

Vi skal forskelsbehandle de udsatte gravide – men viden savnes

Den sociale ulighed i sundhed i Danmark er steget i de seneste årtier på trods af udmøntning af mange satspuljemidler til at mindske ulighed i sundhed og til at bryde den negative sociale arv.

Den sociale ulighed begynder allerede i fostertilværelsen. Man kender ikke alle årsager til overhyppigheden af ugunstige graviditetsudfald hos de socialt dårligst stillede, men en række kendte risikofaktorer findes overrepræsenteret: rusmidler, tobak, for højt alkoholindtag, dårlige kostvaner, fysisk inaktivitet og anden negativ sundhedsadfærd.

Andelen af gravide med psykiske lidelser er stigende, og i forhold til det mentale helbred er der begyndende evidens for, at depression, angst eller stress hos den kommende moder under graviditeten kan øge risikoen for emotionelle problemer, opmærksomhedsforstyrrelser og forsinket kognitiv udvikling hos barnet [1].

De ugunstige graviditetsudfald blandt de socialt dårligst stillede, herunder lavtuddannede, psykisk syge og udviklingshæmmede, kan formentlig delvis forklares ved, at den gravide med kort skolegang kan være mindre tilbøjelig til og mindre god til at udnytte svangreomsorgens tilbud.

I dette nummer af Ugeskrift for Læger gennemgår *Aabakke et al* [2] hvorledes de »socioøkonomiske faktorer har betydning for graviditet og fødsel«. Konklusionen er, at social ulighed, især i moderens uddannelse, er associeret med lav fødselsvægt, for tidlig fødsel og dødfødsel. Forfatterne efterspørger data om relationen mellem uddannelse og ugunstige graviditetsudfald til at belyse, om de aktuelle tilbud har en adækvat forebyggende effekt på graviditetskomplikationer blandt de socioøkonomisk dårligst stillede.

Tidlig forebyggende social indsats kan i mange tilfælde betale sig rent økonomisk. Analyser har vist, at investeringer i tidlig indsats for udsatte børn giver en betydelig økonomisk gevinst, og at den er størst, når man sætter ind i børnenes tidlige leveår, men falder markant med stigende alder [3]. Det skyldes bl.a., at der i børnenes tidlige leveår er en særlig mulighed for at udvikle en række kognitive færdigheder, som kan forudsige meget om deres fremtid og evner til at kunne begå sig i samfundet.

Tilrettelæggelsen af svangreomsorgen for gravide med psykosociale problemer og belastninger af forskellig karakter har således stor betydning for forebyggelse

af graviditets- og fødselskomplikationer, for barnets senere sundhed og for reduktion af ulighed i sundhed – også i et livsperspektiv.

For at mindske risikoen for obstetriske komplikationer er det vigtigt, at den gravide og hendes partner mødes af et fast social-obstetrisk interesseret, tværfagligt team på fødestedet, hvor der tilbydes udvidede graviditetskontroller med fokus på fysisk og psykisk trivsel, så man styrker familiens mestringsevne og sundhed i bred forstand og forebygger fysiske og mentale skader hos barnet. Et andet fokus er at understøtte tilknytningsprocessen mellem barnet og dets forældre allerede i graviditeten og den første tid efter fødslen. Tilknytningen til barnet og varetagelsen af omsorgen for barnet er en stor og alvorlig udfordring for mange sårbare og socialt udsatte gravide.

Sårbare og socialt udsatte gravides problemstilling er som oftest multifacetterede og kræver et tæt samarbejde mellem egen læge, sundhedspleje, psykiater eller andre lægefaglige specialister, socialforvaltningen i kommunerne, regionernes familieambulatorier (FA) og andre, f.eks. lokale frivillige eller mentorer.

Området med sårbare og udsatte gravide står lige nu over for to væsentlige udfordringer: De oprindelige satspuljemidler, der finansierede opstarten af FA i alle regioner, er opbrugt, og det har betydet, at flere regioner nu sparer opfølgningen af børn, som er født af kvinder med rusmiddelproblemer, væk.

Desværre er området også præget af manglende evidens. FA har – senest i samarbejde med udvalgte kommuner – forsøgt at løfte denne opgave gennem etablering af en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase for de mest sårbare gravide og deres børn. Desværre har Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram i de seneste år ikke ønsket at finansiere dette tiltag, og vi står derfor fortsat uden god evidens på dette væsentlige område.

Ulighed i sundhed blandt gravide har tilsyneladende ikke den store politiske bevågenhed i praksis.

LITTERATUR

1. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28:25-35.
2. Aabakke AJM, Mortensen LH, Krebs L. Socioøkonomiske faktorer har betydning for graviditet og fødsel. *Ugeskr Læger* 2019;181:V08180590.
3. Heckmann JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science* 2006;312:1900-2.

LEDER

Merete Hein &
Ulrik Schiøler Kesmodel

Ugeskr Læger
2019;181:V70474

KORRESPONDANCE:
Merete Hein, Familieambulatoriet og Team for Sårbare gravide, Kvinde-sygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital. E-mail: merhei@rm.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk