

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

Til Sundhedsstyrelsen

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

Vedhæftet finder I vores kommentarer til høringsudkastet.

Vi står naturligvis til rådighed for uddybning af vores kommentarer.

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

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





Att.
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

København, den 3. februar 2020

Vedrørende 'Besvarelse af høringsmateriale om Svangreomsorgen'

Høringssvar fra Jordemoderforeningen

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

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

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

Overordnede betragtninger

Begrebet svangreomsorg, og svangreomsorgens kontekstuelle placering

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

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

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

Fra anbefaling til retningslinje

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

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

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

Den prækonceptionelle indsats

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

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

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

Risikovurdering og fosterdiagnostik

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

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

Den tidlige indsats i graviditeten

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

Betegnelsen 'fødested'

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

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

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

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

Det juridiske område

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

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

Risikodomineret sprogbrug

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

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

Om betegnelsen 'gravid', og far/partner

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

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

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

'Patienten i centrum'

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

En sundhedsmæssig vægtning med stærkt fokus på alene kvindens sundhed

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

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

Jordemoderens rolle ved den komplekse/komplicerede graviditet/fødsel

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

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

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

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

Om brugen af referencer

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

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

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

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

Specifikt vedrørende afsnittet 9.10. Overbårenhed

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

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

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

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

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

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

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

Valg af fødested

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

Tekstnær gennemgang

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bilag 1

Risikovurdering og fosterdiagnostik

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Landsforeningen Downs syndrom anbefaler, at vordende forældre tilbydes individuel, kvalificeret og nuanceret rådgivning om, hvad det indebærer at få et barn med Downs <https://down.dk/vores-holding/>

Inden man som gravid giver samtykke til risikovurdering, bør der derfor nøje informeres om, hvilke tilbud der findes, hvilke svar man kan forvente, og hvilke implikationer risikovurdering og fosterdiagnostik kan have for den enkelte og for familien. Dvs. en stor informationsmængde skal gives, hvis der skal være mulighed for at give et kvalificeret samtykke til undersøgelsen.

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

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

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

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

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

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

For at få mere fokus på alvoren af og muligheden for at gravide kan give et kvalificeret samtykke til risikovurdering og fosterdiagnostik, skal der skabes en tydeligere sammenhæng mellem Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorg og retningslinjerne for fosterdiagnostik og det skal være tydeligt, på hvilken måde informationen om risikovurdering og fosterdiagnostik varetages i praksis.

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

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

Bilag 2

Tekstnære eksempler på passager, hvor der forekommer et risikodomineret sprogbrug

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

Bilag 3

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

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