer og instrukser
- Kompetenceudvikle især personale i familieambulatorierne

Materialet udfærdiges med inddragelse af relevante samarbejdsparter og indgår herefter i fødeplanen.

### **18.1.2 Formaliseret samarbejde mellem regionscenter og familieambulatorier på sygehuse med fødested og bør neafdeling med neonatalafdeling**

I svangreperioden er det de lokale familieambulatoriers opgave i samarbejde med den gravide, hendes hjemkommune og praktiserende læge at tilvejebringe og koordinere den bedst mulige hjælp og støtte under graviditet og fødsel samt i barselperiode. Ligesom det lokale familieambulatorium tilrettelægger den opfølgende indsats over for barnet, så barnets sunde trivsel og udvikling fremmes mest muligt.

Sygehusets kontakt med den gravide med rusmiddelproblemer/ barnet foregår som udgangspunkt fra det lokale familieambulatorium, der er tættest på kvindens eller barnets bopæl.

Sundhedsstyrelsen vil, når ordningen er etableret i alle regioner, udfærdige krav til evalueringen af indsatsen, hvor familiecentret forventes at få en koordinerende rolle og opgave i forhold til indsatsen i Region Syddanmark.

#### **Familieambulatoriernes opgaver**

Den gravide med rusmiddelproblemer og barnet i en familie med rusmiddelproblemer modtager alle basistilbud i form af undersøgelser hos den praktiserende læge. Ligesom barnet også vil modtage tilbud om de ordinære forbyggende undersøgelser hos egen læge.

Familieambulatoriet arbejder efter en tværfaglig, tværsektoriel, og helhedsorienteret tilgang, der tager udgangspunkt i, at forebyggelse og behandling skal iværksættes tidligt og intensivt. Dette gælder ikke kun i forhold til rusmiddelproblemerne, men også i forhold til kvindens og hendes families samlede livssituation samt helbredsstilstand.

Dette kræver vedholdende og koordinerede interventioner, hvor mange parter og instanser inddrages på tværs af sektorer. Som hovedregel er ansvaret for koordinering af denne indsats placeret ved Familieambulatoriet.

Med udgangspunkt i fostrets/ barnets helbred, forudsætninger og behov i opvæksten vil familieambulatoriernes tværfaglige enheder varetage den specialiserede forebyggende og behandlende indsats over for gravide/ familie med rusmiddelproblemer.

Familieambulatoriet undersøger og behandler den gravide, den fødende og mor-barn i barselsperioden samt følger op indtil skolealderen af børn, som har været eksponeret for rusmidler i fostertilværelsen, eller hvor der er mistanke om eksponering.

De lokale familieambulatorium stiller endvidere sin viden til rådighed for fagpersoner i og uden for sundhedssektoren.

Kommunen har kompetencen som socialmyndighed på området. Familieambulatoriet er ansvarlig for den sundhedsfaglige del af indsatsen, der komplementerer den socialfaglige indsats over for særligt udsatte familier og deres børn.

#### **Personale i familieambulatorierne.**

Familieambulatoriets personale består blandt andet af læger, jordemødre, sygeplejersker og sekretærer

I familieambulatoriet indgår følgende faggrupper, der ved en tværfaglig indsats varetager forebyggelse og behandling så tidligt som muligt.

- Speciallæger i obstetrik og pædiatri

- Jordemoder
- Socialrådgiver
- Sygeplejerske
- Psykolog
- Børnepsykiater
- Psykiater
- Sekretær

Familieambulatoriernes personale har særlig ekspertise og erfaring med såvel obstetriske og pædiatriske problemstillinger som psykosociale problemstillinger inden for målgrupperne.

## 18.2 Indsatsen under graviditet, fødsel og i barselsperiode

Gravide med rusmiddelproblemer følges i de lokale familieambulatorier, hvor der tilbydes særlige målrettede tilbud under graviditeten, i forbindelse med fødslen og i barselsperioden. Tilbuddet vil også inddrage den gravides familiære netværk.

De væsentligste redskaber i indsatsen i graviditeten er:

- Dialog, åbenhed og respekt mellem aktører og den gravide
- Behovsorienteret og individuel indsats over for den enkelte gravide
- Let adgang for den gravide til det lokale familieambulatorium
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem de instanser, der bidrager til at støtte den gravide

Den gravide, som er tilknyttet familieambulatoriet, kan have vanskeligt ved at profitere af de almindelige gruppebaserede tilbud om fødsels- og forældreforberedelse. Det vil derfor i de fleste tilfælde være hensigtsmæssigt, at fødsels- og forældreforberedelse bliver tilrettelagt som et individuelt forløb integreret i svangrekonsultationerne, så den enkelte gravides særlige problematikker og behov bliver tilgodeset.

Sygehusets tilbud til den gravide og fødende samt hendes familie vil således være tilrettet de særlige behov, som målgruppen har.

### Behandlingsplan

På baggrund af den psykosociale og medicinske anamnese og de allerede stedfundne kontakter med den gravide opstiller familieambulatoriet i samarbejde med de øvrige aktører omkring den gravide **forslag til behandlingsplan**, der drøftes med den gravide.

Planen skal også omfatte indsatsen

- I forbindelse med fødslen
- Umiddelbart efter fødslen
- Over for barnet i barselperioden

Behandlingsplanens **formål** er at skabe klare forventninger til indsatsen over for den gravide i svangreperioden, under og umiddelbart efter fødslen og i barselsperioden. Indholdet i planen skal være beskrevet, så det er tydeligt og klart for alle ikke mindst den gravide, hvilken indsats den enkelte gravide selv og de enkelte ressourcepersoner omkring hende bør eller skal præstere.

Behandlingsplanen vil således indeholde **en socialfaglig og en sundhedsfaglig anbefaling** for indsatsen, og vil være et vigtigt værktøj til formidling af indsats med mere. Planen skal være udfærdiget senest 10 uger før fødselsterminen.

Behandlingsplanen **justeres** løbende i det videre forløb ud fra familieambulatoriets helhedsvurdering af den samlede indsats og udvikling, således at planen hele tiden afpasses den enkelte gravides særlige situation og behov, inklusive primært fostrets/ barnets behov.

Behandlingsplanen skal så vidt muligt have karakter af en alliance med den gravide, der tager udgangspunkt i en fælles forståelse og accept af det nødvendige og mulige i situationen. Hvis familieambulatoriet afdækker behov for rusmiddelbehandling, tager ambulatoriet initiativ til substitutionsbehandling.

Krav til **indhold og tidsplan** i behandlingsplanen vil blive fastlagt i samarbejde mellem familieambulatoriet og samarbejdsparter.

### 18.3 Indsatsen over for barnet

Børn, født af kvinder med risikoforbrug af alkohol og/eller andre rusmidler under graviditeten, følges i de lokale familieambulatorier, uanset om de bor med deres forældre, hos en plejefamilie eller er anbragt i en døgninstitution eller andet sted.

Det betyder, at der efter barselsperioden gennemføres regelmæssige børneundersøgelser ved sygeplejerske, læge og psykolog. Det er formålet at vurdere barnets udvikling og helbredstilstand med henblik på tidlig opsporing af sygdomme og omsorgssvigt.

De opfølgende børneundersøgelser i de lokale familieambulatorier er et vigtigt supplement til den kommunale indsats og skal foregå i tæt samarbejde med kommunerne. I det lokale familieambulatorium foretages en sundhedsfaglig vurdering af barnets fysiske og psykiske helbredstilstand, udviklingsmæssige status og omsorgssituation, der kan bidrage til kommunens beslutningsgrundlag og indgå i vurderingen af behovet for hjælpeforanstaltninger.

I tilslutning til børneundersøgelserne yder familieambulatoriet vejledning og støtte til forældre/ plejeforældre. I forbindelse med barnets udskrivelse fra sygehuset efter fødslen fastsættes tidspunktet for den første børneundersøgelse i familieambulatoriets regi, der eksempelvis kan ligge cirka en måned efter udskrivning. Den første undersøgelse foregår hos lægen og fra 3 måneders alderen tillige hos psykologen.

Det anbefales i vejledning for etablering af familieambulatorier, at det som udgangspunkt vil være passende med opfølgingsintervaller ved 3-måneders, 6-måneders, 9-måneders og 12-måneders alderen, og herefter eksempelvis hvert ½ år indtil 3-års alderen og én gang årligt indtil afsluttende undersøgelse ved 6- eller 7-års alderen. Opfølgingsintervallerne skal altid tilpasses det enkelte barns behov. Børn med trivsels- og udviklingsproblemer og børn, som bærer tydeligt præg af rusmiddeleksponering i fostertilværelsen samt børn, som lever i ustabil hjemlig situation og uden tilstrækkelige hjælpeforanstaltninger, ses hyppigere. Opfølgning af børn, som udvikler sig godt, og som lever i et stabilt opvækstmiljø, kan foretages med længere intervaller.

En af de væsentligste opgaver er at få tilrettelagt indsatsen over for børn af familier med rusmiddelproblemer, så indsatsen dels er tilpasset det enkelte barns behov dels understøtter den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats.

#### Behandlingsplan for indsatsen over for barnet

Der skal altid lægges en **plan for opfølgningen**, der beskriver, hvordan familieambulatoriets fortsatte kontakt til barnet og familien varetages fra udskrivning og frem til barnets skolealder. Planen sikrer koordinering og afstemning med opgaveløsningen i den primære social- og sundhedssektor i kommunen samt andre relevante fagpersoner og instanser uden for sygehuset. I samarbejde med kommunen justeres planen løbende efter behov.

Behandlingsplanens **formål** er, at skabe klare forventninger til indsatsen over for barnet og moderen efter barselsperioden. Indholdet i planen skal være beskrevet, så det er tydeligt og klart for alle, ikke mindst kredsen omkring barnet, hvilken indsats den enkelte familie selv og de enkelte ressourcepersoner omkring barnet og dets familie bør eller skal præstere.

Behandlingsplanen vil således indeholde **en socialfaglig og en sundhedsfaglig anbefaling** for indsatsen, og vil være et vigtigt værktøj til iværksættelse og formidling af indsats med mere.

Behandlingsplanen **justeres** løbende sammenfaldende med de ambulante kontrolbesøg på de lokale familieambulatorium. Den første plan udarbejdes i forbindelse med udskrivelse af barnet efter fødsel.

Krav til **indhold og tidsplan** i behandlingsplanen vil blive fastlagt i samarbejde mellem familieambulatoriet og samarbejdsparter.

## 18.4 Samarbejde

Formålet med det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er, at sikre den gravide/ familien den støtte og hjælp, der er behov for, og at støtten ydes i en sammenhængende og samlet indsats med særligt fokus på fostrets/ barnets behov. Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde skal således også indgå i grundlaget for kommunens eventuelle beslutninger om hjælpeforanstaltninger for barnet og familien.

Omfanget af dette samarbejde og koordination, der påhviler Familieambulatorierne, kan variere betydeligt og vil afhænge af den samlede belastningsgrad af helbredsmæssige, psykiske og sociale faktorer hos den enkelte kvinde/ familie og hos barnet.

Familieambulatoriet vil ud over egen brede tværfaglige personalegruppe også samarbejde med kommunerne samt med en lang række andre partnere, som ikke hidtil har været aktivt inddraget i opgaven i forhold gravide, børn og børnefamilier.

Familieambulatoriet har således et tæt samarbejde med:

- Andre sygehusafdelinger
- Praksissektoren
- Den kommunale forvaltning og herunder den primære kommunale sundhedssektor
- Øvrige institutioner som for eksempel alkohol- og andre rusmiddelbehandlingsinstitutioner, kriminalforsorgen

Udveksling af informationer om den gravide, barnet og familien er en forudsætning for den tværsektorielle koordination. Som udgangspunkt forudsætter det, at kvinden har givet sit samtykke hertil.

Familieambulatoriet vurderer i hvert enkelt tilfælde og i samarbejde med den gravide, hvilke fagpersoner der er relevante at indkalde til det første tværsektorielle koordinationsmøde. Som hovedregel vil de relevante kommunale forvaltninger og institutioner for rusmiddelbehandling skulle deltage.

## 18.5 Særlige belastede gravide

Ved særlige belastede gravide forstås svære psykiske/ psykiatriske lidelser og/ eller alvorlige social belastning (niveau 4) og udviklingshæmmede gravide.

Den gravide indplaceres på dette niveau, når der er tale om særlige komplicerede problemstillinger, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytning mellem mor og barn samt varetagelse af barnets tav. Det henvises til afsnit 28 "Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning"

- Afsnit 28.3.6 "Gravide med psykiske sygdomme"
- Afsnit 28.3.7 "Udviklingshæmmede gravide"
- Afsnit 28.3.8 "Sociale problemstillingerer"

Hvis Familieambulatoriet vurderer, at den gravide ikke henhører under deres målgruppe tilbagevisiterer de kvinden til svangreambulatoriet og specialkonsultation hos jordemoder.

Indsats over for svære psykiske/ psykiatriske lidelser og/ eller alvorlige social belastning (niveau 4) og udviklingshæmmede gravide følger samme interventionsmodel som indsatsen over for gravide misbrugere, se Familieambulatoriets opgaver, det vil sige, at der samarbejdes tværfagligt og tværsektorielt, og der udarbejdes behandlingsplaner for mor og barn.

## 18.6 Henvisning

Henvisning følger normal procedere for visitation:

- Se afsnittene 6 "Visitation, samarbejde og kommunikation"
- og 28 "Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning"

### **Særligt vedrørende henvisning af gravide med misbrugsproblemer**

Det bemærkes, at der i forhold til gravide og børn af familier med kendte/ formodede rusmiddelproblemer ofte vil være behov for akut henvendelse.

Ligeledes bemærkes det, at alle kan frit henvise gravide og børn af familier med kendte/ formodede rusmiddelproblemer. Men især bør nedenstående være opmærksomme på familieambulatoriets tilbud:

- Praktiserende læger herunder lægevagten
- Jordemoder
- Skadestuer, skanningspersonale og øvrige sygehusafdelinger
- Psykiatrien
- Privatpraktiserende speciallæger og psykologer
- Politi
- Fængselsvæsen
- Kommunale forvaltninger og afdelinger i form af blandt andet
  - sundhedsplejen
  - Familieafdelinger
  - Misbrugsenhederne
  - Gadeplansarbejdere
  - Dagsinstitutioner
  - Jobcentre
  - Socialpsykiatriske institutioner

Det skal præciseres, at den gravide anonymt og uden henvisning kan henvende sig på familieambulatoriet.

## 19 Fødsels- og forældreforberedelse

Fødsels- og forældreforberedelse er en vigtig del af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i relation til graviditeten. Her ud over medvirker den fødsels- og forældreforberedende undervisning også til netværksdannelse. I nærværende afsnit beskrives de forskellige tilbud.

### Formål

Formålet med fødselsforberedelsen er ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg 2009 at:

- Informere kvinden og partneren om selve fødslen, smertehåndtering og – lindring, eventuelle komplikationer og andet af medicinsk og obstetrisk karakter

Formålet med forældreforberedelsen er endvidere:

- Forberede kvinden/ parret til forældreskab ved at give mulighed for at drøfte familieførøgelsen i forhold til praktiske, psykiske og sociale aspekter

Her ud over er fødsels- og forældreforberedelse med til at øge kommende forældres selvbestemmelse.

Da Region Syddanmark har ønsket svangreforløbene tilrettelagt med henblik på, at forberede kvinderne/ parrene på ambulant fødsel/ tidlig udskrivelse, er det vigtigt med et veltilrettelagt fødsels- og forældreforberedelsestilbud, der forbereder kvinden og familien på tidlig udskrivelse efter fødslen og den første tid sammen med et spædbarn i hjemmet.

Den gravide og hendes partner eller anden støtteperson motiveres til at deltage i et eller flere af tilbuddene.

### 19.1 Forskellige tilbud

Fødsels- og forældreforberedelsen kan gives på forskellige måder. I Region Syddanmark gives tilbuddet i form af:

1. Holdundervisning, den gravide og hendes partner deltager i samtlige lektioner
2. Tematilbud
3. Åbent hus tilbud
4. Tilbud til særlige grupper
  - a. Unge gravide
  - b. Overvægtige gravide med BMI  $\geq$  27
  - c. Gravide der venter mere end et barn

#### Ad. 1 Holdundervisning

Fødsels- og forældreforberedelsestilbud gives primært som holdundervisning da erfaringerne viser, at:

- Fødsels- og forældreforberedelse i grupper kan bidrage til at skabe netværk, som kvinden/ familien også kan have glæde af efter fødslen
- Samvær med andre gravide/ kommende forældre har betydning for forældredannelsen

Der tilbydes hold, hvor partneren har mulighed for at deltage i hele forløbet, da fædre i disse år ændrer roller og opgaver i forhold til deres nyfødte.

#### Ad 2 Tematilbud

Tematilbud er et tilbud til gravide, som ikke ønsker et fuldt fødsels- og forældreforberedelsesforløb. Den gravide kan deltage alene eller sammen med sin partner eller anden pårørende. Den gravide motiveres til at tage en ledsager med. Det er muligt at deltage i tematilbuddene efter behov.

#### Ad 3 Åbent hus

Åbent hus tilbud gives som selvstændigt tilbud, hvor den gravide og hendes partner kan komme på besøg på fødestedet for at se de fysiske omgivelser og få fremvist apparatur og udstyr, der bruges ved fødslen. Den gravide opfordres til at tage den person, der skal deltage i fødslen, med. Kvinderne/ familien har mulighed for at besøge flere fødesteder i forbindelse med valg af fødested.

#### **Ad 4 tilbud til særlige grupper**

Tilbud til særlige grupper retter sig mod gravide/ familier, hvor særlige forhold gør sig gældende:

- Unge gravide/ mødre
- Overvægtige gravide med BMI  $\geq$  27
- Gravide, som venter mere end et barn

#### **Undervisere**

Fødsels- og forældreforberedelsen varetages af jordemødrene. Undervisningen tilrettelægges i samarbejde med sundhedsplejerske og eventuelt fysioterapeut. Det tilstræbes at give både et tværfagligt og tværsektorielt tilbud. På holdtilbuddene er jordemoderen den gennemgående person for at sikre kontinuitet og sammenhæng i de forskellige tilbud/ emner.

## **19.2 Hovedtemaerne i den fødsels- og forældreforberedende undervisning**

Den fødsels- og forældreforberedende undervisning tager udgangspunkt i de fire hovedtemaer, der er beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg.

### **Hovedtema 1. Den gravide/ parrets udvikling mod forældreskab**

- Familiedannelse, ændring i par-relation og samliv, forælderrollen, moder- og faderfølelser, familienetværk (egne forældre og svigerforældre). Den gode forælder som begreb, idealer og tro på egne instinkter og evner.
- Udfordringer og behov for støtte i den første tid hjemme. Det sociale netværks betydning samt professionelle tilbud.
- Barselsorlovens forløb, lovgrundlag, muligheder og eventuelle ønsker om deling af orloven.
- Fysisk aktivitet og bækkenbundstræning under graviditet og i barselsperioden.

### **Hovedtema 2. Tilknytning til barnet under graviditeten, fødslen og i barselsperioden**

- Kvinder og mænds forestillinger om det kommende barn, forældrekærlighed, jalousi og andre følelser som for eksempel usikkerhed, magtesløshed og frustration.
- Barnets personlighed, kompetencer, evne til og behov for kommunikation og berøring. Konkret viden om barnets sanser. Barnets signaler og adfærd samt forældrenes tolkninger og reaktioner. Relation og tilknytning mellem forældre og barn.
- Amning. Forventninger og ønsker, holdninger, myter og fakta, forberedelse og den første tidlige periode, hvor amningen etableres. Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Faderens rolle. Kommende forældres ønsker om amning eller flaskeernæring respekteres.
- Her ud over rettes opmærksomheden også mod forberedelse til ambulante fødsel og tidlig udskrivelse fra sygehuset.

### **Hovedtema 3. Forberedelse til fødslen**

- Den normale fødsel, fødselens psykologi, kontakt til fødestedet, faresignaler, smertehåndtering og -lindring, gennemgang af forskellige fødestillinger, mulige indgreb herunder sectio.
- Fysisk forberedelse til fødslen.
- Drøftelse af faderens eller anden ledsagers rolle under fødslen.

### **Hovedtema 4. Konkret vejledning om pasning og pleje af barnet i barselsperioden.**

- Den første tid hjemme med et nyfødt barn. Praktiske foranstaltninger forhold til for eksempel barnets søvn, gråd, pasning og pleje, døgnrytme, leg og kontakt med et spædbarn, praktiske forhold i hjemmet – for eksempel arbejdsfordeling, bekymring, angst, glæder samt forventninger til livet som ny familie.
- Amning i den første tid hjemme, støtte og vejledning fra familienetværket, det sociale og professionelle netværk. Faderens rolle.
- Vurdering af om barnet får mad nok.
- Søskenrelationer, den sammenbragte familie.

- Humørsvingninger, efterfødselsreaktioner og depressioner hos både mor og far. Kendskab til symptomer og viden om, at det er en forholdsvis almindelig tilstand hos både kvinder og mænd. Hjælpemuligheder og behandling.
- Genoptagelse af seksuallivet og prævention.
- Her ud over rettes opmærksomheden også mod forberedelse til ambulante fødsel og tidlig udskrivelse fra sygehuset.

### 19.3 Fødsels- og forældreforberedelse som holdtilbud

På fødsels- og forældreforberedelse som holdtilbud deltager kvinden og hendes partner i samtlige lektioner. I alt vil der være fem mødegange af to lektioner. Optimalt vil der være seks til otte par på hvert hold.

#### Tilrettelæggelse

- Tilbuddet gives eftermiddag/ aften og består af 5 mødegange af 2 lektioner
- For nærmere oplysning om hvor tilbuddet gives henvises til VisInfoSyd:
  - Som udgangspunkt gives tilbuddene i lokalmiljøet/ de enkelte kommuner svarende til jordemoderkonsultationerne – et tilbud i hver kommune
  - Som minimum gives tilbuddet i forbindelse med fødestederne
- Holdene vil bestå af 6 – 8 par, tilmelding er nødvendig

Tidspunkt i graviditeten	Tema	Undervisere
<b>1. mødegang</b> I cirka 14. til 16. graviditetsuge, eller så tidligt som muligt.	Hovedtema 1 Den gravide/ parrets udvikling mod forældreskab	Jordemoder Sundhedsplejerske
<b>2. mødegang</b> I cirka 26. til 28. graviditetsuge	Hovedtema 2 Tilknytning til barnet under graviditeten, fødslen og i barselsperioden	Jordemoder Sundhedsplejerske
<b>3. mødegang</b> I cirka 30 - 32. graviditetsuge	Hovedtema 3 Forberedelse til fødslen	Jordemoder
<b>4. mødegang</b> I cirka 32 - 34. graviditetsuge	Hovedtema 4 Konkret vejledning om pasning og pleje af barnet i barselsperioden	Jordemoder Sundhedsplejerske
<b>5. mødegang</b> I cirka 34 - 36. graviditetsuge	Tema: Der sættes fokus på forberedelse til barselhvile i hjemmet. Relevante emner vedrørende ambulante fødsel fra de fire hovedtemaer inddrages.	Jordemoder

### 19.4 Tematilbud

Der gives fire tematilbud svarende til Sundhedsstyrelsens fire hovedtemaer. Tematilbuddene kan benyttes uafhængigt af hinanden. Kvinden/ familien vælger selv, hvilke tematilbud de ønsker at benytte.

Der er ikke mulighed for erfaringsudveksling og netværksdannelse på tematilbuddene på samme måde som på holdtilbudene. Tematilbuddene tilgodeser den gravide/ familie, som ikke ønsker at deltage i et helt holdtilbud.

#### Tilrettelæggelse



- Tilbuddet gives eftermiddag/ aften og hvert tema består af to samlede lektioner
- For nærmere oplysning om hvor tilbuddet gives henvises til VisInfoSyd:
  - Som udgangspunkt gives tilbuddene i lokalmiljøet/ de enkelte kommuner svarende til jordemoderkonsultationerne - et tilbud i hver kommune
  - Som minimum gives tilbuddet i forbindelse med fødestederne
- Der er umiddelbart ingen deltagerbegrænsning - lokale forhold kan dog gøre tilmelding nødvendig

Tidspunkt i graviditeten	Tematilbud	Underviseren
Anbefalet tidspunkt i graviditeten - 1. trimester – cirka 14. – 16. graviditetsuge	Hovedtema 1. Den gravide/ parrets udvikling mod forældreskab	Jordemoder Sundhedsplejerske
Anbefalet tidspunkt i graviditeten - 2. trimester – cirka i 24. – 28. graviditetsuge	Hovedtema 2. Tilknytning til barnet under graviditeten, fødslen og i barselsperioden	Jordemoder Sundhedsplejerske
Anbefalet tidspunkt i graviditeten - 3. trimester – cirka i 30. – 34. graviditetsuge	Hovedtema 3. Forberedelse til fødslen	Jordemoder
Anbefalet tidspunkt i graviditeten - 3. trimester – cirka i 32 – 36. graviditetsuge	Hovedtema 4. Konkret vejledning om pasning og pleje af barnet i barselsperioden	Jordemoder Sundhedsplejerske

## 19.5 Åbent hus

Fødestederne afholder åbent hus, hvor fødegang, fødestue, apparatur og udstyr der bruges til fødslen fremvises. Kvinderne/familien har mulighed for at besøge flere fødesteder i forbindelse med valg af fødested.

Tilrettelæggelse	Underviser:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• For nærmere oplysning om tidspunkt og mødested for åbent hus henvises til VisInfoSyd</li> <li>• Der informeres herom i forbindelse med jordemoderkonsultationerne</li> <li>• Ingen deltagerbegrænsning</li> </ul>	Jordemoder Barselsygeplejerske

## 19.6 Fødsels- og forældreforberedelsestilbud til særlige grupper

Fødsels- og forældreforberedelse til særlige grupper retter sig mod gravide/ familier, hvor særlige forhold gør sig gældende:

- Unge gravide/mødre
- Overvægtige gravide med BMI  $\geq$  27
- Gravide, som venter mere end et barn

For de forskellige tilbud gælder, at gravide, som tilbydes særlige fødsels- og forældreforberedelses og/ eller særlige konsultationstilbud, kan vælge, hvorvidt de ønsker at modtage dette tilbud eller ønsker at følge det traditionelle tilbud.

### 19.6.1 *Unge gravide*

Der sættes fokus på unge gravides specielle problemstillinger. Hovedtemaerne 1 – 4 indarbejdes i tilbuddet.

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg defineres unge gravide som værende under 20 år. Aldersgrænsen vil dog være varierende.

Tilrettelæggelse	Undervisere
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tilbuddet gives formiddag/ eftermiddag og består af 6 mødegange af 2 lektioner</li><li>• For nærmere oplysning om, hvor tilbuddet gives, henvises til VisInfoSyd<ul style="list-style-type: none"><li>○ Som udgangspunkt gives tilbuddene i lokalmiljøet/ de enkelte kommuner svarende til jordemoderkonsultationerne - et tilbud i hver kommune</li><li>○ Som minimum gives tilbuddet i forbindelse med fødestederne</li></ul></li><li>○ Deltagerantal vil variere, tilmelding er nødvendig</li></ul>	Undervisningen varetages af jordemødre med særlige kompetencer på området. Øvrige undervisere: <ul style="list-style-type: none"><li>• Sundhedsplejerske</li></ul>

### 19.6.2 *Overvægtige gravide BMI ≥ 27*

Der sættes fokus på overvægtige gravides specielle problemstillinger, tilstand og behov, dels generelt dels i forhold til den aktuelle situation, det vil sige at forebygge og/ eller reducere komplikationer i forbindelse med graviditeten, fødslen og i barselperioden. Hovedtemaerne 1 – 4 indarbejdes i tilbuddet.

Tilrettelæggelse	Undervisere
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Tilbuddet gives eftermiddag/ aften og består af 6 mødegange af 2 lektioner</li><li>○ For nærmere oplysning om, hvor tilbuddet gives, henvises til VisInfoSyd<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Som udgangspunkt gives tilbuddene i lokalmiljøet/ de enkelte kommuner svarende til jordemoderkonsultationerne - et tilbud i hver kommune</li><li>▪ Som minimum gives tilbuddet i forbindelse med fødestederne</li></ul></li><li>○ Deltagerantal vil variere, tilmelding er nødvendig</li></ul>	Undervisningen varetages af jordemødre med særlige kompetencer på området. Øvrige undervisere: <ul style="list-style-type: none"><li>• Sundhedsplejerske</li></ul>

### 19.6.3 *Gravide, der venter mere end et barn*

At blive flerfoldsforældre er for de fleste en stor udfordring. Der sættes fokus på de specielle udfordringer for kvinder/ familier, som venter mere end et barn. De fire hovedtemaer indarbejdes i tilbuddet, herunder de særlige forhold i forbindelse med fødslen, planlagt vaginal fødsel eller kejsersnit. Tilbuddet vil også omfatte et besøg på fødestedet, herunder barselsafdelingen og neonatalafdelingen.

Tilrettelæggelse	Undervisere
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tilbuddet gives eftermiddag/ aften og består af 5 mødegange af 2 lektioner</li></ul>	Undervisningen varetages af jordemødre med særlige kompetencer på området.

<ul style="list-style-type: none"><li>• For nærmere oplysning om, hvor tilbuddet gives, henvises til VisInfoSyd<ul style="list-style-type: none"><li>○ Tilbydes ved fødesteder med neonatalafdelinger.</li></ul></li><li>• Deltagerantal vil variere, tilmelding er nødvendig</li></ul>	<p>Øvrige undervisere:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sundhedsplejerske</li><li>• Barselsygeplejerske/ neonatalsygeplejerske</li></ul>
---	---

## 20 Den normale og den patologiske fødsel

”Den normale fødsel” er et begreb, der til stadighed er til diskussion, hvorfor definitionen heraf er vanskelig. Sundhedsstyrelsen bruger begrebet ”Den ukomplicerede fødsel” i Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt med videre (Vejledning nr. 151 af 8. august 2001). Vejledningen beskriver blandt andet jordemødrenes selvstændige virksomhedsområde.

Ved et ukompliceret forløb forstås her fødsel af ét barn til termin i bagehovedpræsentation. Terminen defineres her som perioden mellem 37 og 42 fulde graviditetsuger. Fødslen indsættes og afsluttes spontant uden brug af vefremmende medicin, hindesprængning, eller instrumentel forløsning (det vil sige uden sugekop, tang eller kejsersnit). I forbindelse med fødslen må jordemoderen anlægge episiotomi.

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg bruges begrebet ”Den spontant forløbende fødsel”. Begrebet harmonerer med ovenstående beskrivelse. Den spontant forløbende fødsel varetages på alle fødesteder af jordemoderen. Hvis der opstår komplikationer, skal jordemoderen tilkalde en læge.

### 20.1 Jordemoderens tilstedeværelse under fødslen

En til én jordemoderomsorg, observation og behandling gældende for samtlige fødesteder i regionen.

#### **Den normale fødsel:**

- Jordemoderen, som selvstændigt varetager den normale spontant forløbende fødsel, har pligt til at konferere med/ tilkalde obstetiker ved tegn på komplikationer.
- Jordemoderen er hos den fødende fra den aktive fases begyndelse (orificium = 3 cm og regelmæssige veer), til 2 timer efter fødslen. Jordemoderen er kontinuerligt tilstede, hvis kvinden har behov for det.
- Ved jordemoderens kontinuerlige tilstedeværelse har hun mulighed for løbende at observere og give kvinden faglig vejledning om forløbet, oplevelsen og udviklingen i fødslen. Der ud over yder hun blandt andet støtte og opmuntring til den fødende.
- Herved er hun medvirkende til at skabe mening og kontinuitet i fødselsoplevelsen. Af litteraturen fremgår det, at dette nedsætter komplikationsraten under fødslen samt minimerer ønsker om sectio på moders ønske ved aktuelle og kommende fødsler.

#### **Den patologiske fødsel:**

- Fra den latente fase (vandafgang og/ eller begyndende veer, orificium  $\leq$  3 cm.) til 2 timer post partum anbefales det, at jordemoderen er kontinuerligt tilstede omkring den patologiske fødende for at kunne observere, behandle og yde jordemoderfaglig omsorg. Den patologiske fødsel varetages af jordemoderen i tæt samarbejde med obstetiker.
- Ved elektivt sectio er en del af den jordemoderfaglige omsorg, at jordemoderen tilser kvinden inden operation – lytter hjertelyd og laver udvendig undersøgelse samt spørger til kvindens ønsker.
- Generelt efter sectio observerer jordemoderen uterus og blødning i de to første timer post partum. Jordemoderen observerer ligeledes den nyfødte i denne periode og samarbejder med pædiater ved komplikationer. Der ud over drager hun omsorg for etablering af amning samt den tidlige mor/ barn kontakt.
- Sen abort. Det er jordemoderens opgave at deltage aktivt i omsorg, pleje og behandling af kvinden ved en graviditetsslængde  $\geq$  18+0. Tidligere hvis kvinden ønsker dette.

### 20.2 Observation af barnet under fødslen

#### **Auskultation**

Intermitterende auskultation med træstetoskop eller doptone foretages ved normale fødsler, hvor der er meget lav risiko for udvikling af foetal hypoxi.

På grund af:

- Anamnesen og/ eller
- Abnorm hjertelyd og/ eller

- Ved udvikling af komplikationer i fødslen skiftes til overvågning med cardiotocografi (CTG).

### **CTG**

Monitoreringen kan foretages eksternt såvel som internt.

Den interne registrering (caputelektrode) af foster heart rate (FHA) giver den teknisk bedste registrering og belyser bedst variabiliteten.

Ved dårlig ekstern registrering af FHA eller ved mistanke om indskrænket variabilitet/ patologisk CTG påsættes derfor om muligt altid en caputelektrode til registrering af FHA. CTG overvågningen bør altid foretages i minimum 20 min.

Veerne skal altid registreres ved CTG overvågning og monitoreres som oftest med en ekstern transducer, men kan, hvis der er dårlig registrering, med fordel registreres internt med tryk kateter.

### **Scalp Ph**

Det kan være indiceret at supplere med scalp -PH måling, da CTG, der anvendes til at diagnosticere af foetal hypoxi, er behæftet med meget lav specificitet.

### **STAN**

STAN overvågning overvejes, hvis CTG er afvigende eller patologisk (ST-analyse, som kombinerer CTG med analyse af fosterets EKG).

## **20.3 Smertebehandling i forbindelse med vaginal forløsning**

Kvindens behov for smertelindring under fødslen varierer meget. Medicinsk smertelindring må dog aldrig erstatte tilstedeværelsen af en jordemoder. Tilstedeværelsen af en støtteperson, som kan hjælpe kvinden med at håndtere smerter, kan nedsætte behovet for medicinsk smertelindring.

Som led i forberedelsen til fødslen er den gravide allerede i forbindelse med konsultationerne tidligt i graviditeten hos jordemoder og eventuelt obstetriker informeret om, hvilke muligheder der foreligger for smertelindring i forbindelse med fødselsforløbet. Udover en mundtlig information er der udleveret en skriftlig patientinformation.

I forbindelse med vaginal fødsel kan den fødende tilbydes følgende muligheder for smertebehandling på regionens fødesteder (Ærø dog undtaget):

- Varmtvands bad
- Akupunktur
- Steriltvandspapler
- Morfika
- Infiltrationsanæstesi
- Pudendus blokade
- Epidural blokade

Under fødslen beror valget af smertelindring på en individuel vurdering af behov og ønsker i samråd med den fødende.

## 21 Det raske og det syge nyfødte barn

Afsnittet beskriver observation, undersøgelse og behandling af det nyfødte barn på fødestuen, herunder jordemoderens undersøgelse umiddelbart efter fødslen. Endvidere beskrives tilbud om undersøgelse og behandling i barselperioden.

### 21.1 På fødestuen

#### Observation, vurdering og amning

Jordemoderen vurderer straks barnets tilstand, hvad angår hjerteaktion, respiration, muskeltonus, reflekser og hudfarve. Dette udtrykkes i Apgar score, efter 1 minut og 5 minutter.

Det raske mature barn lægges straks efter afnavling op til moderen – hud mod hud for at stimulere det naturlige ammeforløb samt skabe mor/ barn kontakt. Jordemoderen informerer om amning og ammeteknik, og hun sikrer sig, at den første amning finder sted inden for de første to timer efter fødslen.

I de første 2 timer efter fødslen observerer jordemoderen barnet for temperatur, respiration, tegn på hypoglykæmi eller andre sygelige tilstande. Ved mistanke om sygelige tilstande eller behov for akut hjælp hos barnet, kalder jordemoder straks obstetrisk læge/ pædiater til fødestuen efter afdelingens retningslinjer.

#### 21.1.1 Undersøgelse af det nyfødte barn

Jordemoderen undersøger barnet efter fødslen. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg 2009 skal barnet ikke længere undersøges af en læge på fødestedet. Barnet skal heller ikke undersøges af den praktiserende læge en uge efter fødslen.

Jordemoderundersøgelsen omfatter følgende

- Barnets tonus, observere for Downs syndrom med nedsat tonus
- Vejtrækning ubesværet, det vil sige ingen takypnø, indtrækninger, knirken eller cyanose/ abnorm bleghed
- Kranie (størrelse, traumer, akkommodation, fødselssvulst, kefalhæmatom, den firkantede fontanelle)
- Øjne (øjenæbler, øjnenes placering og epicanthus)
- Ører (placering, ydre øres form)
- Cavum oris (læbe/ ganespalte, isoleret ganespalte). *Mundhulen inspiceres i tilstrækkeligt lys, eventuel anvendes spatel og lygte for ikke at overse en mindre ganespalte* (tænder, sutterefleks og tungebånd)
- Hals (nakkefold og torticollis)
- Overekstremiteter (længde, bevægelse, Mororefleks)
- Hænder og fingre (firfingerfure, antal fingre, sammenvoksede fingre, neglenes rande og griberefleks)
- Kraveben undersøges for brud
- Abdomen (blødt og spændt)
- Underekstremiteter (længde, symmetri og bevægelse)
- Fødder (indadvendt, udadvendt og refleks)
- Tæer (antal, sammenvoksninger)
- Ryg (rygmarvsbrok, skævheder)
- Genitalier (testes i scrotum, hypospadi og labiae)
- Anus (åbning)
- Ortolanis manøvre
- Det vurderes, om barnet synes at være født præmaturt eller dysmaturt
- Barnet måles og vejes

Lægeundersøgelse udføres alene på indikation. Jordemoderen henviser barnet til undersøgelse hos pædiater eller anden relevant speciallæge ved tvivlstilfælde eller ved abnorme fund.

### **21.1.2 Måling af navlesnors-pH**

Der tilstræbes bestemmelse af pH og base excess i navlesnorsarterien og -venen umiddelbart efter fødslen. Værdierne giver oplysning om fosterets iltforsyning op til fødselstidspunktet. Sammen med Apgarscore er navlesnors-pH og base excess vigtige parametre, som indgår i vurderingen af påvirkede nyfødtes behov for neonatologisk observation og behandling.

### **21.1.3 RhD (rhesus) immunprofylakse**

Ved fødslen tages en blodprøve bestående af navlesnorsblod både på nyfødte af rhesus D-negative mødre og på nyfødte af mødre, som har fået påvist klinisk betydningsfulde irregulære blodtypeantistoffer.

- Nyfødte af RhD negative mødre undersøges for RhD-type med henblik på RhD immunprofylakse af moderen
- Nyfødte af mødre med klinisk betydningsfulde, irregulære blodtype antistoffer undersøges for tilsvarende blodtype og forekomst af maternelt antistof på barnets blodlegemer (direkte antiglobulin-test)

Vedrørende opfølgningen se afsnit 22.5 "Barselklinik"

### **21.1.4 K-vitaminindgift**

Nyfødte har øget blødningsrisiko som følge af fysiologisk K-vitaminmangel. Her ud over har visse lidelser hos barnet og bestemte typer medicin indtaget af moderen også betydning for barnets blødningstilbøjelighed.

Inden barnet flyttes fra fødestuen giver jordemoderen barnet K-vitamin 1 mg.

### **21.1.5 Hepatitis B vaccination**

Der er generel screening af gravide for hepatitis B virus (HBV) infektion. I forbindelse med fødslen kontrollerer jordemoderen informationer i vandrejournalen vedrørende screeningen. Dato og resultat af undersøgelsen eller om denne eventuelt er fravalgt.

Hvis det fremgår, at moderen har kronisk HBV infektion, kan smitteoverførslen fra mor til barn forhindres effektivt, hvis der umiddelbart efter fødslen startes hepatitis B vaccination og gives immunglobulin, og der efterfølgende gives 3 hepatitis B vaccinationer hos egen læge, når barnet er 1, 2 og 12 måneder gammelt. Den initiale behandling kan dog gives i op til 48 timer efter fødslen.

Nyfødte, som fødes af kvinder med kronisk HBV infektion, gives en hepatitis B vaccination og en injektion hepatitis B immunglobulin, inden de forlader fødestuen. Der udfyldes vaccinationskort, og der gives besked til egen læge og sundhedsplejerske.

### **21.1.6 Hypoglykæmi**

Hypoglykæmi, specielt langvarig hypoglykæmi, kan medføre hjerneskade. Der kan ikke angives en fast grænse, men der tilstræbes sædvanligvis, at blodsukkeret (B-glukose) holdes på 2,5 mmol/l eller derover. Børn med lav fødselsvægt for alderen har små glykogen-depoter, mens børn med høj fødselsvægt for alderen har øget glukoseomsætning på grund af hyperinsulinisme.

Med risiko for hypoglykæmi skal barnet lægges hyppigt til brystet. Eventuel tilskud gives efter amning. Early feeding anbefales, der startes med at give modermælkerstatning til det nyfødte barn ½ til 1 time post partum.

Det anbefales at kontrollere blodsukkeret omkring 2 timer efter fødslen på:

- Præmature børn
- Dysmature børn
- Børn med asfyksi

- Børn af mødre med diabetes eller patologisk glukosebelastning
- Store børn med fødselsvægt > 4500 g

## 21.2 I barselperioden

### 21.2.1 Neonatal biokemisk screening

Alle forældre skal have tilbud om, at der tages blodprøve fra den nyfødte til undersøgelse for medfødte sygdomme (filterpapir blodprøve, kaldet "hælbloodprøven"). Dette gælder også, såfremt mor og barn er udskrevet inden tidspunktet for prøvetagning. Blodprøven tages 48-72 timer efter fødslen. Baggrunden herfor er, at nogle af de medfødte sygdomme, som i dag kan påvises, kan debutere med kritisk sygdom ganske kort efter fødslen.

Hælbloodprøvekortet tilbagesendes i underskrevet form til analyseinstansen også i tilfælde, hvor kvinden/parret afslår prøvetagning. Det er desuden fortsat fødestedets ansvar at rykke for prøvesvar fra analyseinstansen, såfremt svar udebliver.

Hælprøven tages enten i barselklinikken, se afsnit 22.5 "Barselklinik", eller under indlæggelse i barselperioden.

### 21.2.2 Hørescreening

Formålet med neonatal hørescreening er, at børn med høretab diagnosticeres tidligt. Behandling bør etableres, inden barnet er 6 måneder gammelt, idet der er nogen dokumentation for, at tidlig behandling gavner barnets sprog og taleudvikling samt sociale tilpasning.

Det er fødestedets ansvar, at forældrene får tilbud om hørescreening efter forudgående information, herunder også om falsk positive resultater og det efterfølgende forløb, såfremt screeningsresultatet ikke er normalt.

Hørescreeningen udføres enten i barselklinikken, se afsnit 22.5 "Barselklinik", eller under indlæggelse i barselperioden.

### 21.2.3 Børn med særlig risiko for udvikling af allergisk sygdom (allergidisponerede børn)

Spædbørn, hvis forældre/ eller søskende har eller har haft flerårig lægediagnosticeret, behandlingskrævende allergisk sygdom (astma, høfeber, børneeksem, fødevareallergi), har en øget risiko for udvikling af allergisk sygdom.

Amning og/ eller ernæring med højt hydrolyseret modermælkserstatning de første 4 måneder kan nedsætte risikoen for komælksallergi og børneeksem hos allergidisponerede børn under forudsætning af, at anden tilskudskost først introduceres i 4-6 måneders alderen.

Anbefalinger vedrørende allergidisponerede spædbørn:

- Ingen diæt til den gravide eller ammende mor.
- Den gravide eller ammende moderen bør ikke ryge, hverken mor eller barn bør udsættes for passiv rygning.
- Amning indtil mindst 6 måneders alderen.
- I det første levedøgn gives vand eller højt hydrolyseret modermælkserstatning ved behov for væske ud over amning.
- Hvis amning ikke er muligt eller tilstrækkeligt i de første 4 levedøgn anbefales højt hydrolyseret modermælkserstatning. Herefter kan almindelig komælksbaseret modermælkserstatning anvendes.
- Efter 4 måneders alderen ernæres allergidisponerede spædbørn fuldstændig som alle andre spædbørn.



### **21.2.4 Gulsot (*icterus neonatarum*)**

Gulsot hos nyfødte er et normalt fysiologisk fænomen, der ses hos op mod halvdelen af alle nyfødte. De fleste tilfælde er godartede og selvlimiterende, men bilirubin er neurotokisk, og meget højt bilirubin koncentration kan medføre såkaldt bilirubin encephalopati (tidligere kernicterus).

Behandling med fototerapi har bevirket, at død eller mental retardation på grund af kernicterus er sjælden. Da stadig flere føder ambulant eller udskrives tidligt, vil adskillige tilfælde af gulsot først kulminere efter udskrivelsen. Det er vigtigt at informere forældrene om denne risiko, så disse tilfælde kan diagnosticeres og behandles i tide.

Anbefalinger vedrørende gulsot:

- Ved synlig icterus inden for 24 timer henvises barnet akut til pædiatrisk afdeling.
- Ved svær icterus i de første 1-2 leveuger måles bilirubinniveauet. Der bør være særlig opmærksomhed, hvis barnet er sløvt.
- Ved synlig icterus efter 14. levedøgn måles konjugeret bilirubin. Ved forhøjet værdi henvises barnet akut til pædiatrisk afdeling.

### **21.2.5 Conjunctivitis hos nyfødte.**

Hvis der er let moderat mængde pus i øjnene, og øjnene kan åbnes, forsøges konservativ behandling med afvaskning med saltvand, hver gang barnet pusles.

Hvis symptomerne tiltager trods denne behandling, eller hvis udbruddet er kraftigt med rigelige mængder pus og/ eller tydeligt hævede øjenomgivelser, podes der og behandling påbegyndes.

## 22 Den normale og den patologiske barselperiode

I følgende afsnit afgrænses barsel til perioden fra fødslen er overstået, og indtil den kommunale sundhedstjeneste har etableret kontakt til familien, jævnfør Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg.

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg 2009 er formålet med efterfødsels- og barselplejen:

- At støtte og styrke forældrene i omsorgen for deres barn i de første dage og uger efter fødslen
- At observere moderens og barnets tilstand

De væsentligste elementer i barselperioden:

- Familiedannelse
- Moderens fysiske og psykiske restitution
- Etablering af amning eller anden ernæring
- Spædbarnspleje

### 22.1 Visitation til barsel

Visitation til ambulante fødsel eller indlæggelse i barselperioden foretages på fødestuen.

Når graviditet og fødsel forløber normalt, og når mor og barn er sunde og raske, kan hjemmet danne ramme om barselperioden.

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

Forhold hos moderen, der medfører tilbud om indlæggelse, blandt andet:

- Instrumentel forløsning (sectio, vacuum extractor, tang)
- Blodtab > 500 ml
- Flerfoldfødsel
- Større sutureringer (grad 3 og grad 4 bristninger)
- Manuel placenta fjernelse
- Kompliceret graviditet, der har betydning for barselsforløbet
- Tidligere dårlig ammeerfaring
- Langvarig vandafgang
- Gruppe B streptokokker (GBS)
- Urinretention
- BT  $\geq$  140/90
- Temperaturforhøjelse
- Medicinske sygdomme, der har betydning for barselsforløbet
- Gestationel diabetes
- Gravide med øget behov for omsorg
- Brystopererede

Forhold hos barnet, der medfører tilbud om indlæggelse, blandt andet:

- Gestationsalder < 38 + 0
- Vægt < 2700 gram
- Apgarscore  $\leq$  7 efter 5 minutter
- Navlesnors pH < 7,10 på arterielt blod, BE < 10
- Børn født med misdannelser
- Børn født med mistanke om kromosomabnormitet
- Overbårenhed > 42 uger
- Kliniske tegn på small for date, under 10 % vægtpercentilen

- Observation for infektion
- Observation for abstinenser
- Hypoglykæmi
- Grønt fostervand
- Medicinering af mor, der har betydning for det nyfødte barn (observationsbehov)

Her ud over henvises der til afsnit 28 "Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning". Heraf vil det fremgå under de forskellige patientgrupper, hvis der er specielle forhold, der skal tages højde for efter fødslen i forhold til moderen og/ eller i forhold til barnet.

## 22.2 Ambulant fødsel

Når graviditet og fødsel forløber normalt, og når mor og barn er sunde og raske kan hjemmet danne ramme om barselperioden. En ambulant fødsel er en kombination af trygheden ved at føde på en specialafdeling og ved at være hjemme i barselperioden.

### **Inden udskrivelsen vurderes:**

- At moderen:
  - Er fysisk og psykisk velbefindende samt har sociale forhold, der gør hende i stand til at sørge for sig selv og barnet (søskende) i hjemmet efter udskrivelsen
  - Har normalt BT ( $\leq 140/90$ )
  - Har tilladelig blødning og uterus er velkontraheret
  - Har haft spontan vandladning
- At barnet:
  - Er fuldbårent, gestationsalder 38+0 – 42+0, fødselsvægt større end eller lig med 2700 gram
  - Har apgar  $> 7$  efter 5 minutter
  - Er varmt, har pæne farver og sufficient respiration minimum 2 timer forud for udskrivelse
  - Intet har frembudt i observationsperioden
  - Har suttet effektivt

Familierne udskrives inden for de første 24 timer dog således, at ingen mod eget ønske udskrives om natten. Såfremt det er muligt udskrives familien 4 – 6 timer efter fødslen fra fødegangen. Kvinden/ familien medgives tid til ambulant opfølgning i barselklinikken. De kan benytte sig af barselklinikken tilbud indtil 1. sundhedsplejerskebesøg, der finder sted cirka 3 – 5 dage efter fødslen. Der henvises til afsnit 22.5 "Barselklinik".

I forbindelse med udskrivelsen og ved efterfølgende kontakter vejledes kvinden og hendes partner ud fra "Vejledning i forbindelse med udskrivning", se afsnit 22.4.

### **Kontakt til familien efter udskrivelsen**

Inden for 24 timer efter udskrivelsen kontaktes familien telefonisk af fødestedet og følgende emner drøftes:

- Almen tilstanden i familien
- Blødning de første dage
- Efterveer
- Eventuelt smerter efter suturering
- Amning de første dage
- Vandladning og afføring de første dage – mor og barn
- Gulsot
- Navlepleje
- Opfølgning på fødslen
- Opfølgning på aftale om hælblodprøve og hørescreening
- Eventuel opfølgning på rhesustype på barnet

## 22.3 Patologiske barselforløb

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

Ved behov for omsorg, pleje, behandling og observation af mor/ barn tilbydes familien derfor indlæggelse på barselafsnit/ neonatalafdeling. Der bør være mulighed for, at mor og barn kan være sammen i hele indlæggelsesperioden. Mor og barn bør så vidt muligt ikke adskilles, med mindre der er medicinsk indikation herfor. Ligeledes bør der være mulighed for, at faderen/ partneren kan være med under hele forløbet.

På barselafdelingen/ neonatal tages udgangspunkt i den aktuelle familiesituation samt familiens ressourcer og forudsætninger.

Der tilbydes pleje og omsorg for familien samt vejledning om blandt andet:

- Den nye familiesituation
- Forældreroller
- Tolkning af det nyfødte barns signaler
- Ammeetablering
- Særlige forhold omkring mor
- Særlige forhold omkring det nyfødte barn, herunder neonatal biokemisk screening og hørescreening
- Spædbarnspleje
- Opfølgning på fødslen
- Særlige forhold omkring udskrivning
- Kontakt til primær sektor

Såvel under indlæggelsen som i forbindelse med udskrivningen og eventuelle senere kontakter vejledes kvinden og hendes partner ud fra "Vejledning i forbindelse med udskrivning" se afsnit 22.4.

Familien hjemskrives når mor/ barn er klar, og tilbydes ambulant opfølgning i barselklinikken. Familien kan benytte sig af barselklinikens tilbud indtil 1. sundhedsplejerskebesøg, der finder sted senest 7 dage efter hjemskrivelsen. Der henvises til afsnit 22.5 "Barselklinik".

### ***Kontakt til familien efter udskrivelsen***

Ved indlæggelse mere end et døgn efter fødslen

- Ved behov for og efter aftale med familien kontaktes de telefonisk af fødestedet inden for 1-2 døgn efter udskrivelsen med henblik på at tilbyde råd og vejledning samt vurdere barnets og moderens tilstand. Det er især vigtigt, hvis der er problemer med etablering af amning.

## **22.4 Vejledning i forbindelse med udskrivelse**

Inden udskrivelsen vejledes kvinden og hendes partner enten individuelt eller i grupper. Der gives en differentieret vejledning i forhold til kvinde/ partneren. Der tages udgangspunkt i nedenstående emner.

Vedrørende de omtalte pjecer henvises til afsnit 9 "Pjecer".

### **22.4.1 Vejledning vedrørende barnet**

Ernæring/ udskillelse:

- Hyppighed, længde og maksimal interval af ammemåltider. Ubegrænset adgang til brystet.
- Sundhedsstyrelsens anbefaling for ammelængde, 6 måneders fuld amning, delvist i 12 måneder eller længere.
- Ved fravalg af amning vejledes om valg af mælkeerstatning og flaskeernæring.
- Udlevere pjece omhandlende emnet.
- Vandladning: Normal hyppighed og udseende. Urater normalt de to første levedøgn.
- Afføring: Normal hyppighed og udseende.
- Gøre opmærksom på pjecen: "Tjek bleen" fra Sundhedsstyrelsen.

Behov for stimulation/ barnets signaler:

- Vigtighed i tidlig hudkontakt mor/ barn.
- Barnets behov for stimulation ved hudkontakt, øjenkontakt, omsorg, følelse af tryghed.
- Barnets signaler.

Normale observationer hos det nyfødte barn:

- Normal icterus = debut efter 1. levedøgn, let grad, ingen samtidig sløvhed.
- Normal erythema toxicum, minus pustler.
- Normalt hvidligt sekret fra skeden på 2.-4. dagen hos pigebørn.

- Normal ildelugtende navle eventuel med lidt sekret og gammelt blod efter 2. levedøgn, uden rødme af huden.
- Normal let hævelse af øjne med hvidligt sekret, minus ødem, minus tiltagende hævelse, minus pus.

Manglende temperatur regulering, badning af barn og ophold udendørs:

- Vente med badning i kar til barnet er minimum et døgn gammel
- Fjerne rester af fosterfedt senest efter tre døgn
- Kortvarigt ophold ude i barnevogn de første gange, ved udendørs temperatur < 10 minusgrader må barnet ikke sove ude
- Påklædning efter årstiden, vejledning i tjek af barnets temperatur
- Badning af barn

Barnets lejring:

- Betydningen af at skifte mellem højre/ venstre sideleje af hovedet
- Forebyggelse af vuggedød/ samsøvning
- Gøre opmærksom på pjecen: "Vuggedød kan forebygges" fra Sundhedsstyrelsen.

Spædbarnets sikkerhed:

- Undgå fald ulykker fra puslebordet
- Fastspænding af barnet i bilen
- Gøre opmærksom på pjecen: "Børn i bilen" fra Rådet for større færdselssikkerhed.

## **22.4.2 Vejledning til moderen/ partneren**

Uterus:

- Normal blødningsstyrke og varighed
- Vente med karbad, havbad og svømmehal så længe der er blodigt udflod
- Ved suturering, oplysning om hvornår trådene opløses
- Vigtigheden af god nedre hygiejne

Vandladning post partum:

- Sikre at der har været normal vandladning senest fire timer post partum, hvor kvinden føler blæren er tom
- Vigtigheden i at lade vandet med maksimal fire timers interval de første døgn

Amning:

- Vigtigheden af tidlig og hyppig stimulation af brystet for mælkeproduktionen
- Fysiologisk brystspænding 2.-5.dagen post partum og lindring heraf
- Ammeteknik og amместillinger, herunder betydningen af den fede eftermælk
- Brystmassage og håndfremmalkning af mælk og vorte før amning/ udmalkning
- Forebyggelse og lindring af ømme vorter og at det oftest topper 3.-6. dag post partum
- Forebyggelse af symptomer på og behandling af mastitis
- Betydning af brug af narresut (og eventuel suttebrik)
- Gøre opmærksom på pjecen "Kort og godt om amning"
- Sikre at kvinden er oplyst om muligheder for støtte til amning efter udskrivelsen
- Forældre- og fødsels pjece "Ammerådgivning" kan udleveres.

Psyke/ træthed:

- At træthed og "baby blues" er normalt efter fødsel
- At sørge for ro, hvile og søvn når barnet er roligt
- At både den nybagte mor og far kan få depression, det er vigtigt at reagere på dette

Sex/prævention:

- Manglende overskud til sex er normalt
- Der bør sikres prævention fra 1. samleje post partum i form af kondom

- Videre prævention diskuteres med den praktiserende læge til 8 ugers undersøgelsen
- Tilbyde pjece angående prævention efter fødsel " Når to bliver til tre" fra Sex og Samfund.

#### Kost og væske:

- Sund, varieret kost, rigeligt med væske - dog ingen alkohol
- Gerne en daglig multivitamin tablet så længe der ammes
- Betydning af rygning for barn og amning. Hvis moderen ryger, er det mindst skadeligt at ryge lige efter amning for at sikre længst mulig interval til næste amning, dette giver mindst mulig nikotin i modermælken

#### Restituering efter fødslen:

- Betydningen af knibeøvelser
- Hvornår kan belastning/ sport genoptages
- Tilbud om efterfødselsgymnastik i kommunalt regi/ forebyggelse

#### Behandling:

- Ved komplicerede fødselskomplikationer – for eksempel sphincter ruptur
- Patientens komplicerede symptomer afhjælpes med en tværfaglig indsats. Indsats omkring bækkenbundsfunctioenen, genoptagelse af seksuallivet og visualisering af arvæv.
- Genoptræningen foregår på sygehuset.

#### Efterfødselssamtale:

- Ved ambulante udskrivelser sikres det, at kvinden har fået en tid med til efterfødselssamtale hos jordemoder i barselklinikken
- Ved indlæggelse i barselperioden sikres det, at kvinden har fået tilbud om efterfødselssamtale ved jordemoder inden udskrivelsen, ellers medgives der en tid til efterfødselssamtalen i barselklinikken

#### Rhesus immunprofylakse ved rhesus negative kvinder:

- Sikre, at barnets rhesus type er undersøgt/ undersøges
  - Ved rhesus positivt barn gives anti-D til moderen senest 48-72 timer post partum i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger
  - Udskrives mor og barn inden svaret foreligger aftales telefonisk svar til kvinden. Her aftales mødetid i barselklinikken til indgift af anti-D ved rhesus positivt barn

#### Hælbloodprøve

- Ved ambulante fødsler sikres det, at der er aftalt tid i barselklinikken til blodprøvetagning på barnet
- Ved indlæggelse i barselperioden sikres det, at blodprøven på barnet er taget, ellers medgives der tid hertil i barselklinikken

#### Høretest:

- Ved ambulante fødsler sikres det, at der er aftalt tid i barselklinikken til hørescreening af barnet
- Ved indlæggelse i barselperioden sikres det, at hørescreening af barnet er foretaget, ellers medgives der tid hertil i barselklinikken

#### Barselklinik og telefonnummer:

- Moderen informeres om tilbuddene i barselklinikken, der aftales en tid for ambulante besøg og telefonnummer medgives
- Det sikres endvidere, at kvinden er medgivet telefonnummer på den afdeling, der betjener telefoniske henvendelser uden for barselklinikens åbningstider. Familien kan ringe ved behov for råd og vejledning udenfor barselklinikens almindelige åbningstid.
- Tilbuddene gælder til sundhedsplejersken har været på første besøg

#### Sundhedsplejerske:

- Sundhedsplejersken (med mindre andet er aftalt) er informeret om fødslen fra fødestedet
- Sundhedsplejersken kontakter familien med henblik på aftale om besøg:
  - Ved ambulante fødsler cirka 3 – 5 dage efter fødslen

- Ved senere udskrivelse da inden 7 dage efter hjemskrivelsen

Lægeundersøgelse:

- Rutinemæssigt 1. børneundersøgelse når barnet er 5 uger gammel
- Kvinden tilbydes undersøgelse 8 uger post partum, undersøgelsen omfatter også vejledning i prævention
- Kvinden skal selv bestille tid til undersøgelserne hos den praktiserende læge

## 22.5 Barseklinik

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg varetager fødestedets personale det sundhedsfaglige tilbud til forældre med henblik på at understøtte det nyfødte barns og moderens trivsel i de første dage efter fødslen, og indtil sundhedsplejersken har været på sit første besøg.

Fødestederne varetager denne opgave i form af forskellige tilbud i barseklinikker. Barseklinikkerne er etableret i forbindelse med fødestederne og er bemandet med sundhedsfagligt personale fra de obstetriske afdelinger. Kvinderne kan henvende sig på barseklinikkerne alle dage, og uden for åbningstid kan familierne få telefonisk vejledning på barseafsnittet.

Det sikres, at kvinden er medgivet telefonnummer dels på barseklinikken, dels på den afdeling, der betjener telefoniske henvendelser uden for barseklinikkenes åbningstider.

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg aflægges sundhedsplejerskerne besøg som nedenfor beskrevet:

- Ved ambulante fødsler aflægges der besøg 3 - 5 dage efter fødslen
- Ved indlæggelse 1-2 dage aflægges besøg i hjemmet så tidlig som muligt, besøget bør dog altid aflægges senest 7 dage efter hjemkomsten
- Ved indlæggelse længere end 2 dage aflægges besøg senest 7 dage efter hjemkomsten

Herefter er det sundhedsplejersken, som rådgiver og informerer familien.

### Tilbud

Ved ambulante fødsler medgives moderen, inden hjemsendelsen, en tid til ambulant opfølgning i en barseklinik.

Kvinder, som har været indlagt i barseperioden, har også mulighed for at benytte barseklinikken og vejledes herom inden udskrivelsen.

Vedrørende nærmere oplysning om barseklinikkenes placering, åbningstider og telefonnumre henvises til VisInfoSyd.

I barseklinikken tilbydes blandt andet:

- Vejledning vedrørende amning
- Vejledning vedrørende barnets og familiens trivsel
- Efterfødselssamtale
- Hørescreening af barnet
- Hælbloodprøve på barnet
- Anti-D behandling i forbindelse med Rhesus negative kvinder

Ved skønnet behov for genindlæggelse af mor/ barn foregår indlæggelsen efter aftale med afdelingens vagthavende læge.

## 22.6 Efterfødselssamtale ved jordemoder

En efterfødselssamtale ved jordemoder er en forebyggende og afklarende samtale med kvinden og hendes partner om graviditet, fødsel og den allerførste tid med barnet. Efterfødselssamtale ved jordemoder tilbydes alle kvinder.



Jordemoderen i barselklinikken tilbyder efterfødselssamtale. Hvis familien ønsker at tale med fødejordemoderen eller anden jordemoder end fødejordemoderen og/ eller en obstetriker, arrangeres dette.

## **Formål**

Sundhedsfremme og ressourceopsporing:

- At skabe en afslutning på graviditet og fødsel, således at hele forløbet kan bearbejdes i det omfang, familien har brug for det
- Styrkelse af familiedannelsen
- At give viden om det faktiske forløb ved dialog med fagperson
- At rådgive omkring en eventuel kommende graviditet og fødsel
- At kvinder i mindre omfang vil have ønske om kejsersnit på grund af ubearbejdede fødselsforløb, når traumatiske fødselsforløb bliver talt igennem
- Bearbejdning og heling efter eventuelle svære oplevelser

Ud over det generelle formål med efterfødselssamtalen, lægges der specielt vægt på at vurdere:

- Om amning eller anden ernæring er etableret
- Om barnet har vandladning og afføring
- Om barnet har udviklet gulsot
- Om moderens fysiske restitution forløber normalt
- Om familien befinder sig godt psykisk

## **Samtalens indhold**

- Efterfødselssamtalen tager udgangspunkt i kvindens og partnerens oplevelser i forbindelse med graviditet og fødsel.
- Udgangspunktet er til enhver tid familiens behov for opfølgning på det afsluttede forløb.
- I løbet af samtalen afklares eventuelle spørgsmål i relation til selve fødejournalen.
- Familien kan ved behov sættes i kontakt med relevante faggrupper, såfremt familien ønsker en yderligere uddybning eller afklaring af forløbet.
- Jordemoderen spørger også til kvindens fysiske restitution, herunder smerter eller eventuel gener fra bristninger/ suturer, genoptagelse af samliv og prævention, bækkenbundstræning og inkontinens. Jordemoderen inspicerer eventuelle syninger.

## **Ved ambulant fødsel og hjemmefødsel**

Familien kontaktes dagen efter fødslen med henblik på aftale om tidspunkt for efterfødselssamtale ved jordemoder. Samtalen finder sted i barselklinikken i forbindelse med, at der tages hælblodprøve og foretages hørescreening. Her afklares også behov for eventuelt hjemmebesøg.

## **Kvinder med patologisk forløb (barsel på sygehus)**

Familien kontaktes dagen efter fødslen med henblik på aftale om efterfødselssamtale ved jordemoder. Samtalen finder sted inden familien udskrives fra sygehuset. Hvis dette ikke er muligt aftales tid til samtalen i barselklinikken.

## **Eventuelt hjemmebesøg**

I forbindelse med sygdom eller særlige traumatiske forløb, kan jordemoderen tilbyde efterfødselssamtale i hjemmet. Hvis jordemodersamtalen tilbydes i hjemmet, koordineres samtalen med sundhedsplejerskens besøg af hensyn til familien.

## **Særlige forhold**

Afdækkes problemer i forbindelse med efterfødselssamtalen, vurderes behovet for følgende muligheder:

- Endnu en samtale – eventuelt med fødejordemoderen
- Yderligere konsultation i barselklinikken
- Kontakt til sundhedsplejersken med henblik på et tidligt besøg
- Genindlæggelse af mor og barn – afhængig af tidspunkt konfereres med afdelingens læge eller den praktiserende læge
- Opfølgende hjemmebesøg

Sundhedsplejersken og den praktiserende læge kan desuden henvise til en opfølgende efterfødselssamtale hos jordemoder ved behov.

## 22.7 Samtale efter patologisk eller traumatisk forløb

Kvinder/ familier, som har haft et patologisk fødselsforløb og/ eller har oplevet fødselsforløbet som traumatisk, tilbydes en samtale med obstetriker og jordemoder. Der er to perspektiver i samtalen:

- Dels et medicinsk perspektiv, der kan have konsekvenser for næste graviditet og fødsel
- Dels en omsorgsdel, der har et forebyggende perspektiv.

Det skal afklares inden kvinden udskrives fra sygehuset, om der er behov for en sådan samtale. Ved behov aftales der et tidspunkt for samtalen inden udskrivelsen.

### Eksempler på patologiske fødselsforløb og/ eller forløb, der har været oplevet traumatiske

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

### Formål:

Ved samtalen vurderes eventuel yderligere behov for samtale i samarbejde med parret.

Sundhedsplejersken og den praktiserende læge kan desuden henvise til en opfølgende efterfødselssamtale hos obstetriker og jordemoder ved behov.

## 23 Hjemmefødsler

Den gravide har ifølge loven ret til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Det er lægens og jordemoderens opgave at informere kvinden om muligheden for at vælge en hjemmefødsel.

Kvinder med normal graviditet og forventet normal fødsel kan føde hjemme. Lægen og jordemoderen skal tilråde kvinden at føde på sygehus, hvis der foreligger en kendt øget risiko. Kvinden skal informeres om, at overførelse til sygehus kan blive nødvendig, såfremt der opstår komplikationer. Jordemoderen kan ikke afvise at deltage ved en hjemmefødsel, ligesom kvinden heller ikke kan overføres til sygehus mod sin vilje.

Ønskes hjemmefødsel, skal den gravide oplyses om mulighederne for pleje og bistand i hjemmet ved jordemoder og sundhedsplejerske. Jordemoderen rådgiver ved hjemmebesøg under graviditeten om nødvendige praktiske foranstaltninger i hjemmet.

### **Bemærkning**

*Der er beskrevet tre modeller for betjening af hjemmefødsler. Når Regionsrådet har truffet beslutning om, hvilken model der vælges indsættes denne i fødeplanen.*

## 24 Fødsler på Ærøskøbing Sygehus

Fødsel på Ærøskøbing Sygehus er en mulighed for gravide på Ærø med en helt normal graviditet og forventet normal fødsel.

Visitation til fødsel på Ærøskøbing Sygehus foregår efter følgende overordnede principper:

- Den gravide skal være sund og rask
- Den gravides belastningsgrad bedømmes i forhold til hendes ressourcer
- Graviditet og fødsel (et foster) skal forventes at forløbe normalt
- Graviditetslængden skal være på 37+0 til 41+6

Såvel første- som flergangsfødende kan visiteres til fødsel på Ærøskøbing Sygehus, såfremt der ikke foreligger én af de risikotilstande, der i grove træk er beskrevet nedenfor:

- Tidligere kompliceret graviditet og fødsel
- Tidligere gynækologiske sygdomme
- Medicinske sygdomme
- Tidligere bækkenfraktur
- Belastet genetisk anamnese
- Misbrug af forskellig art
- Irregulære antistoffer
- Komplikationer under den aktuelle graviditet
- Planlagt sectio (inklusive sectio på moderens ønske)
- Overbåret graviditet (>42+0)

Der henvises i øvrigt til afsnit 28 "Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning"

Jordemødrene på Ærø arbejder under en såkaldt ø-ordning, hvor de betjener øens fødsler, varetager jordemoderkonsultationerne, fødsels- og forældreforberedelse, besøg efter fødslen samt opfølgende samtaler hos de kvinder, der af faglige grunde enten har født på Svendborg Sygehus eller på Odense Universitetshospital. Desuden kan jordemødrene deltage i akutte overflytninger.

Fødestedet betjenes lægemæssigt af sygehuslæger uden obstetrisk speciallægeuddannelse.

Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at fødestedet giver kommende forældre skriftlig information om, hvad de kan forvente af fødestedet, når Sundhedsstyrelsens krav til fødested ikke opfyldes.

Der foreligger derfor en særskilt patientinformation, der udleveres til alle fødende. Af patientinformationen fremgår det, at en fødsel på Ærøskøbing Sygehus er at betragte som en hjemmefødsel. Dog kan der i akutte nødsituationer laves akut kejsersnit – uden tilstedeværelse af obstetriker og anæstesiolog.

## 25 Fødsler i Niebüll

En aftale indgået mellem Kreis Nordfrisland og det tidligere Sønderjyllands Amt, nu Region Syddanmark, giver mulighed for, at gravide fra den sydvestlige del af Sønderjylland, Tønder området, kan vælge at føde på sygehuset i Niebüll.

Visitation til fødsel i Niebüll foregår efter følgende overordnede principper:

- Den gravide skal være sund og rask
- Den gravides belastningsgrad bedømmes i forhold til hendes ressourcer
- Graviditet og fødsel (et foster) skal forventes at forløbe normalt
- Graviditetslængden skal være på 37+0 til 41+6

Såvel første- som flergangsfødende kan visiteres til Niebüll, såfremt der ikke foreligger én af de risikotilstande, der i grove træk er beskrevet nedenfor:

- Tidligere kompliceret graviditet og fødsel
- Tidligere gynækologiske sygdomme
- Medicinske sygdomme
- Tidligere bækkenfraktur
- Belastet genetisk anamnese
- Misbrug af forskellig art
- Irregulære antistoffer
- Komplikationer under den aktuelle graviditet
- Planlagt sectio (inklusive sectio på moderens ønske)
- Overbåret graviditet (>42+0)

De gravide følger de normale graviditetsundersøgelser hos den praktiserende læge og jordemoder i Danmark.

Den praktiserende læge henviser den gravide til fødsel og én forundersøgelse på sygehuset i Niebüll.

Såfremt der opstår komplikationer i graviditeten skal kvinden visiteres til et svangreambulatorium/ fødested i Danmark i henhold til visitationsretningslinjerne. Der henvises til afsnit 28 "Visitation af gravide og fødende – og senere opfølgning".

Såfremt der opstår komplikationer under eller efter fødslen, som kræver overflytning til obstetrisk specialsygehus med neonatalafdeling, vil kvinden blive overflyttet til Flensborg, eller såfremt hun ønsker det til Sønderborg.

Region Syddanmark betaler behandlingsomkostningerne i forbindelse med fødslen. Kvinden afholder selv udgifterne til transportomkostningerne til og fra Niebüll.

Da behandlingen finder sted i Tyskland, har kvinden i tilfælde af behandlingsfejl eller lignende ingen klagemulighed i Danmark eller adgang til erstatning fra Patientforsikringen. En eventuel klage skal således altid følge det tyske klagesystem.

Der forefindes en særskilt patientinformation "Fødsler i Sygehus Niebüll", der beskriver de særlige forhold vedrørende fødsel i Niebüll.

## 26 Kommunerne og sundhedsplejerskens tilbud efter fødslen

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 1183 af 28. november 2006 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge beskriver sundhedsplejerskernes indsats i forhold til barnet. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg 2009 beskriver sundhedsplejerskens indsats efter fødslen og/ eller udskrivelsen fra sygehuset.

### **Sundhedsplejerskens opgaver**

- Ved hjemmefødsler og ambulante fødsler bør sundhedsplejersken aflægge hjemmebesøg cirka 3.-5. dagen efter fødslen
- Ved senere udskrivelse bør besøget aflægges senest 7 dage efter hjemkomsten
- Ved tidlig udskrivelse fra føde- eller barselgang er det vigtigt, at sundhedsplejersken så tidligt som muligt aflægger besøg i hjemmet

Ved første besøg fokuserer sundhedsplejersken på:

- Barnets trivsel
- Amning28.5
- Familiedannelse

Særlig opmærksomhed på mødre, som udskrives inden amningen er etableret og som:

- Har kort skolegang
- Har tidligere dårlige erfaringer med amning
- Er usikker på egne evner til at amme

### **Henvisning**

Sundhedsplejersken

- Skal henvise til den praktiserende læge ved patologiske forhold
- Kan ved behov henvise til kommunale forebyggelsestilbud
- Kan ved behov henvise kvinden til opfølgningssamtale hos jordemoder og/eller obstetriker.

### **Særlige behov**

Såfremt familien er udskrevet fra fødestedet med særlige behov for støtte og rådgivning, tilbyder den kommunale sundhedstjeneste besøg i henhold til bekendtgørelse nr. 1183 af 28. november 2006 § 11.

### **Underretning**

Ved særlig behov for støtte til familien af fysisk, psykisk og/eller social karakter underrettes kommunen, jævnfør § 153 i Serviceloven om skærpet underretningspligt.

### **Bemærkning**

*Kommunens opgaver i forbindelse med familie ambulatorier familier skal indsættes her senere.*

## 27 8 uger undersøgelsen hos den praktiserende læge

### Samtale og helbredsundersøgelse.

Den praktiserende læge tilbyder alle kvinder undersøgelse 8 uger efter fødslen.

#### Formål:

Lægen:

- Vurderer moderens fysiske og psykiske tilstand efter fødslen
- Drøfter familiens trivsel
- Drøfter prævention

Samtalen	Link/ henvisning til
Drøftelse af drøftelse af moderens restitution efter fødslen og familiens trivsel og netværk	
Fødslen drøftes i det omfang, der er behov for yderligere afklaring	
Såfremt det overståede graviditets- og fødselsforløb vil have konsekvenser for en eventuel kommende graviditet og fødsel, drøftes disse	Fødeplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afsnit 22.7 Samtale efter patologisk eller traumatisk forløb</li> <li>• Afsnit 28 Visitation af gravide og fødende - og senere opfølgning</li> </ul>
Eventuelt fortsat gener fra fødselsrelaterede traumer (urininkontinens, gener fra bristninger eller episiotomi)	Svangreomsorgen afsnit 13.1.7 Bristninger og suturering Fødeplanen afsnit 28.5.1 Sphinter ruptur
De kropslige og psykiske ændringer, der finder sted i perioden efter fødslen, diskuteres med udgangspunkt i kvindens/ parrets egne oplevelser	
Mor/ barn forholdet vurderes på baggrund af kvindens egne oplysninger og lægens observationer, inklusiv 5-ugers børneundersøgelsen. Især må lægen være opmærksom på tegn på manglende psykisk accept af den nye situation eller direkte afmagtsfølelse i mor/ barn relationen.	Svangreomsorg afsnit 16 Psykologiske, aspekter forbindelse med graviditet, fødsel og barsel
Genoptagelse af seksuallivet og valg af prævention drøftes, hvis det ikke har været drøftet tidligere	Sex og samfunds hjemmeside <a href="http://www.sexogsamfund.dk">www.sexogsamfund.dk</a>
Spørg ind til kontakten til sundhedsplejersken	

Helbredsundersøgelsen	Link
Vurdering af knibefunktion hos alle. Gynækologisk undersøgelse ved behov	
Cervixcytologisk undersøgelse, såfremt den har været udsat på grund af graviditeten	Svangreomsorg afsnit 7.7 Celleprøve fra livmoderhalsen (smear)

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



## **28 Visitation af gravide og fødende - og senere opfølgning**

Dette afsnit er udarbejdet som en selvstændig del med egen indholdsfortegnelse.