

Specialebeskrivelse for Gynækologi & Obstetrik

Februar 2006

Beskrivelse af specialet

Gynækologi omfatter forebyggelse, diagnostik og behandling af sygdomme og symptomer i de kvindelige kønsorganer, diagnostik og behandling af fertilitetsproblemer, svangerskabsforebyggelse, svangerskabsafbrydelse og kønshormonbehandling af kvinder. Endvidere omfatter specialet diagnostik og behandling af kvinder med sygdomme, som skyldes forandringer i bækkenbund og nedre urinveje samt behandling af kvinder, der har været udsat for seksualiseret vold. Både internationalt og i Danmark etableres der ekspertområder i gynækologien inden for urogynækologi, gynækologisk onkologi og fertilitetsbehandling ved siden af den almene gynækologi.

Obstetrik omfatter sundhedsfremme, forebyggelse, undersøgelser og behandling under svangerskab, fødsel og i barselperioden. Desuden varetager specialet hovedparten af den prænatale genetiske rådgivning. Også obstetrikken etableres både internationalt og i Danmark som et ekspertområde. Ved siden af obstetrikken ligger funktionen føtal medicin, som omhandler fosterundersøgelser ved ultralydskanning, biokemiske eller invasive metoder samt de nye muligheder for behandling af fostre i livmoderen.

Den nuværende organisation

Gynækologi og obstetrik varetages på otte afdelinger i Region Hovedstaden.

- Hillerød Sygehus varetager almen gynækologi, gynækologisk onkologi med behandling af ovariecancer, urogynækologi, fertilitetsbehandling i samarbejde med Rigshospitalet og en privat fertilitetsklinik, føtal medicin og obstetrik.
- Amtssygehuset i Gentofte varetager almen gynækologi, basal urogynækologi, føtal medicin, og obstetrik med lands/landsdelfunktion for gravide med alvorlig trombofili.
- Amtssygehuset i Herlev har landsdelsfunktion for gynækologisk onkologi (cervix- og vulvacancer for Københavns Amt, Frederiksborg Amt og Roskilde Amt, amtsfunktion for ovariecancer), invasiv mola/chorioncarinom. Herudover almen gynækologi, basal urogynækologi, fuldt udbygget fertilitetsklinik med samarbejde med praktiserende speciallæger, føtal medicin og obstetrik med lands/landsdelsfunktion for gravide transplanteret med nyre eller med alvorlige tarmsygdomme, for mandlig infertilitet, hvor der kræves særlig udredning, og for avanceret behandling af infertilitet med nye metoder.
- Amtssygehuset i Glostrup varetager almen gynækologi, amtsfunktion for inkontinenskirurgi, lands/landsdelsfunktion for kompliceret urogynækologi og for operativ behandling af endometriose, med almen gynækologi og føtal medicin og obstetrik med lands/landsdelsfunktion for gravide med alvorlige sygdomme.
- Frederiksberg Hospital varetager ambulant og dagkirurgisk funktion med almen gynækologiske funktioner og urogynækologi uden stationære gynækologiske sengepladser, føtal medicin i samarbejde med Rigshospitalet og obstetrik.
- Rigshospitalet. Gynækologisk Klinik har lands/landsdelsfunktion inden for behandling af kompliceret urogynækologi, vulvacancer, cervixcancer og ovariecancer (H:S, Bornholms Regionskommune og Vestsjællands Amt). Obstetrisk Klinik har lands/landsdelsfunktion inden for behandling af gravide med følgende tilstande eller sygdomme: transplanteret med

hjerte, lever, lunge eller nyre, rhesus- eller anden blodtypeimmunisering, alloimmun eller autoimmun trombocytimmunisering, alvorlige sygdomme hos foster, som nødvendiggør børnekirurgisk ekspertise, truende ekstrem for tidlig fødsel, monoamniotiske flerfoldsgraviditeter, insulinkrævende diabetes mellitus, alvorlige sygdomme hos moderen og para- og tetraplegi. Ultralydklinikken varetager føtal medicinen og har lands/landsdelsfunktion for fosterreduktion. Fertilitetsklinikken har lands/landsdelsfunktion for mandlig infertilitet, hvor der kræves særlig udredning, og for avanceret behandling af infertilitet med nye metoder.

- Hvidovre Hospital varetager almen gynækologi, urogynækologi, herunder behandling af anal inkontinens i samarbejde med Kirurgisk Gastroenterologisk afdeling, som har lands/landsdelsfunktion på dette område, fuldt udbygget fertilitetsklinik, føtal medicin og obstetrik med fødeklinik og familieambulatorium for gravide misbrugere og HIV positive.
- Bornholms Sygehus Rønne. En del af Kirurgisk afdeling, som varetager almen gynækologi og obstetrik for borgerne i Bornholms Regionskommune. Der er indgået en aftale mellem Bornholms Regionskommune og H:S om, at samarbejde på basisniveau tilrettelægges med Hvidovre Hospital og på land/landsdelsniveau med Rigshospitalet.

Bilaget indeholder talmateriale, som beskriver aktiviteten inden for gynækologien i form af forløb inden for hver DRG i MDC 13 (Tabel 1) og inden for obstetrikken i form af forløb inden for hver DRG i MDC 14 (Tabel 2) fordelt på de enkelte afdelinger.

Specialet gynækologi og obstetrik har i Region Hovedstaden gode erfaringer med samarbejde på tværs af hospitalerne. I Frederiksborg Amt er alle funktioner nu samlet i Hillerød, i Københavns Amt har specialerne arbejdet tæt sammen i et specialeråd, og i H:S har det gynækologisk-obstetriske sundhedsfaglige råd siden oprettelsen medieret et tæt samarbejde mellem de tre afdelinger, som også har udmøntet sig i etablering af adskillige fælles faglige retningslinier med det formål at sikre, at behandlingen af patienter er ligeværdig uanset på hvilket hospital, behandlingen foregår. Endvidere har der været et nært samarbejde mellem afdelingen i Rønne og afdelingerne i H:S. Alle afdelinger i regionen har været involveret i arbejdet med udarbejdelse af det sundhedsfaglige indhold i den elektroniske patientjournal. Der blev udarbejdet i alt 20 forløbsbeskrivelser, 10 gynækologiske og 10 obstetriske. Erfaringerne fra dette samarbejde var så positive, at kernearbejdsgruppen herfra nu har fået til opgave at forsøge at udarbejde et antal fælles kliniske retningslinier med henblik på at ensrette de diagnostiske og behandlingsmæssige procedurer i specialet i Region Hovedstaden.

Alle afdelinger samarbejder med de lokale praktiserende speciallæger. Opgavefordelingen mellem sygehusvæsenet og speciallægepraksis er tilrettelagt noget forskelligt i regionen, og der må forventes fortsatte justeringer af opgavefordelingen mellem sektorerne.

Almen gynækologi

Almen gynækologi omfatter benigne gynækologiske tilstande som blødningsforstyrrelser, cyster i æggestokkene, muskelknuder i livmoderen, komplikationer under den tidlige graviditet, betændelsestilstande, celleforandringer i livmoderen og livmoderhalsen, diagnostik og behandling af endometriose, gynækologisk endokrinologi, svangerskabsforebyggelse, provokerede aborter, sterilisationer og kroniske underlivssmerter. De gynækologiske specialtområder urogynækologi, gynækologisk onkologi og fertilitetsbehandling beskrives selvstændigt.

Den almene gynækologi varetages på alle 8 gynækologiske afdelinger i regionen, og området udgør en meget stor del af afdelingernes gynækologiske aktivitet. Almen gynækologi varetages ambulant, dels i planlagte ambulatorier og dels i akutte, døgnåbne modtageafsnit, hvor området udgør en væsentlig del af vagtarbejdet i gynækologien. Almen gynækologi udgør hovedparten af den operative aktivitet både for sammedagskirurgien og for kirurgien under stationære indlæggelser.

Forebyggelse inden for almen gynækologi varetages overvejende i den primære sundhedstjeneste og kun i mindre omfang i sygehussektoren. Forskning og udvikling i forebyggelse er derimod i større omfang henlagt til sygehussektoren.

Almene gynækologiske patienter henvises af alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger eller vagtlæger, ligesom patienterne kan møde selv via skadestuerne. Der er dermed betydelig variation i behovet for yderligere udredning. Patienterne udredes med gynækologisk undersøgelse inklusive ultralydskanning, som i dag er en integreret del af den gynækologiske undersøgelse. Eventuelt udføres endvidere vandskanninger og kikkertundersøgelser, vævsprøver, blodprøver og podninger. Samarbejdet med billeddiagnostiske afdelinger kan omfatte abdominale ultralydskanninger, røntgenundersøgelser, CT skanninger, MR skanninger og PET skanninger og andre klinisk fysiologiske undersøgelser. Der samarbejdes med tilgrænsende specialer og patologi-afdelinger og afdelinger for kliniske mikrobiologi.

Behandlingen foregår både akut og elektivt, ambulant og stationært og omfatter et meget bredt spektrum af medicinske og kirurgiske procedurer, såvel ved kikkertkirurgi som ved åbne operationer. De medicinske behandlinger omfatter hormon- og antihormonbehandlinger, behandling med antibiotika, medicinske aborter og cytostatisk behandling af graviditeter uden for livmoderen. De kirurgiske behandlinger omfatter kirurgiske aborter, mindre operationer, kikkertoperationer i livmoderen og i bughulen, samt åbne operationer gennem bugvæggen. Operationerne foretages på livmoder (herunder livmoderhulen), æggestokke, æggeledere og ydre kvindelige kønsorganer.

Der foregår inden for gynækologien et intensivt udviklingsarbejde vedrørende de operative forløb. Operations- og anæstesimetoderne forbedres, således at operationstraumet formindskes. Dette muliggør forbedret planlægning, optimering og afkortning af indlæggelsesforløbene. Der er sket en omlægning af forløb fra stationære afdelinger til sammedagskirurgi. Parallelt med denne udvikling er der sket en videreudvikling af den subspecialiserede kirurgi.

Alle afdelinger behandler endometriose medicinsk eller operativt, hvor der tale om endometriosecyster og peritoneal endometriose. Mere avancerede former for endometriose, hvor der er indikation for kirurgisk intervention for endometriose i tarm, blære eller septum rectovaginale bliver behandlet på Amtssygehuset i Glostrup, som har lands/landsdelsfunktion.

På flere afdelinger foregår behandlingen i et tæt samarbejde med Røntgenafdelingen, Kirurgisk Gastroenterologisk afdeling, Urologisk afdeling og fertilitetsklinik. Endometriosebehandling er velegnet til udførelse i tværfaglige teams. Der er ved at blive udviklet en landsdækkende klinisk database. På flere afdelinger foregår forskning med endometriose og infertilitet, diagnostik og behandling med nyere metoder så som aromataseinhibitorer samt GnRH-antagonister.

Et andet specielt område inden for gynækologien er gynækologisk endokrinologi.

Gynækologisk endokrinologi omfatter hormonelle forstyrrelser som følge af sygdom eller dysfunktion i ovarierne, hypofyse-gonade akse, kromosom anomalier og medfødte anomalier. Forstyrrelser i dannelsen, frigørelsen og balancen af kønshormoner kan ses i alle aldre ligesom kønsudviklingen kan komme for tidligt eller for sent. Disse tilstande er relativt sjældne, men det er vigtigt, at de opdages i tide, fordi en manglende behandling kan medføre blivende skader på udviklingen og den senere fertilitet. Hos kvinder i den fertile alder vil de gynækologisk endokrine lidelser typisk manifestere sig ved blødningsuregelmæssigheder uden påviselig organisk årsag eller ufrivillig barnløshed. Den hyppigste endokrinologiske dysfunktion er polycystisk ovariesyndrom (PCOS), der ses hos cirka 5 % af alle kvinder. Ætiologien er multifaktoriel. Foruden blødningsforstyrrelser og infertilitet karakteriseres tilstanden af kosmetiske gener, især øget hårvækst. Biokemisk ses hyperandrogenæmi, ofte insulinresistens, og ved ultralydskanning polycystiske ovarier. Cirka 60 % af PCOS patienterne er overvægtige med tendens til abdominal fedme og øget risiko for endometriecancer. PCOS har mange lighedspunkter med det metaboliske syndrom, hvilket har medført, at det kliniske fokus nu i tiltagende grad er rettet mod følgesygdomme som hypertension, aterosklerotisk hjerte-kar lidelse, og type 2 diabetes. På grund af den stigende levealder vil kvinder efter afslutningen af den fertile periode fremover kunne forudses at skulle leve en tredjedel af deres liv uden hormonproduktion i ovarierne. Den aftagende østrogenproduktion viser sig ved vasomotorisk instabilitet, degenerative symptomer som urogenital atrofi samt en øget risiko for osteoporose. Det er væsentligt at forstå de dermed forbundne patofysiologiske processer og kønshormoners almene påvirkning af kropsfunktionen for at kunne rådgive om fordele og ulemper ved hormon terapi. Gynækologisk endokrinologisk udredning og behandling foregår overvejende i ambulante regi. En væsentlig del af området dækkes af praktiserende speciallæger eller i samarbejde med disse. Der er klare behandlingsmæssige relationer til kontraception og infertilitet. En del hormonelle dysfunktioner ligger som anført på grænsefladen mellem den medicinske og gynækologiske endokrinologi. En opgørelse over den aktuelle diagnostiske og behandlingsmæssige aktivitet på specialafdelingerne er ikke mulig ud fra DRG eller DAGS data på grund af områdets kompleksitet. Man kan få et delvis indtryk ud fra Sundhedsstyrelsens opgørelse over sygehusaktivitet, men et mere detaljeret træk på SKS *aktionsdiagnoser og bidiagnoser* ledsaget af en tilknyttet *procedureregistrering* vil være mere dækkende. Til vurdering af fremtidig ressourceforbrug ved diagnostik og behandling er en mere præcis afgrænsning af subspecialt ønskelig (se bilag). Området indeholder et stort molekylærbiologisk/genetisk forsknings- og udviklingspotentiale.

Center for Voldtægtsofre, Rigshospitalet, er det eneste akutte modtagecenter i Østdanmark. Alle personer over 12 år, som har været udsat for voldtægt eller voldtægtsforsøg gives omsorg, undersøges medicinsk og retsmedicinsk og behandles akut på centret. Centret modtog i 2004 289 henvendelser og i 2005 cirka 300 henvendelser. Personer på 15 år og derover tilbydes opfølgende lægelig, psykologisk og social støtte og behandling i Center for Voldtægtsofre, mens Rigshospitalets "Team for seksuelt misbrugte børn" varetager opfølgning af børn fra 12 til 14 år.

Personer bosiddende i Frederiksborg Amt undersøges akut på Center for Voldtægtsofre, men tilbydes opfølgning i Klinik for Voldtægtsofre, i gynækologisk afdeling, Hillerød Sygehus. Klinikken modtager foruden akutte henvendelser også personer fra Frederiksborg amt, der inden for de sidste 6 måneder har været udsat for voldtægt eller voldtægtsforsøg..

Center for Voldtægtsofre, Rigshospitalet, varetager information og oplysning om aspekter af seksuelle overgreb til offentligheden, fagfolk, politikere og presse. Centret varetager desuden undervisning af professionelle, blandt andet politiet. Centret er engageret i et internationalt

samarbejde med lande, som ønsker at opbygge modtagecentre for voldtægtsofre. Endelig bliver der på centret forsket i såvel medicinske, psykologiske, sociale, retslige og køns- og etnicitetsrelaterede aspekter af voldtægt.

Der findes åbne antikceptionsklinikker på Frederiksberg Hospital, Amtssygehuset i Herlev (Hillerød?), mens denne opgave i Københavns Kommune varetages af Foreningen Sex og Samfund.

Abortsamrådsfunktionen varetages særskilt i Frederiksborg Amtskommune, Københavns Amtskommune, Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og Bornholms Regionskommune.

Urogynækologi

Urogynækologi omfatter sygdomme vedrørende funktion af bækkenbund, skede, blære, urinrør og endetarm. Det drejer sig om følgende diagnosegrupper:

Urin inkontinens, herunder stress og urge inkontinens, neurogene blæredysfunktioner, fistler fra urinveje til skeden og divertikler på urinrøret.

Afføringsinkontinens, først og fremmest relateret til fødselsskader på den anale lukkemuskulatur.

Prolaps, nedsynkning/fremfald af skedevæg og livmoder.

Smertes og irriterende tilstande i skede, blære og endetarm.

Urogynækologiske sygdomme er hyppige, idet urininkontinens optræder hos ca. 20 % af danske kvinder mellem 40 og 60 år. I Danmark foretages omkring 1.500 kirurgiske indgreb for urininkontinens og omkring 6.000 for prolaps om året. Antallet af urogynækologiske patienter er stigende blandt andet på grund af ændringen i befolkningssammensætningen med flere ældre kvinder, og behovet for diagnostik og behandling vil fortsætte med at stige i de kommende år.

Det urogynækologiske område er velegnet til organisation i tværfaglige teams, hvor kontinenssygeplejersker/uroterapeuter og fysioterapeuter kan have selvstændige diagnostiske og behandlingsmæssige funktioner.

For de mere specialiserede patientgrupper vedkommende er det optimalt, at udredning og behandling foregår i et multidisciplinært samarbejde mellem gynækologer, urologer, gastroenterologer (rectal kirurger), billeddiagnostikere, neurofysiologer, fysioterapeuter og kontinenssygeplejersker. Ved de komplicerede operationer bør der være adgang til akut urologisk assistance og akut billeddiagnostisk service.

Onkologi

Diagnostik og behandling af de gynækologiske kræftsygdomme er organiseret forskelligt afhængigt af sygdommens lokalisation.

Udredning og behandling af kræft i livmoderen foretages på alle afdelinger med stationære gynækologiske senge, mens udredning og behandling af cancer vulvae, cancer cervicis uteri over stadium Ia samt recidivtilfælde er centraliseret til H:S Rigshospitalet og Amtssygehuset i Herlev, som begge har lands/landsdelsfunktion herfor. Centraliseringen muliggør, at stadietinddeling og behandlingstilrettelæggelse kan foretages i et velfungerende, tværfagligt samarbejde mellem gynækologer, onkologer, billeddiagnostikere og patologer. Den operative behandling af cancer ovarii er centraliseret til et sygehus i hvert af de gamle amter H:S Rigshospitalet, Amtssygehuset i

Herlev og Hillerød Sygehus. Samlet behandles i Region Hovedstaden årligt 150 patienter med nyopdaget ovariecancer og 63 patienter opereres for nyopdaget cervix cancer.

Diagnostik og behandling af gynækologiske kræftsygdomme i Danmark er koordineret af et tværfagligt videnskabeligt selskab, Dansk Gynækologisk Cancer (DGC), bestående af gynækologer, onkologer og patologer. Selskabet har udarbejdet nationale retningslinier for visitation, diagnostik og behandling af alle gynækologiske kræftsygdomme. Retningslinierne findes på DGCs hjemmeside: www.dgc-dk.dk. Der arbejdes efter fast planlagte patientforløb med optimerede operationsforløb, efterkontrol i henhold til vejledningerne samt fast kontaktlæge og sundhedsperson. Patienterne behandles i henhold til ventetidsgarantien med første undersøgelse inden for 14 dage og operation inden for 14 dage efter første konsultation, om end overholdelsen af sidstnævnte kan medføre, at ikke onkologisk patienters operationstid ombookes.

Alle cancerpatienter følges ambulant i 5 år, de sidste 4 år på lokalsygehus. Specielt patienter med ovarie cancer er meget ressourcekrævende, da kun ca. 1/3 af patienterne helbredes, men sygdommen kan holdes under kontrol i flere år med kemoterapi og palliativ kirurgi og 1/3 af patienterne opereres mere end en gang. Terminalforløbet kan kræve gentagne indlæggelser.

Kræftens Bekæmpelse yder en stor indsats for gynækologiske kræftpatienter og deres familier med informationsmateriale, patientundervisning, psykologisk støtte og patient hotline. Programmet fra patientforeningen KIU (Kvinder med Kræft i Underlivet) findes på alle gynækologiske afdelinger.

Under Dansk Gynækologisk Cancer (DGC) er der i 2003 oprettet en landsdækkende database DGCD til registrering af alle gynækologisk cancertilfælde. Registreringen anvendes til kvalitetssikring og forskningsprojekter. Ligeledes er en biobank under oprettelse. Både fra Amtssygehuset i Herlev, H:S Rigshospitalet og Hillerød Sygehus deltager gynækologisk onkologisk specialiserede læger i de nationale arbejdsgrupper under DGC. Der foregår en omfattende klinisk forskning både lokalt samt i nationalt og internationalt regi. Fokusområderne er: Udvikling af HPV vaccine, undersøgelser af screeningsmarkører for ovariecancer, indførelse af sentinel node procedure i behandling af vulvacancer, ændret strategi ved præoperativ udredning og stadietinddeling af cervixcancer ved anvendelse af PET-CT og laparoskopisk stadietinddeling, fertilitetsbevarende operation ved cervixcancer, lymfadenektomi og sentinel node procedure i behandling af corpuscancer samt neoadjuvant kemoterapi ved cancer ovarii.

På begge landsdelscentre og på Hillerød varetages behandling og pleje i tværfaglige teams af læger og sygeplejersker med særlige kompetencer og i tæt samarbejde med gastrokirurger og urologer med særlig ekspertise indenfor bækkenkirurgi, onkologer og patologer, samt socialrådgiver og fysioterapeut. At varetage gynækologisk onkologi fordrer stor kirurgisk ekspertise og rutine samt gode empatiske og kommunikative evner, og for fremtidens læger kræves ekspertuddannelse i gynækologisk onkologi. Sygeplejerskerne har for en dels vedkommende gennemgået en 2-årig efteruddannelse i onkologi. Til funktionen er også knyttet sygeplejekoordinatorer og udviklingssygeplejersker.

Fertilitetsbehandling

Der findes i regionen tre fertilitetsklinikker med IVF-laboratorium på Rigshospitalet, Amtssygehuset i Herlev samt på Hvidovre Hospital. Derudover findes en fertilitetsklinik på Hillerød Sygehus, som håndterer den kliniske del af behandlingen, mens ægudtagning og ægoplægning foregår enten på Rigshospitalet eller på den private fertilitetsklinik Trianglen. På

Frederiksberg Hospital findes en fertilitetsklinik, der foretager behandling med intrauterin insemination.

De offentlige fertilitetsklinikker er tilknyttet de Gynækologisk Obstetriske afdelinger, og de på klinikkerne ansatte læger deltager i et vist omfang i afvikling af tilkalde- og tilstedeværelsesvagter på de gynækologisk-obstetriske afdelinger. De tre klinikker har åbent alle ugens syv dage indenfor normal dagarbejdstid og har åbent i kortere ferier. Vagtberedskabet varetages af de almindelige afdelinger. Fertilitetsbehandling er ikke omfattet af ventetidsgarantien, men den aktuelle ventetid før behandling er af størrelsesordenen fra en til tre måneder fra henvisning.

Danmark er det land i verden, hvor der foretages flest fertilitetsbehandlinger per indbygger, fordi behandlingskapaciteten på de offentlige klinikker svarer til behovet efter de gældende regler. Det forventes, at behovet vil stige en smule i forbindelse med, at der som udgangspunkt fremover kun vil blive oplagt et enkelt embryo.

Klinikken på Rigshospitalet omfatter dels selve Fertilitetsklinikken og dels Reproduktionsbiologisk Laboratorium, der er et forskningslaboratorium. Derudover er der et tæt samarbejde med Afdeling for Vækst og Reproduktion, som foretager undersøgelse og udredning ved mandlig infertilitet, samt klinik for Klinisk Genetik herunder Kromosom Laboratoriet. Denne klinik bidrager ved undersøgelse af par med særlige forhold og ved Præimplantations Genetisk Diagnostik (ægsortering). Derudover samarbejdes med Infektionsmedicinsk afdeling herunder AIDS Laboratoriet som led i behandling af HIV positive og fra januar 2006 også par med hepatitis B og C. Abortus habituais funktionen er en landsfunktion for par med denne særlige tilstand.

Klinikken på Amtssygehuset i Herlev består af en fertilitetsklinik, der varetager rutinemæssige fertilitetsbehandlinger og et reproduktionsbiologisk laboratorium. Laboratoriet foretager forskning indenfor almindelig fertilitetsbehandling, specielt PCO-behandling samt in vitro maturation af humane oocytter. Forskningslaboratoriet varetager i en tværfaglig funktion sammen med Blodbanken og Onkologisk og Hæmatologisk afdeling stamcelleforskning. Fertilitetsklinikken foretager selv undersøgelse og udredning af svær, mandlig infertilitet inklusiv testisskanninger og biopsier og rådgivning. Fertilitetsklinikken varetager ligeledes en endokrinologisk udredning og behandling på landsdelsfunktion af hypogonade patienter både fra Onkologisk afdeling og fra amtet som helhed.

Klinikken på Hvidovre Hospital varetager fertilitetsbehandling af en socialt og etnisk bredt sammensat patientpopulation. Lægerne fra klinikken varetager operation af fertilitetspatienter. Kvinder med PCO udredes, rådgives og behandles i samarbejde med gynækologer og endokrinologer. Laboratoriet forsker i forbedring af dyrkningsmetoder i samarbejde med Klinisk Kemisk Afdeling.

Klinikken på Hillerød Sygehus varetager alle rutinemæssige fertilitetsbehandlinger inklusive fertilitetsoperationer og behandling af PCOS. Patienter til IVF og ICSI får udtaget og oplagt æg på enten Rigshospitalets Fertilitetsklinik eller på den private klinik "Trianglen".

Klinikken på Frederiksberg Hospital varetager udredning herunder laparoskopisk vurdering og spermaundersøgelser. Der ydes i et vist omfang endoskopiske operationer for klinikken på Rigshospitalet. Fertilitetsbehandling op til IVF niveau. Ligeledes udredning og behandling af PCOs.

Efter såvel national som international målestok er de 3 klinikker med IVF funktion store, alle med mere end 1000 behandlinger per år, og internationale erfaringer viser, at der næppe opnås en rationalisering ved sammenlægning til endnu større enheder. En række forhold medfører, at behovet for fertilitetsfremmende behandling vil øges i de kommende år. Alderen ved graviditetsønske stiger fortsat, der bliver flere overvægtige, antallet af mænd med forringet sædkvalitet synes at stige, der er blandt unge øget incidens af chlamydia, og der bliver flere med særlige behov, for eksempel overlevende cancer patienter.

Obstetrik og Føtal medicin

Obstetrik (fødselshjælp) omfatter sundhedsfremme, forebyggelse, undersøgelser og behandling under svangerskab, fødsel og i barselsperioden.. Graviditet, fødsel og barsel ses som et kontinuum, og involverer både mor og barn. Forebyggelse, udredning, behandling og efterkontrol kan for den enkelte gravide og fødende karakteriseres ved, om hun på forhånd har en kendt sygdom eller risikofaktorer, om hun siden har en normal eller kompliceret graviditet, fødsel og barselsperiode, samt om hun føder vaginalt eller ved kejsersnit. Det er derfor praktisk at beskrive alle forhold vedrørende. graviditet, hhv. fødsel og barselsperiode samlet.

Føtal medicin omfatter fosterundersøgelser ved ultralydskanning, biokemiske eller invasive metoder samt de nye muligheder for behandling af fostre i livmoderen. Desuden varetages en stor del af den prænatale genetiske rådgivning og de prænatale diagnostiske prøveudtagninger i et nært samarbejde med de genetiske centre

Demografi

I Regionen Hovedstaden var der i 2004 20.740 fødsler svarende til en tredjedel af landets fødsler på 8 fødesteder. Bornholm (321), Frederiksberg (1.923), Gentofte (2.171), Glostrup (1.960), Herlev (2.265), Hillerød (3.457), Hvidovre (5.415), Rigshospitalet (3.228).

Fødeafdelingen i Bornholms Regionskommune er en del af Kirurgisk afdeling, som i aften- og nattevagten er bemannet med reservelæger i tilstedeværelsesvagt og speciallæger i gynækologi og obstetrik i tilkaldevagt med afkortet tilkaldsvarsel, de øvrige 7 fødesteder er alle specialafdelinger med en eller flere speciallæger i obstetrik og gynækologi i tilstedeværelsesvagt.

På Hillerød Sygehus, Amtssygehuset i Glostrup, Rigshospitalet og Hvidovre Hospital er der børneafdelinger med neonatal funktion, på Amtssygehuset i Gentofte er der en børneafdeling uden neonatal funktion, mens der på Amtssygehuset i Herlev og på Frederiksberg Hospital er døgnfungerende vagtordninger med mulighed for tilkald af børnelæger. På Rigshospitalet findes landets mest specialiserede neonatalafdeling, en afdeling for børnekirurgi og specialiserede børnepatologer. Herlev er godkendt som ”spædbarnsvenligt sygehus” (WHO kriterier).

Der findes føtal medicinske enheder på Hillerød Sygehus, Amtssygehusene i Gentofte, Herlev og Glostrup, på Rigshospitalet og på Hvidovre Hospital. Rigshospitalet varetager føtal medicin på Frederiksberg Hospital ved at en af Rigshospitalets sonografer hver dag har dagfunktion på Frederiksberg Hospital. De obstetriske speciallæger på Bornholm varetager den føtal medicinske funktion på øen.

Graviditet

Forebyggelse

Alle gravide vurderes primært hos egen læge med henblik på bekræftelse af graviditet og risikovurdering. På baggrund af svangrejournal og tidligere fødselsforløb, visiterer fødestedet til videre forløb, lægebesøg og/eller jordemoderkontroller.

I henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra 2004 skal alle gravide tilbydes første trimester føtal medicinsk risikovurdering for Downs syndrom med doubletest samt nakkefoldsskanning og herudover en skanning i uge 18-20 med henblik på at detektere misdannelser. Der skal således i Region Hovedstaden udføres 40.000 rutinemæssige ultralydskanninger per år.

Efter første trimester risikovurderingen vil 4-5% af de gravide have en risiko for Downs syndrom på mere end 1:300, og de bør derfor have tilbud om en moderkageprøve eller fostervandsprøve. Hertil kommer, at 300-400 gravide af andre årsager bør have tilbud om fostervandsprøve eller nakkefoldsskanning. Samlet skal der således udføres 1.300-1.400 invasive undersøgelser per år.

På grund af den øgede risiko for hjertemisdannelse ved fortykket nakkefold, vil 5% af de gravide skulle henvises til hjerteskaning i uge 14 samt uge 21. Denne undersøgelse tilbydes i forvejen ca. 5% af de gravide på anden indikation. Det drejer sig således om ca. 2.000 gravide, der skal tilbydes fosterhjerteskaning to gange i graviditeten, i hele regionen. Undersøgelser på indikation foretages på de fleste hospitaler, Rigshospitalet, Hvidovre, Glostrup, Herlev, Hillerød, og Gentofte, mens intrauterine behandlinger og avanceret diagnostik foretages på Rigshospitalet.

Den normale gravide følges fra 12-13 uge, med 4-8 konsultationer hos jordemoder. Kvinden følges individuelt eller i gruppekonsultation. Hvis der planlægges hjemmefødsel, foregår den ene kontrol i hjemmet. Undersøgelserne foregår enten på sygehuset, eller i lokalmiljøet. Tilbuddet vedrørende fødselsforberedelse eller forberedelse til graviditet, fødsel og barselsperiode, varierer meget mellem fødestederne. På nogle fødesteder findes et tilbud med undervisning og foredrag, andre steder henvises helt eller delvist til oplysningsforbundenes tilbud. Gravide rygere og deres partnere tilbydes rygeafvænning.

Ekstra jordemoder og speciallægekontroller tilbydes til sårbare gravide med psykiske lidelser, sociale eller misbrugsproblemer, ved fødselsangst eller tidligere komplicerede forløb, samt til gravide med specielle obstetriske eller sociale behov, gravide med tvillinger, HIV positive, fremmedsprogede eller unge gravide. For disse grupper foregår undersøgelserne i tværfaglige teams bestående af eksempelvis obstetriker, jordemoder, barselssygeplejerske, sundhedsplejerske, socialrådgiver, psykiater, psykolog, andre speciallæger.

En målrettet tidlig indsats over for kvinder og familier med misbrugsproblemer er i Københavns Amt samlet på Amtssygehuset i Glostrup og i Frederiksborg Amt på Hillerød Sygehus. I H:S er der for at koordinere det tværfaglige samarbejde mellem blandt andet børneafdeling, specialafdeling og den primære sektor etableret et særligt familieambulatorium placeret på Hvidovre Hospital med funktion også på Rigshospitalet, og deres børn følges op til skolealderen.

Indholdet af jordemoder og lægekonsultationer er detaljeret beskrevet i Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg, som i øjeblikket er under revision. Familieambulatoriets tværfaglige model er detaljeret beskrevet i Sundhedsstyrelsens Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer.

Behandling

Behandling af gravide kan foregå både ambulat eller ved indlæggelse. De fleste tilstande kontrolleres og behandles i ambulant regi. Dette gælder for eksempel diabetes og let svangerskabsforgiftning. Der er tæt samarbejde med specialerne neonatalmedicin, børnekirurgi, genetik og føtal patologi.

På grund af klinisk mistanke om intrauterin væksthæmning og andre komplikationer i graviditeten vil cirka 5-10% af fostrene blive fulgt med tilvækstskanning og flowundersøgelser. I føtal medicinen foretages et mindre antal behandlinger, hvis formål kan være at give transfusion til fostret ved anæmi, at dele placenta ved tvillingetransfusionssyndrom, at indlægge dræn ved væskeansamling for eksempel i lungehulen, samt foretage fosterreduktion ved flerfoldsgraviditeter. Indlæggelse kan ske som led i udredning og ved forebyggende behandling af medicinske lidelser for eksempel forhøjet blodtryk, svær svangerskabsforgiftning, medicinske tarm- eller nyre lidelser, epilepsi, samt ved obstetriske lidelser, for eksempel truende for tidlig fødsel eller svært hæmmet fostervækst. Medicinsk behandling kan gives ved for eksempel infektioner, herunder HIV, eller leverpåvirkning. Gravide med misbrugsproblemer behandles ofte under aflastende indlæggelse.

Overbårne graviditeter eller truende sygdomme for mor eller barn behandles med forløsning, om muligt ved igangsættelse af fødslen, ellers ved kejsersnit. Disse situationer vil kræve nærmere undersøgelser af moder og barn og foregår enten helt eller delvis under indlæggelse.

Fødsel

Behandlingsregi

Fødsel tilbydes på fødeafdeling, på fødeklinik eller i eget hjem. En procent af de fødende i Region Hovedstaden vælger at føde hjemme. Hjemmefødslerne i H:S betjenes fra Hvidovre Hospital, i Københavns Amt fra hvert enkelt fødested og i Frederiksborg Amt fra Hillerød Sygehus. Fødslen kan foregå ambulant, men der er forskellige definitioner af ambulante fødsler med ophold på fødestedet varierende mellem 2 timer og en nat.

Fødslen

Under graviditeten afklares eventuelle problemer og man planlægger det mest sikre fødselsforløb, og fødselsmåde aftales (kejsersnit eller normal fødsel). Hos langt de fleste gravide planlægges en normal, vaginal fødsel, men hver tiende gravide i Region Hovedstaden føder ved planlagt kejsersnit. De fleste planlagte kejsersnit er begrundet af medicinske forhold, men op mod hver fjerde planlagte kejsersnit udføres efterhånden efter ønske fra moderen.

Jordemoderen forestår den spontant forløbende fødsel men konfererer med obstetriker ved afvigelser fra det normale, eller ved tvivlstilfælde. Man tilstræber at der under hele den aktive del af fødselsforløbet er en jordemoder til stede på fødestuen. Under fødslen forebygges og forudses mulige komplikationer eller forværring af disse ved overvågning af moder og barn.

Behandling

Smertelindring tilbydes efter forud indgået aftale eller efter behov. Barnets hjerteaktivitet kan overvåges med træstetoskop eller CTG. Ved påvirket hjerteaktivitet kan overvågningen intensiveres med fosterskalpblodprøve eller STAN, foster EKG. Ved komplicerede fødsler vurderer obstetrikeren bistået af jordemoder hvilke indgreb, der eventuelt kan hjælpe til et videre optimalt forløb. Anæstesi læge tilkaldes ved anlæggelse af epiduralblokade, samt ved behov. Børnelæge tilkaldes ved risiko for behandlingskrævende barn. Planlagte kejsersnit foretages i dagtiden. Akut kejsersnit på grund af komplikationer under fødslen kan i visse situationer kræve forløsning indenfor minutter.

Barsel

Behandlingsregi

Barselopholdet og længden af barselperioden på sygehuset tilpasses den enkeltes behov. Faderen tilbydes medindlæggelse efter ønske og lokale muligheder. Ved ambulante og hjemmefødsel tilbydes 1–2 besøg i hjemmet efter fødslen. Besøgene finder sted 2–7 døgn efter fødslen.

Forebyggelse

Formålet med opholdet på barselafdelingen er at støtte og hjælpe familien til en så optimal start på ammeforløb og familiedannelsen som muligt samt at observere og forebygge komplikationer hos mor og/eller barn. Hos kvinden tilses blødning fra livmoderen, eventuelle bristninger i fødselsvejen. Der observeres for potentielle infektionssygdomme, unormale svingninger i sindstilstanden og problemer i forbindelse med ammeetableringen. Hos barnet observeres for eventuelle følger efter fødslen, gulsot, potentielle infektionssygdomme, at de fysiologiske funktioner er normale og at barnet viser tegn på god trivsel. Der tilbydes screening for neonatal hørenedsættelse og specificerede sygdomme (fenyktonuri, toxoplasmose og hypothyreose) på hælblodprøve.

Etablering af amning har stor betydning, for både barnets og moders sundhed, og for mor-barn kontakten. Skulle der være tvivl om forældreevnen, foretages yderligere observationer af mor / barn kontakten til brug for det videre forløb. Der tilbydes efterfødselssamtale med henblik på at bearbejde fødselsoplevelsen, og der informeres om tilbud i primærsektoren eks. undersøgelser hos egen læge og kontakt til sundhedsplejerske. Der tilbydes en døgnfunktion med telefonrådgivning efter udskrivelsen, afhængig af lokale muligheder. Kvinden tilbydes barselgymnastik med henblik på genoptræning af bækkenbunden.

Behandling og rehabilitering

Barselkvinder med medicinske sygdomme eller komplikationer som svangerskabsforgiftning, graviditetssukkersyge, forhøjet blodtryk og kejsersnit behandles efter afdelingernes procedurer. Ved komplikationer tilbydes efterfødselskontroller på fødestedet.

Problemer i opgaveløsningen og medicinsk faglig udvikling

Brugerne stiller større krav til fødeafdelingerne end tidligere. De ønsker mere og bedre information også efter fødslen, medindflydelse på tilrettelæggelsen af graviditets- og fødselsforløbet, herunder muligheden for at vælge kejsersnit, bedre adgang til smertelindring, adgang til neonatal service, og faderen medindlagt i barselperioden.

I Sundhedsstyrelsens Retningslinier for svangreomsorg anbefales fødsels- og forældreforberedelse, tilstedeværelse af en jordemoder under hele den aktive del af fødslen og barselbesøg. Disse anbefalinger kan ikke i øjeblikket opfyldes konsekvent, hvilket medfører en øget risiko for komplikationer.

Indlæggelse efter en ukompliceret fødsel er nu blot 1 til 2 dage, til gengæld er faderen medindlagt. Disse ændringer ændrer behovet for information til familien, og de korte forløb øger behovet for informationsudveksling med primærsektoren og medfører behov for tidligere besøg af sundhedsplejerske.

Der er en stigning i andelen af for tidligt fødte børn, årsagen til dette er ukendt. I de senere år er der sket markante ændringer i den gravide population. De gravide er i dag ældre, oftere overvægtige og

har hyppigere medicinske sygdomme, herunder specielt sukkersyge. Andelen af sårbare gravide, psykisk syge, gravide med misbrugsproblemer, socialt belastede, kvinder med anden etnisk baggrund og unge gravide stiger, og antallet af rygere falder kun langsomt. Der er behov for en øget forebyggende indsats overfor disse særlige grupper.

Kompetencer og kvalifikationer

Sygeplejersker

I gynækologi og obstetrik er der en række områder, hvor sygeplejersker har specielle opgaver og ansvarsområder. Dette gælder i føtal medicinen sonografer, i urogynækologien kontinenssygeplejersker og uroterapeuter, operationssygeplejersker, og inden for onkologi og fertilitet specialuddannede sygeplejersker. Uddannelsesprogrammerne er under hastig udvikling, men der flere steder flaskehalse. Der er ingen rekrutteringsproblemer.

Jordemødre

Jordemoderen kan selvstændigt konstatere svangerskab, varetage forebyggende graviditetsundersøgelser, herunder ultralydskanning, samt yde fødselshjælp til den fødende og barnet under spontant forløbende fødsler. Jordemoderen kan desuden varetage observation, pleje og behandling af kvinden og barnet de første 14 dage efter fødslen. En jordemoder skal henvise til eller tilkalde læge ved sygelige tilstande eller komplikationer eller ved mistanke herom hos kvinden i forbindelse med graviditet, fødsel eller barsel, hos det nyfødte barn eller hos fosteret.

Jordemoderuddannelsen er en specialistuddannelse. Der er fortsat stor søgning til jordemoderuddannelsen, men en del jordemødre forlader faget. Der er ikke aktuelt rekrutteringsproblemer, men på grund af fagets størrelse, kan situationen hurtigt ændre sig.

Læger

Der er fortsat stor søgning til speciallægeuddannelsen i gynækologi og obstetrik, men på grund af den begrænsede uddannelseskapacitet med videre er der i landet mangel på speciallæger. Denne udvikling er i de senere år rykket nærmere Region Hovedstaden, og antallet af ansøgere er faldet. Der har været eksempler på, at stillinger ikke har kunnet besættes. Specialiseringsgraden tiltager, og der er et stigende behov subspecialister og læger med ekspertuddannelse.

Forskning og udvikling

Subspecialisering og centralisering er to vigtige emner i det gynækologisk-obstetriske speciales fremtidige udvikling. Almen gynækologi, urogynækologi, gynækologisk onkologi, fertilitetsbehandling eller reproduktionsmedicin, obstetrik, føtal medicin og delvist gynækologisk endokrinologi udgør alle sub-specialiseringsområder, hvor speciallæger særligt fokuserer deres kompetence og udvikling. Derved opnås kvalitet i de kliniske ydelser gennem tilstrækkeligt patientflow, udvikling, uddannelse og frontlinjeforskning. Centraliseringsdebatten lægger sig i forlængelse af denne problemstilling, specielt inden for de områder af specialet, der kræver omfattende tværfagligt og tværdisciplinært samarbejde.

Det gynækologisk obstetriske speciale har igennem de seneste mange år været præget af et godt samarbejds-klima. Det gælder i høj grad også de gynækologisk obstetriske afdelinger i Region Hovedstaden. Samarbejdet har manifesteret sig inden for klinik, uddannelse og forskning. Der er hentet gode erfaringer gennem udarbejdelse af referenceprogrammer og guidelines. Arbejdet med databaser har vist sig ikke blot at være et godt monitoreringsværktøj, men også en generator for nye udviklings- og forskningsprojekter. Her kan blot nævnes områderne obstetrik, hysterektomi, hysteroskopi, urogynækologi og gynækologisk cancer. Ekspertuddannelser, udvekslingsstillinger, efteruddannelsestilbud til sygeplejersker og jordemødre, tværfaglige træningskurser i gynækologisk

kirurgi og obstetrik med videre er gode eksempler på fælles uddannelsestiltag, og der begynder at komme pædagogisk forskning på området. Der er forskningsaktivitet inden for alle dele af specialet. Et relativt stort antal af ansøgerne til speciallægeuddannelsen er ph.d. Regionen gør sig forskningsmæssigt særligt gældende inden for urogynækologi, reproduktion og fertilitet, gynækologisk onkologi, obstetrik, føtal medicin, almen gynækologi, endokrinologi, misbrugsproblemer og voldsramte kvinder. Specialet står således forskningsmæssigt med et godt udgangspunkt og der er siden 2002 publiceret 18 ph.d. afhandlinger og en disputats, og det samlede antal peer-reviewed artikler i regionen er over 100 per år. Videnskabelige. Specialet vil i de kommende år have mulighed for at være med internationalt inden for en række områder i form af forskningsmæssige kraftcentre. Det tværgående videnskabelige samarbejde er veletableret i regionen. Der er god erfaring med, at forskningsenheder har et netværk med lokalt forankrede forskningsaktiviteter. Flere multicenterstudier har således benyttet sig af dette samarbejde og opnået internationale bemærkelsesværdige resultater. I denne forbindelse kan man sætse på udnyttelse af Østdansk Forskningsforum, samarbejdet med Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, udbygning af antallet af forskningslektorer og professorater på regionens afdelinger, yderligere støtte til det igangværende initiativ omkring introduktionsstipendier for læger, sygeplejersker, jordemødre, bioanalytikere til fremme af lokale forskningsinitiativer i samarbejde med en forskningsenhed. Det er opmuntrende, at man kan konstatere, at et stigende antal medarbejdere med mellemlange videregående uddannelser deltager i og tager selvstændige initiativer til forsknings- og udviklingsprojekter. Specialet vil fortsat gerne fremme denne udvikling med henblik på i videst muligt omfang at få evidensbaseret både diagnostik, pleje og behandling.

I stigende grad anvender specialet kompliceret og dyrt apparatur, og det må forventes, at kravene til anskaffelse og udskiftning vil øges.

Brugerne i specialet stiller overalt større og større krav om at være medbestemmende. Dette gælder både de individuelle patienter og patientforeninger, og alle regionens sygehuse arbejder aktivt hermed.

Almen gynækologi

Alle gynækologiske afdelinger forventes at kunne håndtere dette område. Dog bør avanceret kirurgisk intervention ved endometriose være centraliseret. Behandling vil i stigende grad kunne foretages i ambulant regi. Generelt er behovet for sengedage aftagende inden for specialet.

Aktuelle forskningsområder omfatter konsekvenser af accelererede patientforløb, og endokrinologiske forstyrrelser i hypothalamus/hypofyse/ovariefunktionen, kort- og langtidsvirkninger af p-piller og hormonterapi, herunder reproduktionsbiologiske aspekter af kredsløbssygdom og aldringsproces, årsager til polycystisk ovariesyndrom, kirurgisk versus medicinsk behandling ved endometriose, hysterektomikomplikationer, samt forekomst og konsekvenser af intrauterine polypper.

Urogynækologi

Antallet af patienter er stærkt stigende blandt andet på grund af ændring i befolknings-sammensætningen med flere ældre kvinder. Behovet for diagnostik og behandling (såvel konservativ som kirurgisk) vil fortsætte med at stige i de kommende år.

Urogynækologien har i henhold til Sundhedsstyrelsens rekommandationer undergået en vis centralisering i de senere år, eksempelvis er antallet af afdelinger, som i Københavns Amt foretager operativ behandling af inkontinens, blevet reduceret til en afdeling. Der er behov for yderligere

centralisering af behandlingen specielt af sjældne sygdomme som f.eks. urethral divertikler, fistler og vaginaltopsprolaps.

Forskningen omfatter projekter inden for epidemiologi, urodynamik og terapi. Der mangler betydende forskning vedrørende kirurgisk behandling specielt af sjældne sygdomme som urethral divertikler, fistler og behandling af vaginaltopsprolaps på grund af den decentrale organisation af behandlingen af disse tilstande. Endvidere mangler forskning vedrørende forebyggelse af urogynækologiske lidelser. Forskning i nye behandlingsmetoder med anvendelse af stamceller (ved inkontinens og prolaps) kræver tæt samarbejde med cellelaboratorium. Kvalitetsudvikling og bedring af patientforløb kræver tæt samarbejde med tilstødende specialer (urologi, rectalkirurgi, neurofysiologi og billeddiagnostik).

Gynækologisk onkologi

Området undergår i disse år også en udvikling i retning af mere primært radikale kirurgiske teknikker. Dette forventes at øge overlevelsen blandt kvinder med såvel corpuscancer som ovariecancer. Varigheden af den enkelte operation vil øges væsentligt herved, ligesom andelen som vil opleve per- og postoperative komplikationer vil øges. Antallet af kvinder med cervixcancer forventes at falde, dels som følge af en målrettet indsats for at få kvinder til at følge de etablerede screeningsprogrammer, dels som følge af nye vaccinationsprogrammer. Placeringen af den terminale pleje bør diskuteres.

Forskningsmæssigt er udfordringen at reducere den internationalt set uacceptabelt høje mortalitet og dårlige prognose hos danske kvinder med gynækologisk kræft. Dette kan kun ske gennem en koordineret indsats i det samlede patientforløb med fokus på alle aspekter: forebyggelse, diagnostik, behandling, efterbehandling og rehabilitering. Aktuelt evalueres paradigmeskiftet indenfor området. Avanceret PET/CT skanning muliggør detaljeret diagnostik men kræver samtidig anvendelse af forfinede kirurgiske teknikker.

Fertilitetsbehandling

Den reproduktive medicin har i dag udviklet effektive in vitro fertilisationsteknikker. Med henblik på at mindske andelen af flerfoldsgraviditeter og -fødsler med deraf følgende risiko for præmatur fødsel og varige skader på børnene, vil oplægning af et enkelt embryo blive standard. Det betyder, at den enkelte kvinde skal gennem 20-25 % flere behandlingscykli, for at opnå samme antal graviditeter. Den observerede faldende fertilitet i befolkningen vil nok øge behovet for behandling, men den aktuelle kapacitet forekommer i øjeblikket tilstrækkelig.

I aktuelle forskningsprojekter evalueres konsekvenserne af single-embryo-transfer, og der gennemføres systematisk follow-up af børn etableret under brug af reproduktionsteknikker, metoder til nedfrysning af ovarievæv før behandling for malign sygdom med henblik på bevarelse af fertilitet, gonadotropinstimulation til assisteret reproduktion, in-vitro maturation, embryoselektion, dyrkningsbetingelser, stamcelleforskning og oogenese.

Obstetrik

Andelen af kvinder, som forløses ved sectio nærmer sig 25 %, delvist fordi et stigende antal vælger at føde ved planlagt kejsersnit. Det forventes, at avanceret føtal monitorering under fødslen (STAN-apparatur) indføres som en generel mulighed, hvilket vil indebære behov for efteruddannelse af personale på flere centre. Antallet af fødesteder bør revurderes i lyset af, at alle bør have et højt neonatalt beredskab.

Forskningen belyser indførelse af ny teknologi til overvågning af det ufødte barn. Herudover evalueres komplikationerne til diabetes mellitus (både type 1 og 2), gestationel diabetes både under graviditeten og hos mor og barn senere i livet. Baggrund til komplikationer hos overvægtige gravide evalueres ligesom effekten af motion i graviditeten hos disse kvinder undersøges i randomiseret design. Der udføres epidemiologiske undersøgelser af årsager til ve-svækkelse under fødslen, ligesom der forskes i årsager til andre former for graviditets- og fødselskomplikationer.

Føtal medicin

Den teknologisk udvikling har optimeret den prænatale diagnostik. Kombinationen af ultralyd og serologiske markører for føtale kromosomanomalier og misdannelser tilbydes nu som prænatal risikovurdering og diagnostik til alle gravide. Det betyder både et større ressourcetræk til at gennemføre denne screening og diagnostik, herunder et væsentligt træk til adækvat information af parrene, men også en forventning om at kunne nedbringe antallet af fødte børn med kromosomfejl og misdannelser. Det stiller krav om øget normering på de føtalmedicinske centre. Der bør være en føtalmedicinsk funktion ved hvert fødested og ét tertiært center i regionen.

Forskningen fokuserer fortsat på ultrasonisk og biokemisk screening for kromosomanomalier og medfødte misdannelser, samt muligheden for at screene for graviditets-komplikationer som præeklampsi og intrauterin væksthæmning. Intrauterin føtal kirurgi er fortsat under vurdering. De særlige forhold hos gravide efter assisteret reproduktion evalueres særligt, ligesom et projekt belyser 'det informerede valg'.