

**HØRINGSSVAR**Journal-nr.: 23020931  
Ref.: mive

Til: Center for Sundhed

Dato: 11. april 2023

## Høringssvar vedr. ny fødeplan

Amager og Hvidovre Hospital takker for muligheden for at afgive høringssvar til Region Hovedstadens nye fødeplan.

Nedenfor fremgår bidrag fra VMU. Direktionen er herudover bekendt med de høringssvar, som afgives fra SFR Gynækologi og Obstetrik og SFR Pædiatri inkl. neonatologi.

Direktionen har løbende været inddraget og afgivet bemærkninger i tilblivelsesprocessen og har ikke yderligere bemærkninger.

**Høringsbidrag fra VMU**

Vi anerkender fra medarbejdersiden det grundige arbejde og de fine intentioner, der gennemsyrrer Ny fødeplan for Region Hovedstaden med fokus på blandt andet onboarding, forskning og hjemmebørsel som en mulighed for at skabe trygge og sammenhængende forløb for familierne.

Der er elementer i fødeplanen, der kan styrke regionens position som en attraktiv arbejdsplads ex. fokus på kompetenceudvikling, forskning og muligheden for at tilbyde hjemmebørsel. Det er et flot og ambitiøst skriv for de næste par år for fødende, børn og medforældre i regionen.

Vi hilser en Central fødevisitering velkommen og ser gerne mere sparring på tværs af fødestederne i Region Hovedstaden, så det tilbud der gives borgerne, ikke er afhængig af deres bopæl, men på denne måde ensartes endnu mere end tilfældet er.

Overordnet set er tildelingen af flere midler til fødeområdet meget positivt, men planen kommer ikke med et mere konkret bud på fordelingen af midlerne, hvilket gør det vanskeligt at vurdere, i hvilket omfang midlerne dækker behovet.

Et samlet estimat på behovet for personale ved fuld implementering af fødeplanen, kan belyse de udfordringer, vi ser ind i.

Ligeledes er der en grundlæggende bekymring for ikke blot finansiering, men også ressourcer i form af kvalificeret arbejdskraft, der skal bemande og udfører ambitionerne i praksis, da det allerede nu er en kunst at tiltrække og tilknytte jordemødre til området.

Vi henleder opmærksomheden på, at der allerede nu er gode erfaringer med Kendt jordemoderordning på Hvidovre hospital, som de team-organiserede jordemødre oplever som attraktivt, meningsfyldt og et aktiv for arbejdsmiljøet på grund af indflydelse på eget arbejdsliv og fleksibilitet jf indsats 15.

Vi ønsker os, at der tages stilling til at styrke tilbuddet både for sårbare gravide og tilbuddet i Familieambulatoriet på AHH øges.

Indsats 2 beskriver Det nye digitale univers for gravide og nybagte familier, men tager ikke stilling til behovet for andre sprog end dansk, hvilket er særlig relevant for AHH's mangefacetterede optageområde, der favner bredt både sprogligt, kulturelt og ift. sundhedskompetencer.

Vi leder slutteligt forgæves efter tre ting:

- En opmærksomhed på Hjemmefødsler og fødsler uden for specialafdelingerne ex. fødeklinikken på AHH.
- Igangsættelse af fødsler er ikke nævnt, men udgør ca. 20 % af fødsler, der indebærer øget kontakt, fremmøde(r) og støtte til prioritering mellem kvindernes enten medicinske eller psyko-sociale behov for igangsætning, der skal være forenelig med drift.
- Christianshavn fremgår ikke af oversigtskortet på s. 18, hvilket kan tolkes som, at de hører under AHH, men vi forventer, at de fortsat er tilknyttet RH. AHH gør opmærksom på, at vi i den nye fødeplan til trods for en reduktion i antal fødsler er markant større end det næststørste fødselssted.

Således fremstår Ny fødeplan for Region Hovedstaden som en stærk hensigtserklæring, der anerkendes for de gode intentioner, men også vækker bekymring for, hvorledes tiltagene i fødeplanen skal implementeres, og med hvilke ressourcer opgaverne forventes løst hos medarbejdersiden.



Til Region Hovedstaden

## Høringssvar fra Sundhedsplejen i Albertslund Kommune vedrørende fødeplan for Region Hovedstaden

Dato: 15. marts 2023

Sags nr.: 29.00.00-102-2-23

Hermed fremsender Albertslund Kommune høringssvar til den kommende fødeplan for Region Hovedstaden. Til hver indsats/overskrift knytter sig nogle spørgsmål og opmærksomhedspunkter.

### **Indsats 1: Koordinering af forældre- og fødselsforberedelsen**

Spørgsmål/opmærksomhedspunkter: Det beskrives, at forældre- og fødselsforberedelse i højere grad skal organiseres som et fællesregionalt tilbud, hvor regionen vil samle de dele af undervisningen, som kan koordineres fælles på tværs af regionens fødesteder.

Kan denne organisering være en hindring for, at de mest sårbare gravide og deres partnere ikke vil deltage, hvis det betyder, at tilbuddet rykker længere væk fra deres bopæl? Måske det kan koordineres, at regionerne tilbyder, at forberedelsen kan foregå lokalt i kommunerne, hvis disse kan stille lokaler til rådighed?

### **Indsats 2: Nyt digitalt univers for gravide og nybagte forældre**

Spørgsmål/opmærksomhedspunkter: Understøtter denne løsning lovgivningen om ligestilling? Vil der allerede fra graviditeten blive oprettet en journal på både den gravide selv og far/ partner, som også kan anvendes under svanger- og barselsperioden og deles på tværs af sektorer?

### **Indsats 6: Hjemmebarsel**

Jordemoder skal aflægge 1-2 hjemmebesøg til førstegangsfødende, der vælger hjemmebarsel.

Spørgsmål/opmærksomhedspunkter: Hvilke overvejelser er der bag, at man vil sende jordemødre ud i sundhedsplejerskernes felt, når der mangler jordemødre? Man kan have en bekymring for kapacitet til at varetage opgaven.

### **Visitation til graviditetsforløb for gravide med særlige behov**

Spørgsmål/opmærksomhedspunkter:

Andelen af gennemførte graviditetsforløb i Region Hovedstaden for gravide med særlige behov er steget fra 8 % i 2016 til 15 % i 2020. Kommunerne kan opleve et øget ressourcebehov i forhold til at understøtte den tidlige koordinerede indsats for de gravide med særlige be-

**BØRN, SUNDHED &  
VELFÆRD**

Sundhedsplejen

Albertslund Kommune  
Nordmarks Allé 1  
2620 Albertslund

borne.familieafdelingen@albertslund.dk  
T 43 68 68 68



hov samt i barselsperioden. Følger der ressourcer med til kommunerne?

#### 4.4.4 Sundhedsplejerske

I fødeplanen fremgår, at jordemoderen vurderer, om kvinden og/eller partneren har særlige behov (svarende til svangre niveau 3 og 4). Herefter kan jordemoderen sammen med parret beslutte, at den kommunale sundhedspleje tager tidlig kontakt for at etablere et besøg under graviditeten.

##### Spørgsmål/opmærksomhedspunkter:

Det kan jordemoderen og parret ikke *beslutte*. Det er helt afhængigt af det kommunalt bestemte serviceniveau, om der bliver tilbudt graviditetsbesøg af den kommunale sundhedspleje.

#### **Tabel 3. Vejledende oversigt over den tidsmæssige placering af konsultationer/ydelser i grundforløbet**

Det fremgår, at Sundhedsplejen varetager vurdering af barnets fysiske og mentale sundhed, herunder o trivsel, søvn og spisemønstre tilknytning og forældres psykiske tilstand, når barnet er 4 uger.

##### Spørgsmål/opmærksomhedspunkter:

Serviceniveauet er forskelligt i kommunerne, men denne type observation plejer at ske ved etableringsbesøget, når barnet er ca. 1-2 uger gammelt afhængigt af, om barnet har fået barselsbesøg, samt når barnet er 2-3 måneder. Der er ikke rutinemæssigt besøg, når barnet er 4 uger.

Med venlig hilsen

Lene Caspersen  
Leder af Sundhedsplejen, Albertslund  
Email: lqp@albertslund.dk

## Høring af Region Hovedstadens fødeplan

Mødrehjælpen vil gerne takke for muligheden for at komme med bemærkninger til udkastet til Region Hovedstadens nye fødeplan, der skal erstatte regionens eksisterende "Tilbud til fødende i Regions Hovedstaden" fra 2016.

### Generelle bemærkninger

Mødrehjælpen vil gerne rose regionens ambitioner om at understøtte og styrke fødselsområdet, så familier i Region Hovedstaden oplever et fødetilbud af høj faglig kvalitet med den enkelte familie i centrum. Det er, som det fremgår, ligeledes med til at sikre, at familien opnår de bedste forudsætninger for at give det lille barn en god start på livet. Vi finder det desuden prisværdigt, at regionen har som vision at *"alle familier i Region Hovedstaden skal både før, under og efter fødslen opleve et trygt og sammenhængende forløb af høj kvalitet"*. De foreslåede indsatser vil bakke op om fødeplanens vision og bidrage til at sikre et sammenhængende, helhedsorienteret og individualiseret forløb på tværs af sektorer. Mødrehjælpen mener desuden, at det er meget tiltrængt, at regionen formulerer denne fødeplan, da der er brug for at højne fødselsområdet. Mødrehjælpen finder, at det både gælder i forhold til de fødende men også i forhold til de ansatte i regionen. Det er en stor udfordring, at regionen kæmper med at få stillinger besat og den generelle mangel på hænder på fødegangene. Derfor vil vi gerne rose regionens fokus på, at Region Hovedstaden skal være en attraktiv arbejdsplads. Dette er nødvendigt for at komme i mål med ambitionerne på området.

Mødrehjælpen har mange års erfaring med at støtte og rådgive sårbare gravide og børnefamilier, og vi har dermed en stor forståelse og viden om det vigtige arbejde, der foreligger med at sikre den rette hjælp til en sårbar målgruppe.

### Specifikke bemærkninger

#### *Koordinering af forældre- og fødselsforberedelse*

Det fremgår af fødeplanens kapitel 5.1 om indsatser vedrørende graviditet, at det er regionens ønske, at forældre- og fødselsforberedelsen i højere grad organiseres som et fællesregionalt tilbud, og at regionen ønsker at samle de dele af undervisningen, der med fordel kan koordineres fælles på tværs af regionens fødesteder. Desuden beskrives det, hvordan regionen ønsker at undersøge muligheden for et tættere samarbejde med kommuner og relevante civilsamfundsorganisationer om dele af forældre- og fødselsforberedelsen. Hertil vil Mødrehjælpen gerne anerkende de gode ambitioner om at samarbejde med relevante civilsamfundsorganisationer. Et samarbejde mellem det offentlige og civilsamfundet kan sikre den rette hjælp og støtte til særligt de udsatte gravide og pårørende. Regionens ønske om at understøtte sundhedsfremmende og tidlig opsporing af komplicerede graviditetsforløb er

positivt, og Mødrehjælpen finder, at vi her vil kunne bidrage med en grundig erfaring med at støtte og vejlede forældre i at sikre trygge og udviklende rammer for deres børn. Det kan være i form af rådgivning fra socialrådgivere, eller det kan være en invitation til deltagelse i netværksskabende aktiviteter i Mødrehjælpen's lokalforeninger. Et sådant samarbejde vil bidrage til sikre det store forebyggelsespotentiale under graviditeten, som kan sikre, at den gravide og familien kommer bedst muligt fra start.

#### *Tidlig opsporing*

Mødrehjælpen bakker op om fødeplanens indsats 3 om tidlig opsporing. Intentionerne om, at hospitalerne skal arbejde videre med tidlig opsporing af familier med ekstra behov samt øget fokus på de individualiserede forløb i graviditeten er rigtig positivt, og Mødrehjælpen ønsker at supplere med, at organisationen også her med fordel kan tænkes ind. Mødrehjælpen har gode erfaringer med et partnerskab med Region Syddanmark, hvor socialrådgivere ansat i Mødrehjælpen er til stede på regionens fødesteder til at sikre rådgivning og specialiseret støtte til sårbare gravide og deres familier. Partnerskabet gør det muligt at nå ud til familierne tidligt i graviditeten og dermed sikre en helhedsorienteret og langvarig støtte for familierne. Et lignende partnerskab kunne med fordel etableres i Region Hovedstaden, hvor vi ligeledes oplever, at der er behov for ekstra støtte ift. tidlig opsporing.

#### *Ambition om at implementere et værktøj til opsporing af partnervold*

Mødrehjælpen bakker ligeledes op om regionens ønske med at implementere et værktøj til opsporing af partnervold. Vi finder det væsentligt at kommentere, at det er afgørende, at screening for partnervold skal finde sted i en samtale, hvor partneren ikke er til stede. Partnerens tilstedeværelse ville kunne udfordre den gravides muligheder for at fortælle om volden. Mødrehjælpen har mange års erfaring med voldsindsatser for både kvinder og børn, der lever eller har levet med vold i hjemmet. Derfor er vi meget interesserede i at bringe vores erfaringer i spil samt udbrede kendskabet til organisationens voldsindsatser. Mødrehjælpen har ligeledes et rådgivningshus placeret i København, hvor professionelle socialrådgivere og psykologer tilbyder rådgivning. Vi anerkender regionens fokus på voldsområdet, og hertil vil vi gerne supplere med nødvendigheden af, at der er brug for et langvarigt og relevant tilbud for målgruppen, som de kan henvises til. Det hjælper ikke, at man screener målgruppen, hvis man ikke samtidig sikrer, at der er et relevant tilbud at henvise kvinden til efterfølgende, så hun kan få hjælp. Her kan Mødrehjælpen i høj grad spille en afgørende rolle.

#### *Hjemmebørsel og barselsophold*

Mødrehjælpen vil gerne rette fokus på afsnit 5.3.1 om hjemmebørsel og barselsophold. Som bekendt har der været flere historier i medierne om, at fødende i Region Hovedstaden blev hjemsendt blot få timer efter fødslen. Derfor er det et vigtigt skridt, at fødeplanen retter fokus på, at alle førstegangsfødende vil få mulighed for to døgn's barselsophold. Samtidig udskrives flergangsfødende til hjemmebørsel men vil efter sundhedsfaglig vurdering få mulighed for barselsophold på hospitalet. Dog er det vigtigt for os at adressere, at fødeplanen med fordel kunne indeholde et mål for, hvornår regionen planlægger med at være i mål med ambitionen om, at de fødende får bedre mulighed for at blive på barselsafsnittet og ikke sendes hurtigt hjem.

#### *Gennemgang af fødselsforløbet*

Jf. fødeplanens indsats 9 om gennemgang af fødselsforløbet med henblik på at opspore forældre, som har behov for en uddybende efterfødselssamtale, er det Mødrehjælpen's oplevelse, at dette vil være et rigtig godt initiativ. Forskning viser, at 11% af alle mødre og 7-8% af alle fædre udvikler en fødselsdepression<sup>1</sup>. Tallet er højt, og vi ved, at når en forælder udvikler en fødselsdepression, rammer det i høj grad hele familien. Derfor er ethvert initiativ, der kan være med til at nedbringe dette tal, meget kærkomment.

<sup>1</sup> <https://www.sst.dk/da/Foedselsdepression> (2023)

### *Samarbejde med civilsamfundsorganisationer*

Som det er beskrevet ovenfor, bakker Mødrehjælpen i høj grad op om regionens ønske om at inddrage civilsamfundet via partnerskaber. Derfor er Mødrehjælpen meget positive overfor indsats 16, der handler om partnerskaber med civilsamfundsorganisationer om tidlig opsporing og støtte til gravide, partnere eller nybagte forældre med behov for en særlig indsats. Mødrehjælpen har i mange år haft et partnerskab med Københavns Kommune kaldet På Vej, hvor der netop også er gode erfaringer med at sikre den rette hjælp til familierne, der har brug for et trygt rum uden myndigheder. Samtidig er der gode erfaringer fra organisationens partnerskab med Region Syddanmark, og derfor håber Mødrehjælpen, at regionen vil overveje Mødrehjælpen som en mulig partner i et kommende partnerskab.

### *Implementering af fødeplanen*

Til slut vil Mødrehjælpen gerne pointere behovet for en klar plan for, hvordan fødeplanen skal implementeres i praksis. Som det fremgår af fødeplanen, tilfører regionen samlet set 200 mio. kroner til føde-, kvinde- og børneområdet i perioden 2022-2025. Herunder er der afsat 6,7 mio. kroner til retten til to dages barselsophold for førstegangsfødende eller hjemmebesøg. De mange tilførte midler til området er positivt, men Mødrehjælpen havde desuden ønsket, at fødeplanen også havde indeholdt en klar plan for, hvordan fødeplanen skal implementeres og hvor mange midler, der konkret må afsættes for, at de beskrevne indsatser kan blive til virkelighed.

Spørgsmål til høringssvaret kan stilles til politisk konsulent Emilie Hagemann på mail [ehn@moedrehjaelpen.dk](mailto:ehn@moedrehjaelpen.dk)

Med venlig hilsen  
Ninna Thomsen  
Direktør

## Høringssvar fra SFR for Pædiatri inkl. Neonatologi vedr. Ny Fødeplan for Region Hovedstaden

Hermed rådets overvejelser efter gennemlæsning af høringsversionen for fødeplanen for Region Hovedstaden som følge af Budget 2022.

Det er rådets vurdering, at det ikke er muligt at forholde sig til en ny fødeplan, uden at medtage de implikationer det har for tilstødende specialer og støttefunktioner, herunder planen om to nye afdelinger med dertil hørende funktioner inden for specialerne gynækologi, obstetrik samt pædiatri (inkl. neonatologi) på Bispebjerg Hospital.

Fødeplanen er yderst ambitiøs og indeholder en række gode intentioner for de fødende og deres pårørende, samt personalet på fødeafsnittene.

Der er enighed i et ønske om at *"robustgøre fødeområdet"* og *"skabe trygge og sammenhængende fødselsforløb med gode overleveringer mellem sektorer"*, ligesom at det er vigtigt at skabe *"attraktive arbejdspladser"*, hvor *"medarbejderne oplever arbejdsglæde og et bæredygtigt arbejdsliv"*, hvor *"opgaverne løses i et stærkt samarbejde mellem flere forskellige faggrupper"*.

Der er mange gode tanker om varierede tilbud, ikke kun i relation til selve fødslen, men hele svangreområdet, som der bakkes op om. Det giver god mening at *"give mor og barn bedst mulige forudsætninger gennem graviditet, fødsel og barselsperiode"* til at sikre en tryk tilknytning. Samt at differentiere tilbuddet for at sikre lighed i sundhed.

Der er afsat ressourcer til at få planerne ført ud i livet, og der sættes ord på en række gode intentioner.

Det beskrives at fødestederne aktuelt er udfordret af mangel på medarbejdere, hvilket udfordrer muligheden for at udmønte de beskrevne intentioner. Det er imidlertid ikke alene manglen på medarbejdere til fødestederne, men ligeså de tilstødende specialer, hvor sygeplejersker og andre personalegrupper er en mangelvare. Rådet ser en fælles udfordring i at lykkes med at rekruttere til endnu et fødested, gynækologisk-obstetrisk afdeling, pædiatrisk afdeling (inkl. neonatalafdeling), samt pædiatrisk kompetente medarbejdere til støttefunktioner som; anæstesi, radiologi, klinisk biokemi, samt ortopædkirurgi og gastrokirurgi.

Hvis det viser sig, at det bliver udfordrende at rekruttere til så mange vagtbærende afdelinger, er der risiko for, at der kommer til at ske en udtynding af kompetencer. I den situation kan man være bekymret for, om regionen kommer til at kæmpe med andre regioner om de samme medarbejdere, med risiko for at uligheden mellem regionerne vokser.

På baggrund af ovenstående, opfordrer rådet til, at der fortsat arbejdes med planlægningsgrundlaget, og at der er fokus på at udarbejde en realistisk strategi og tilhørende handleplan, som kan bidrage til at indfri de mange gode intentioner.

Rådet bemærker, at fødselstallet over de seneste år ikke er steget som forventet og at den tidligere estimerede stigning til 71.000 fødsler per år lige nu ikke ser ud til at være realistisk. Tilsvarende vil prognosen om 50.000 flere børn under 7 år i 2030 næppe heller være realistisk. Det vil derfor være væsentligt, at planen følges op med kvalificering af prognoser for fødselstallet.

Over for dette står en forventning om, at antallet af komplicerede graviditeter og fødsler vil stige, hvorfor planen med fordel kunne indeholde en plan for, hvordan disse komplicerede fødsler håndteres i fremtiden.

I forhold til neonatologien indeholder Fødeplanen et kort, men velskrevet afsnit (5.3.5) på ca. én side, der vedrører det syge og for tidligt fødte barn. I afsnit 6.2 om attraktive arbejdspladser, opfordres til at have et øget fokus på (og en handleplan for) at sikre personale med specialistkompetencer indenfor det neonatale område og dermed for den del af forløbet, som følger lige efter fødslen for 10-15% af de nyfødte og deres familier. De eksisterende matrikler på det neonatale område er allerede udfordrede ift. rekruttering af både sygeplejersker og læger til at kunne varetage de regionsfunktioner, der skal løftes. Der bør derfor være fokus på at sikre, at både bemanning og essentielle kompetencer til neonatalfunktionerne ikke bliver yderligere udfordret med den nye fødeplan.

# Høringssvar fra Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje

Frederiksberg Kommunes sundhedspleje ser positivt på tiltag, der kan styrke samarbejdet på tværs af Region Hovedstaden og kommunerne. Det gælder især tiltag og arbejdsgange, der kan styrke de overgange mellem region og kommune, som kvinderne og familierne oplever i forbindelse med graviditet, fødsel og efter fødslen.

Frederiksberg Kommunes sundhedspleje har nedenstående bemærkninger til de enkelte dele af forslaget til ny fødeplan.

### Kapitel 3: Tendenser for fødeområdet (kapitel 3)

*Vedr. Visitation til graviditetsforløb for gravide med særlige behov (s. 15)*

Det beskrives i fødeplanen, at der ses en betydelig stigning i andelen af gravide med særlige behov i Region Hovedstaden. Denne stigning mærkes i dag tydeligt i Frederiksberg Kommunes sundhedspleje. Samtidig oplever kommunens sundhedspleje, at de familier, der har brug for en særlig og tidlig indsats, har mangeartede udfordringer med i bagagen og at udfordringerne har større kompleksitet end tidligere.

Frederiksberg Kommune gør derfor opmærksom på, at stigningen i andelen af gravide med særlige behov også får stor betydning for kommunernes opgaveløsning på området. Flere gravide med særlige behov vil påvirke kommunernes familieafdelinger og i særdeleshed sundhedsplejen, som tilbyder op til flere besøg til gravide med særlige behov.

Stigningen stiller også krav til samarbejdet mellem region og kommune. Her er det afgørende at have fokus på både det tværfaglige samarbejde mellem region og kommune og på familiernes overgange mellem region og kommune.

### Afsnit 4.4: Det tværsektorielle samarbejde

*Vedr. afsnit 4.4.4. Sundhedsplejerske (s. 26)*

Der henvises i fødeplanen til, at jordemoderen ved vurdering af særlige behov (svarende til svangre niveau 3 og 4) sammen med parret kan beslutte, at sundhedsplejen tager tidlig kontakt med henblik på at etablere et besøg under graviditeten.

Frederiksberg Kommune gør opmærksom på, at vurderingen af særlige behov også bør omfatte svangre niveau 2, da sundhedsplejen ellers ikke vil få kontakt med disse gravide før efter fødslen. Det er afgørende, at sundhedsplejen – i samarbejde med familien – involveres tidligt også på niveau 2, for ikke at forsinke den tidlige indsats. Særlige behov på niveau 2 kan omhandle tidligere kompliceret graviditet og amme forløb.

I Frederiksberg Kommune har jordemødre og sundhedsplejersker et samarbejde om tidlig amme indsats. Det er en indsats, som ligger udover den tidlige indsats til gravide med særlige behov. Jordemoderen giver besked til sundhedsplejen, når en gravid fx er bekymret for amning, har fysiologiske forhold, som kan påvirke amning, tidligere har haft kompliceret amme forløb mv. Sundhedsplejen tager derefter kontakt til den gravide og aftaler nærmere med den gravides. Der bliver i korrespondancen fra jordemødrene beskrevet, hvis der er bekymringer. Den gravide tilbydes at graviditetsbesøg med fokus på at udarbejde en plan for amningen for den kommende mor/familien

### Afsnit 5.1: Graviditet

*Vedr. afsnit 5.1.1. Grundforløb (tabel 3, s. 28)*

Det fremgår af tabel 3 på s. 28, at en sundhedsplejerske følger op på barnets fysiske og mentale sundhed og trivsel fire uger efter fødslen, men det kan variere fra kommune til kommune og ift. første- og flergangsfødende. I Frederiksberg Kommune laves der en samlet vurdering ved 3-4 ugers besøget. Den

mentale sundhed hos så lille et barn, skal ses i et helhedsperspektiv. Sundhedsplejen i Frederiksberg Kommune laver ADBB ved 4 måneders besøg.

Frederiksberg Kommune gør opmærksom på, at fem-ugers-undersøgelse hos egen læge ikke fremgår af tabellen. Det foreslås derfor, at dette besøg skrives med i tabellen på linje med andre konsultationer i almen praksis.

#### *Vedr. afsnit 5.1.2. Fødsels- og forældreforberedelse (s. 32)*

I fødeplanen beskrives forslag til ændringer mht. fødsels- og forældreforberedelse. Frederiksberg Kommune ser forslaget om at undersøge mulighederne for et pilotprojekt mellem fødested og kommuner ift. fødsels- og forældreforberedelse som yderst relevant.

Frederiksberg Kommune ser et stærkere samarbejde om fødsels- og forældreforberedelse som en oplagt mulighed for at styrke det tværfaglige samarbejde mellem region og kommune generelt. Derudover vil samarbejdet kunne styrke den tidlige indsats og minimere risikoen for tab af relevant information i overgangene mellem region og kommune. Frederiksberg Kommune påpeger, at det vil kræve en systemiseret planlægning og indsats for at lykkes med et sådant samarbejde. Frederiksberg Kommune er ved at etablere et Børnefamiliehus og ønsker at knytte stærke bånd med konsultationsjordemødrene, meget gerne med mulighed for at have jordemoderkonsultationerne i huset, specielt til niveau 3+4, men også gerne niveau 2 hvor der har været vanskelig amme forløb.

#### *Vedr. afsnit 5.1.3. Tidlig opsporing af gravide og familier med særlige behov (s. 34)*

Det fremgår af fødeplanen, at regionen blandt andet har en ambition om at implementere et værktøj til opsporing af partnervold, som jordemødrene kan bruge. Frederiksberg Kommune gør opmærksom på, at det mht. opsporing af partnervold vil være meningsfuldt, at regioner og kommuner bruger det samme redskab. Derved vil regioner og kommune tale samme sprog, når familierne overgives fra region til kommune eller omvendt.

Frederiksberg Kommune har erfaret, at nogle kommuners sundhedsplejer bruger et redskab til opsporing af partnervold, men det er langt fra alle. Det vil være meningsfuldt at uddanne både jordemødre og sundhedsplejersker i dialogredskabet til opsporing af partnervold.

### **Afsnit 5.3: Barsel**

#### *Vedr. afsnit 5.3.1. Hjemmebarsel eller barselophold på hospitalet (s. 41)*

Det fremgår af fødeplanen, at førstegangsfødende ved barselophold i hjemmet skal modtage 1-2 besøg af jordemoder i løbet af de første tre døgn. Det fremgår også, at regionens fødesteder er udfordrede af mangel på medarbejdere, herunder jordemødre (s. 15).

Frederiksberg Kommune ønsker at påpege, at det vil være vanskeligt at øge antallet af besøg i hjemmet i en situation med mangel på jordemødre. Ydermere er det i nogle kommuner allerede nu svært at overholde tilbuddet om blot ét besøg fra jordemoder efter ambulant fødsel.

Frederiksberg Kommune ønsker at fremhæve, at sundhedsplejerskerne allerede kører rundt til familierne i kommunerne. Sundhedsplejen er derfor i forvejen tæt på familierne og kan varetage opgaverne hos familierne i hjemmet. Det synes derfor ikke hensigtsmæssigt, hverken ift. medarbejdersituationen i regionen eller de opgaver, som sundhedsplejen allerede varetager i hjemmet, at jordemødrene skal en ekstra gang ud i familierne. Det kræver naturligvis at ressourcerne til disse besøg allokeres til kommunen.

#### *Vedr. afsnit 5.3.2. Kontakter i den tidlige barsel (s. 42)*

Det fremgår af fødeplanen, at sundhedsplejen på 4.-5.-dagen kontakter familier, som er udskrevet inden for 72 timer efter fødslen eller har født hjemme, med henblik på at følge op på de informationer, som familien har modtaget på hospitalet samt aftale det første hjemmebesøg.

Frederiksberg Kommune aflægger barselsbesøg på 4.-5. dagen og aflægger besøg på lørdage og helligdage.

#### *Vedr. afsnit 5.3.3. Styrket rådgivning (s. 42)*

Det fremgår af fødeplanen, at det "med regeringens aftale om udmøntning af midler til fødselspakken "En god start på livet" fra maj 2022 er vedtaget, at tilgængeligheden til telefonisk amme rådgivning skal styrkes nationalt for så vidt muligt at sikre en god amme opstart. Derfor indføres et kommunalt pilotprojekt med udvidet amme rådgivning ved sundhedsplejen med mulighed for videokonsultation. Region Hovedstadens hotline skal ses i sammenhæng med den kommunale telefoniske amme rådgivning, når henvendelserne vedrører spørgsmål om og udfordringer med opstart af amning".

Frederiksberg Kommune bemærker, at indsatsen omkring amning og en styrket rådgivning fra både fødestederne og kommunerne må forventes at have en positiv effekt på amning. Dog må det forventes, at der tilføres ressourcer til sundhedsplejen, hvis opgaven skal løses i kommunerne.

Frederiksberg Kommune bemærker, at en telefonisk amme rådgivning sandsynligvis vil blive brugt til alle typer af spørgsmål og ikke kun spørgsmål om amning. Frederiksberg Kommune ser det som en fordel, hvis den telefoniske rådgivning kan rumme andre spørgsmål end blot spørgsmål om amning. Herved vil et helhedsperspektiv på familierne, hvor der ikke skelnes mellem deres spørgsmål og fagområder, styrkes.

#### *Vedr. afsnit 5.3.6. Tilbud til forældre som mister et barn (s. 44)*

Det fremgår af fødeplanen, at Region Hovedstaden har fokus på at tilbyde og udvikle forskellige tilbud om opfølgende samtaler og støtte til forældre, som mister et barn, så familierne ikke oplever at stå alene med sorgen. Frederiksberg Kommune gør opmærksom på, at flere kommuner allerede har systematiske tilbud til forældre, som mister et barn under graviditeten eller i forbindelse med fødslen. Frederiksberg Kommune vil derfor fremhæve, at det kan være meningsfuldt at lave samarbejde med disse kommuner for at afdække sammenhænge, overgange og gode indsatser på området.

Frederiksberg Kommune gør opmærksom på, at sundhedsplejen er en naturlig aktør i indsatser målrettet forældre, som mister et barn, da det ofte vil være den samme sundhedsplejerske, som møder familien igen, når de eventuelt får et barn til. Umiddelbart synes det hensigtsmæssigt og positivt med et tilbud på hospitalet, som eventuelt er tiltænkt den akutte fase. Herefter vil det ifm. med det mere langvarige efterforløb være relevant med et fortsat tilbud fra kommunen via sundhedsplejen.

## **Kapitel 6: Understøttelse af det gode forløb**

### *Vedr. afsnit 6.2. Attraktive arbejdspladser*

Frederiksberg Kommune ser positivt på indsatser, der skal motivere flere medarbejdere til at forblive ansat på Region Hovedstadens fødesteder i mange år. Derudover vil Frederiksberg Kommune gerne understrege, at de bedste kompetencer på og erfaring med opgaverne naturligt vil opnås, hvis flere medarbejdere bliver ved kerneopgaven. Dette vil være til glæde og gavn for de gravide, fødende og barslende familier.



## Danske Fysioterapeuter Hovedstaden

Dato:  
11. april 2023

Kontaktperson:  
Line Schiellerup

E-mail direkte:  
[ls@fysio.dk](mailto:ls@fysio.dk)

Tlf. direkte:  
24490539

Region Hovedstaden Center for Sundhed  
Att: Charlotte Lund Mikkelsen

### Høringssvar på Region Hovedstadens "Fødeplan for Region Hovedstaden. Det handler om liv – lige fra begyndelsen"

Danske Fysioterapeuter Hovedstaden har med stor interesse læst "Fødeplan for Region Hovedstaden. Det handler om liv – lige fra begyndelsen", hvor opgaverne på fødselsområdet skal løses i et stærkt samarbejde mellem flere forskellige faggrupper. Vi er glade for det store fokus på forebyggelsen af komplikationer ved fødsel, men ønsker at understrege behovet for større brug af fysioterapeutisk faglighed under hele graviditetsforløbet.

#### Tværfagligt arbejde kan reducere stort pres i regionen

Fødselsområdet er et meget presset område i Region Hovedstaden, hvorfor det er oplagt at tænke den fysioterapeutfaglige kompetence mere ind i varetagelsen af opgaverne. Fysioterapeuter har kompetencer til at hjælpe kvinder under deres graviditet og fødsel samt spædbarnets og moderens videre forløb efter fødsel. Derudover mener vi også, at fysioterapeuter er oplagte til at varetage andre opgaver under graviditetsforløbet, og derved hjælpe med at nedbringe det store pres på Region Hovedstadens fødselsområde. Vi er en ung faggruppe og indtil videre ingen mangelvare.

#### Fysisk aktivitet tilrettelagt af en fysioterapeut i fødselsforberedelsen mindsker komplikationer ved fødsel

Vi er glade for at Regionen ønsker at forhindre og forbygge komplikationer ved fødsel. I afsnit 3 af høringsudkastet gøres det bl.a. klart, at fysisk inaktivitet har indvirkning på graviditet og fødsel. Graviditet og en fødsel udgør en stor belastning for kvindekroppen, men vi ved også, at gravide kvinder der er i fysisk god form og undgår overvægt, mindsker deres risiko for at udvikle svangerskabsforgiftning, graviditetsrelateret diabetes, hypertension, graviditetsrelaterede bækkensmerter og uensigtsmæssig vægtøgning. Et fornuftigt fysisk aktivitetsniveau desuden har positiv betydning for fødselens forløb i forhold til indgreb, varighed og fravær af komplikationer (DUGOF)<sup>1</sup>. **For nogle gravide** er det svært at få bevæget sig tilstrækkeligt. Danske data viser, at mindre end fire ud af 10 gravide kvinder følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger om 30 minutters daglig fysisk aktivitet ved moderat til høj intensitet.

Det er vigtigt med tidlig opsporing af gravide og familier med udfordringer af fysisk karakter. Det kan ske med en enkelt screening, der samtidig skal sikre adgang til struktureret og superviseret fysioterapeutfaglig hjælp og rådgivning. Tilbuddene i forældre- og fødselsforberedelsen skal favne bredt og berøre temaer om såvel moderens som barnets fysiske tilstand både før, under og efter fødslen.

---

<sup>1</sup> Notat om "Træning ved graviditet og fødsel" udarbejdet i samarbejde med Dansk selskab for Urologisk, Gynækologisk og Obstetrisk Fysioterapi. [Træning ved graviditet og fødsel](#)

Specialuddannede fysioterapeuter var tidligere inddraget i det offentlige tilbud om fødselsforberedelse og træning for gravide (fx med særlige behov), men disse tilbud er overordnet prioriteret væk. Undersøgelser viser, at kvinder er meget interesserede i at få et program og dyrke motion, men at de også er nervøse for at begå fejl og gøre skade på barnet. Gravide efterspørger i høj grad at blive vejledt af en fagperson (projekt Aktiv og Gravid)<sup>2</sup>.

Gravides deltagelse i fysisk aktivitet som en del af fødselsforberedelsen, kan også hjælpe dem med at komme i gang igen efter fødslen. Kvinder nedsætter nemlig generelt deres fysiske aktivitet efter første fødsel (Projekt Aktiv og Gravid). Forskningsresultater viser desuden, at gravide kvinder, der tilbydes holdundervisning, er mere fysisk aktive ved moderat til høj intensitet end gravide kvinder, der tilbydes standardiseret svangreomsorg (ph.d. Fysisk aktiv og gravid)<sup>3</sup>.

### Graviditet og smerter

Graviditet og fødsel er ofte forbundet med smerter og Sundhedsstyrelsen anbefaler at behandlingen af smerter hos gravide skal bestå af råd og vejledning om ergonomi, fysisk aktivitet og løfteteknik mm. Det er kernefaglighed for fysioterapeuter. I graviditetsperioden ser man ofte sygemeldinger på grund af bækkenømhed, hvor nogle af smerterne skyldes inaktivitet og dermed nedsat muskelaktivitet. Ofte er det for sent at gå i gang med at træne de gravide, når de kommer på fysioterapeutiske klinikker og ambulatorier. I dag handler fysioterapi ofte om smertehåndtering i stedet for smerteforebyggelse og sundhedsfremme. Det håber Danske Fysioterapeuter Hovedstaden, at der kan blive ændret på.

### Et koordineret og sammenhængende sundhedsvæsen

Danske Fysioterapeuter Hovedstaden mener, at sundhedsvæsenet bør fungere som et koordineret og sammenhængende system, hvor den fysioterapeutiske kompetence kommer til udtryk både selvstændigt og i sammenhæng med de øvrige sundhedsprofessionelle. Dele af svangre omsorgen vil passe godt ind i de nye nærhospitaler. Området generelt kræver specialiserede kompetencer for at kunne tilbyde tilstrækkelig kvalitet og sikkerhed. Derfor mener vi også at Fødeplanens ambition må være at sikre den nødvendige tværprofessionelle viden, hvor end opgavevaretagelsen ligger, til gavn for medarbejders trivsel og i sidste ende dem det handler om - mor og barn.

Vi takker for muligheden for at bidrage til det videre arbejde med Region Hovedstadens handleplaner på fødselsområdet. Vi bidrager gerne med videre ideer og forslag til implementeringen af "Fødeplan for Region Hovedstaden. Det handler om liv – lige fra begyndelsen".

Med Venlig Hilsen



Line Schiellerup

Regionsformand

---

<sup>2</sup> Projekt Aktiv og Gravid af Jannie Tygesen Schmidt og Josephine Nielsen, Fagkongressen 2018. [Aktiv og Gravid](#)

<sup>3</sup> Fysisk aktiv og gravid, kandidat i folkesundhedsvidenskab, ph.d. Signe de Place Knudsen 2022. [ph.d.](#)



Den 5. april 2023

Forældre og Fødsel  
[www.fogf.dk](http://www.fogf.dk)

[formanden@fogf.dk](mailto:formanden@fogf.dk)  
6064 9824

## Høringssvar til Fødeplan for Region Hovedstaden

Forældre og Fødsel takker for muligheden for at afgive høringssvar til Region Hovedstadens nye fødeplan, som skal erstatte den eksisterende fødeplan fra 2016. Vi hilser den nye fødeplan samt de tiltrængte investeringer på området varmt velkomment, og vil i det nedenstående komme med vores betragtninger om hvordan fødeplanens indsatsområder og regionens tilbud under graviditet, fødsel og barsel, kan forbedres, så de i endnu højere grad kommer de kommende og nye familier i Region Hovedstaden til gavn.

### Rettigheder til fødende

Vi har vurderet fødeplanens indsatser og tilbud i forhold til de rettigheder, vi ønsker indført til fødende over hele landet jf. borgerforslaget [Bedre Fødsler – forslag om indførelse af rettigheder til fødende](#), der blev vedtaget af et bredt flertal i Folketinget den 3. juni 2021. Et forslag som også var medvirkende til at der blev afsat 475 mio. kr. på finansloven 2022 til at styrke tryghed og nærvær før, under og efter fødslen med fokus på etablering af rettigheder til fødende og flere jordemødre. Midlerne blev udmøntet i den politiske aftale "En god start i livet", som vi også ser afspejlet i nogle af de indsatser og investeringer, der fremgår af den nye fødeplan.

De konkrete forslag til rettigheder lyder:

1. Ret til fødsels- og forældreforberedende undervisningsforløb i små hold efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger
2. Ret til kontinuerlig jordemoderstøtte under graviditeten, fødslen og den første tid efter fødslen, i form af kendt jordemoderordning, hvor man følges af et mindre team af jordemødre gennem hele forløbet
3. Ret til at vælge mellem fødsel i hjemmet, på en fritstående jordemoderledet fødeklínik eller på hospital
4. Ret til at vælge mellem at overnatte på fødestedet efter fødslen og få den støtte og omsorg, der er behov for, for at blive klar til at tage hjem eller at tage hjem med ret til opfølgende hjemmebesøg
5. Ret til individuel og personlig hjælp fra fødestedet hele døgnet til at komme godt i gang med amning, herunder overlevering fra fødested til sundhedsplejerske
6. Ret til koordineret og sammenhængende støtte og behandling ved komplicerede forløb, fysisk som psykisk

Vi har udarbejdet en række anbefalinger til den konkrete udmøntning af de seks rettigheder, som vi også inddrager i vores bemærkninger til fødeplanen, hvor det er relevant. Anbefalingerne inkl. kildehenvisninger kan læses i deres helhed [her](#).

*I det følgende er Forældre og Fødsels betragtninger om samt specifikke bemærkninger til indholdet i fødeplanen:*

## **Kapitel 1 Formål og rammer**

### **1.2 Planens tilblivelse**

Vi anser det som positivt at planen er udarbejdet i samarbejde med relevante fagfolk fra fødeafdelingerne i regionen samt fra almen praksis og den kommunale sundhedspleje, og at der har været opmærksomhed på inddragelse af brugerne via fokusgruppeinterviews, i repræsentation via NGO'er og ved mulighed for deltagelse i dialogmøde den 16. november 2022.

I den forbindelse vil vi gerne kvittere for invitationen til at være en del af det til lejligheden nedsatte Advisory Board og dets tre gode møder med engagerede deltagere, indlæg og debatter. Vil vi dog bemærke at det har været uklart, hvori den reelle inddragelse bestod, da forberedelsesmulighederne har været begrænsede, og det ikke har været gennemsigtigt hvordan de forskellige input er blevet brugt i det videre arbejde med fødeplanen.

## Kapitel 2 Vision for fremtidens fødeområde

I visionen for fremtidens fødeområdet, tager fødeplanen udgangspunkt i præmissen om at en god start for det enkelte barn og familien er afgørende for barnets fremtidige sundhed, trivsel og udvikling. Vi er enige i at **begyndelsen er afgørende**, ikke kun for barnet, men for hele familien. Vi foreslår derfor at I ændrer formuleringen til:

”En god start for det enkelte barn og familien er afgørende for barnets fremtidige sundhed og udvikling samt for hele familiens trivsel.”

Som følge heraf er visionen:

*”Alle familier i Region Hovedstaden skal både før, under og efter fødslen opleve et trygt og sammenhængende forløb af høj kvalitet”*

Vi kan kun bakke op om denne vision og ser gode intentioner i fødeplanen, som kan understøtte den, men savner beskrivelser af hvilke konkrete, målbare tiltag, der sættes i værk for at løfte de foreslåede indsatser samt hvordan de skal finansieres.

Vi hilser den 3-årige investeringsplan for styrkelse af fødeområdet meget velkommen. Investeringerne falder på et tørt sted, da det har været tydeligt gennem de senere år, at situationen på fødeområdet, særligt i Region Hovedstaden, har været på et **uacceptabelt kritisk niveau**.

Vi har set eksempler på at gravide har fået tilbud om første jordemoderkonsultation alt for sent ligesom tilbuddet om jordemoderkonsultationer i perioder er blevet beskåret til et niveau langt under Sundhedsstyrelsens anbefalinger, at forældre- og fødselsforberedelse primært tilbydes i store auditorieforløb eller alene på video, at fødende sendes på kryds og tværs af regionens fødesteder på grund af manglende kapacitet (som handler mere om personalemangel end mangel på sengepladser), at planlagte igangsættelser udskydes, at alle, der føder ukompliceret på Rigshospitalet, bliver sendt hjem kort tid efter fødslen uden mulighed for barselsophold efter lukningen af barselhotellet på Aldersrogade samt patienthotellet på Rigshospitalet. Samme praksis var der lagt op til på Hvidovre Hospital i 2021, en beslutning der dog blev omgjort i sidste øjeblik. Os bekendt er denne praksis enestående for Region Hovedstaden, hvilket vi finder dybt problematisk.

Vi tolker ovenstående eksempler som et udtryk for hvor udsultet og underprioriteret, området har været. Det vidner gentagne opråb og bekymringshenvendelser fra både ledende fagfolk og medarbejdere i driften også om. Det samme gør sig gældende for de mange beretninger, vi har modtaget fra familier tilknyttet Region Hovedstadens fødesteder samt resultaterne fra LUP Fødende, hvor Region Hovedstaden har de dårligste resultater sammenlignet med de øvrige regioner.

Vi ved at en del af årsagen til disse serviceforringelser skyldes personalemangel, hvor det igen særligt har været fødestederne i Region Hovedstaden, der har været ramt af en decideret rekrutterings- og fastholdelseskriser med mange ubesatte jordemoderstillinger og tårnhøjt forbrug af eksterne vikarer til følge. Værst var det i januar 2022, hvor der var 100 ubesatte stillinger alene på Region Hovedstadens fødesteder. Derfor byder vi også alle tiltag, der kan gøre regionens fødesteder til attraktive arbejdspladser for medarbejderne, meget velkomne, og vi opfordrer til at der bliver lyttet til de forslag og anbefalinger de relevante faggrupper byder ind med i den forbindelse.

På baggrund af ovenstående mener vi derfor, at den 3-årige investeringsplan bør ansues nærmere som en **genopretningsplan**, som bør følges op af yderligere investeringer, når det, man bør kunne betegne som et tilstrækkeligt basistilbud til alle, er implementeret i den daglige drift på alle fødesteder.

### Kapitel 3 Tendenser for fødeområdet

Der beskrives en tendens til at gravide og deres familier ønsker høj grad af viden og inddragelse samt at deltage i beslutninger om eget forløb, hvorfor regionen foreslår et fokus på **inddragelse og fælles beslutningstagning** gennem hele forløbet. Vi mener at alle familier skal sikres inddragelse og medbestemmelse i kontakten med svangreomsorgen med udgangspunkt i deres ønsker og autonomi, og savner flere ord på hvordan regionen vil sikre at gravide og deres partnere informeres bedre og inddrages i beslutninger om deres eget forløb.

Forældre og Fødsel anbefaler:

- At alle tilbydes forældre- og fødselsforberedelse i mindre hold, som udover det indhold, der følger af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, også har indhold som lægger vægt på brugernes retsstilling med fokus på familiens autonomi, informeret samtykke og informerede valg
- At fagfolk løbende og systematisk har fokus på deres praksis i forhold til indhentning af informeret samtykke
- At der udarbejdes beslutningsstøtteværktøjer til at understøtte brugernes beslutningstagen i de mest almindeligt forekommende valg, der skal træffes i graviditets-, fødsels- og barselsforløb, som fx beslutning om valg af fødested, igangsættelse og igangsættelsesmetoder, medicinske smertelindringsmuligheder samt beslutningen om hvorvidt barselstiden skal foregå hjemme eller på fødestedet.

I afsnittet om **tilstedeværelse af komplikationer**, beskrives årsagerne hertil som værende høj alder, overvægt og kroniske sygdomme. Da Forældre og Fødsel i 2020/2021 indsamlede vidnesbyrd om svigt i svangreomsorgen, var det et gennemgående tema, at gravide, omfattet af disse

risikofaktorer, oplevede patroniserende, dehumaniserende og til tider nedværdigende kommunikation og behandling fra fagpersoner undervejs i deres graviditets-, fødsels- og barselforløb. Vi ønsker derfor at der rettes en særlig opmærksomhed på at anskue gravide i disse kategorier som hele mennesker, med familiedannelsen som udgangspunkt, fremfor at tage udgangspunkt i den eller de risikofaktorer, den gravide også har med sig.

For at få en forståelse for hvordan det kan opleves at blive mødt som en "med risikofaktor" frem for en "i lykkelige omstændigheder" opfordrer vi til at lytte til oplægget [Tyk og gravid](#), hvor vores næstforkvinde Signe Nordsted fortæller om at være tyk og gravid i mødet med svangreomsorgen – ud fra både egne og andres oplevelser – og kommer med råd til fagprofessionelle. Vi anbefaler ligeledes indlægget [Min fødselshistorie: Kommunikative overgreb, manglende information og at tale for døve øren](#), som er skrevet af en fødende med kronisk sygdom (type 1 diabetes) om hendes oplevelser i mødet med svangreomsorgen.

**Den sociale ulighed** i forekomsten af graviditets- og fødselskomplikationer, såsom lav fødselsvægt, for tidlig fødsel og medfødte misdannelser samt højere forekomst af dødsfald i den første levemåned blandt børn af mødre med lavt uddannelsesniveau, kalder på forebyggende tiltag i langt bredere forstand end hvad der ses afspejlet i fødeplanen. Her tænker vi eksempelvis på sikring af forældre- og fødselsforberedelse i mindre hold (og på flere sprog), længere tid til jordemoderkonsultationer og udbredelse af kendt jordemoderordning, som er den organiseringsform, som har vist de bedste resultater i forhold til nedsættelse af risikoen for flere af de nævnte graviditets- og fødselskomplikationer.

## Kapitel 4 Fødeområdet organisering

Region Hovedstaden huser landets største fødeafdelinger, på godt og på ondt. Vi ser frem til åbningen af det nye fødested på Bispebjerg Hospital, som forhåbentlig vil tage lidt af presset fra de øvrige fødesteder nærmest København.

I dette kapitel sættes der lidt flere ord på medinddragelse og fælles beslutningstagen. Vi er enige i indholdet, men savner fortsat konkrete bud på hvordan regionen vil løfte dette fokus i forbindelse med fødeplanen og i den daglige drift på fødestederne. Et sted at starte kunne eksempelvis være at sikre, at der afsættes tilstrækkelig tid i jordemoderkonsultationerne til at sætte både brugernes og fagpersonernes viden i spil og udfolde egne præferencer, forståelser, værdier samt sundhedspersonalets faglige viden og vurderinger i grundlaget for de beslutninger, der skal tages.

Forældre og Fødsel anbefaler:

- At der afsættes tilstrækkelig tid under konsultationerne til, at den gravide og hendes eventuelle partner har mulighed for at drøfte tanker, bekymringer og lignende med

jordemoderen før eller efter de fysiske undersøgelser. Vi vurderer, at der skal afsættes minimum 45 minutter pr. konsultation eksklusiv journalføring.

## Kapitel 5 Tilbud i graviditet, fødsel og barsel

### 5.1 Graviditet

I fødeplanen er der beskrevet tre indsatser, der vedrører graviditetsperioden, som regionen vil arbejde med de kommende år:

Indsats 1: Koordinering af forældre- og fødselsforberedelse

Indsats 2: Nyt digitalt univers for gravide og nybagte forældre

Indsats 3: Tidlig opsporing

#### 5.1.1 Grundforløb

Forældre og Fødsel bakker overordnet set op om Sundhedsstyrelsens anbefalinger for grundforløb samt niveauinddelingen af svangreomsorgen, som giver mulighed for at tilbyde individualiseret tilpasset støtte på baggrund af forskellige behov. Vi ønsker dog også at pointere, at det er vigtigt at indholdet i grundforløbet ikke bliver så skrabet, at man er nødt til at kategorisere gravide som "sårbare" og visitere dem over i den voksende gruppe af gravide med særlige behov for at kunne tilbyde den støtte og omsorg, man bør kunne forvente at blive mødt med i løbet af den omvæltende livsovergang det er at være gravid, føde og skabe en familie. Ligeledes vil vi appellere til at man er meget varsom med at omlægge konsultationer i graviditeten til digitale løsninger. Digitale løsninger skal være en mulighed, men må ikke erstatte fysiske møder. Det er ikke alle detaljer og behov, der kan opfanges gennem en skærm. Tryghed og tillid er fundamentet for at man som gravid tør åbne op om de bekymringer man har og stille de spørgsmål man brænder inde med. Og det har bedre forudsætninger for at opstå i det fysiske møde end bag en skærm. Med det sagt støtter vi op om udviklingen af et **digitalt univers** for kommende og nye familier, som kan gøre information, kommunikation og viden mere overskuelig og tilgængelig.

I fødeplanen beskrives det at Region Hovedstaden tilstræber kontinuitet og kendthed igennem graviditeten og at forløbet tilrettelægges så den gravide "så vidt muligt" møder den samme jordemoder eller det samme team af jordemødre under graviditeten. Forældre og Fødsel mener, at **kendthed og kontinuitet skal være af højeste prioritet** i tilrettelæggelse og organiseringen af jordemoderkontakten før, under og efter fødslen. Det skyldes at denne organiseringsform – i Danmark bedst kendt som "Kendt Jordemoderordning (KJO)" – har overvældende sundhedseffekter for både fødende og børn og dermed et enormt forebyggelsespotential. Vi ønsker derfor at dette tilbud skal udbredes til alle familier, og at regionen iværksætter forsøg, der kan afprøve forskellige modeller med henblik på at skabe en balance mellem arbejdsopgaver, vagtbelastningsgrad og

privatliv, som kan gøre det mere attraktivt for jordemødre at arbejde i kendte jordemoderordninger.

Forældre og Fødsel anbefaler:

- At jordemoderstøtten tilrettelægges på en måde, så den gravide/fødende er tilknyttet maksimalt 3-4 jordemødre
- At det faste team omkring den gravide/fødende varetager hele forløbet, herunder fødselsforberedelsen, graviditetskonsultationer, selve fødslen, besøg på barselsgangen og/eller opfølgende hjemmebesøg og efterfødselssamtale
- At antallet af jordemoderkonsultationer som minimum lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, uden differentiering mellem første- og flergangsfødende, herunder at første konsultation ligger inden 1. trimester scanningen
- At der afsættes tilstrækkelig tid under konsultationerne til, at den gravide og hendes eventuelle partner har mulighed for at drøfte tanker, bekymringer og lignende med jordemoderen før eller efter de fysiske undersøgelser. Vi vurderer, at der skal afsættes minimum 45 minutter pr. konsultation eksklusiv journalføring.

#### 5.1.2 Fødsels- og forældreforberedelse

Det første fremhævede indsatsområde i fødeplanen er, at regionens forældre- og fødselsforberedelsestilbud skal koordineres på tværs af fødestederne på regionen og i højere grad organiseres som et fællesregionalt tilbud. Vi bakker op om forældre- og fødselsforberedelse som særligt indsatsområde, og kan også se fordele i at udvikling af indhold, rammer og lignende, udføres og koordineres på tværs af fødestederne i regionen, så de fødende ikke oplever de store forskelle, som de gør nu. I den forbindelse vil vi dog pointere, at det er vigtigt at selve afviklingen af forældre- og fødselsforberedelse foregår så lokalt som muligt – og altså ikke centraliseret på ét eller få fysiske lokationer i regionen. Vi kan se stort potentiale i at regionen samarbejder med kommunerne om at oprette mindre, lokale forældre- og fødselsforberedelseshold, hvor både fagprofessionelle fra fødestederne (primært jordemødre) og fagprofessionelle fra kommunen (primært sundhedsplejersker) står for facilitering og undervisning. Vi kan også se spændende perspektiver i samarbejde med civilsamfundsorganisationer, hvor vi i Forældre og Fødsel eksempelvis ville kunne byde ind med ammeforberedende indhold samt indhold med fokus på fødendes retsstilling, autonomi og informerede valg.

Forældre og Fødsel anbefaler:

- At alle kan tilbydes forældre- og fødselsforberedelse i mindre hold iht. Sundhedsstyrelsens anbefalinger
- At kommende forældre oplyses om fordele og ulemper ved forældre- og fødselsforberedelse i hhv. mindre hold, auditorieundervisning og virtuelt, så de kan træffe et informeret valg om hvilken form, de ønsker

- At undervisningsforløbene har et omfang på minimum 8 timer
- At størrelsen på holdene maksimalt er på 8-10 familier
- At der indgår indhold, som lægger vægt på brugernes retsstilling med fokus på familiens autonomi, informeret samtykke og informerede valg
- At der oprettes differentierede hold, så kommende forældre har mulighed for at vælge at komme på hold med andre, som de i højere grad kan spejle sig i end den klassiske familieform. Det kunne fx være særlige hold for forældre, der venter tvillinger, regnbuefamilier, solomødre, par der har været igennem fertilitetsbehandling, forældre som ikke taler/forstår tilstrækkeligt dansk og derfor har brug for at undervisningen foregår på et andet sprog

### 5.1.3 Tidlig opsporing af gravide og familier med særlige behov

I forbindelse med tidlig opsporing er det vigtigt at sikre, at der kan følges op med relevante og anvendelige tilbud, fx i forhold til problemer relateret til vold, alkohol- eller rusmiddelforbrug, psykiatriske lidelser mv.

## 5.2 Fødsel

Vi er enige i målet om at gravide skal opleve et trygt, sammenhængende fødselsforløb uanset hvor og hvordan fødslen foregår, med det bedst mulige sundhedsudfald for mor og barn samt at fødslen bliver en god oplevelse for forældrene.

Til at understøtte dette iværksættes to særlige indsatser:

### Indsats 4: Trygge fødende i den indledende fase af fødslen (latensfasen)

Regionen ønsker at styrke tilbuddet ved opstart af fødslen, fx i form af sparring og fælles beslutningstagen omkring den indledende fase af fødslen. Vi foreslår at starte endnu tidligere, nemlig ved at sikre at alle kommende forældre får tilbud om forældre- og fødselsforberedelse i små hold. Dansk forskning viser, at førstegangsfødende, der har deltaget i fødselsforberedende undervisning i små hold, oplever at være mindre bekymrede under graviditeten og at de er godt forberedte på at håndtere den tidlige start af fødslen hjemme. Det betyder, at de fødende kommer senere på fødegangen og har mindre behov for medicinsk smertelindring. Desuden ser man, at de har en mere positiv oplevelse af fødslen 5 år efter end de fødende, der har deltaget i auditoriebaseret undervisning, som er det tilbud de fleste fødende får i dag. Det oplevede behov for tættere sparring og involvering i beslutningsprocessen om hvornår man kan komme ind på fødestedet, mener vi kan imødekommes langt bedre ved at sikre at de gravide får viden om fødselsfasen, strategier og konkrete metoder for håndtering af veer samt ved at bemande fødestederne tilstrækkeligt, så man ikke oplever at blive "holdt hen" af fødemodtagelsen, fordi der ikke er personale til at tage imod en, når man har behov for at komme ind på sit fødested.

#### Indsats 5: In-house fødeklinikker og fødestuer

I Forældre og Fødsel hilser vi tiltag, der understøtter en rolig og tryk fødsel velkommen. Aktuelt foregår 97 % alle fødsler på hospitalet, blandt andet fordi valgmulighederne er begrænsede. Forældre og Fødsel er stærke fortalere for, etablering af flere fritstående, jordemoderledede fødeklinikker landet over. Aktuelt er det kun en mulighed i Region Sjælland, med det privat-offentlige samarbejde mellem regionen og den private fødeklinik Roskilde Fødeklinik, der varetager ca. 200 fødsler årligt, finansieret af Region Sjælland, dvs. uden brugerbetaling. I Region Syddanmark er der ligeledes en på vej. I Region Hovedstaden har man valgt at satse på in-house fødeklinikker, hvor der gælder samme visitationskriterier som på en fritstående, jordemoderledet fødeklinik. Dog kan man ikke sammenligne in-house fødeklinikker 1:1 med fritstående fødeklinikker.

Fritstående fødeklinikker adskiller sig fra in-house fødeklinikker i både organisering og indhold. Med udgangspunkt i Roskilde fødeklinik betyder det konkret:

- 2 kendte jordemødre til hver familie, som man går i konsultation hos under graviditeten,
- 7-11 jordemoderkonsultationer à en times varighed,
- 10 timers fødselsforberedelse i små hold,
- jordemoderstøtte- og omsorg under fødslen med 50 % chance for at komme til at føde med en af de to jordemødre, man har gået i konsultation hos. Derudover møder familierne alle klinikens jordemødre via fødselsforberedelsen, hvorfor chancen for at komme til at føde med en kendt jordemoder nærmere er 100 %.
- klinikjordemoder følger med familien i tilfælde af overflytning til hospital og bliver til barnet er født
- 1-2 barselsbesøg i eget hjem evt. allerede på 1. og ellers på 3. dagen, i kombination med hælblodprøvetagning (PKU-test) og besigtigelse af eventuelle bristninger, fødselssamtale og ammevejledning
- Efterfødselssamtale og afrunding af forløb 3-6 uger efter fødslen

For in-house klinikkerne i Region Hovedstaden er det alene fødslen, som varetages på fødeklinikken og dermed får de fødende, der vælger klinikken som fødested ikke alle de fordele, der er ved en fritstående, jordemoderledet fødeklinik.

Regionen ønsker at styrke in-house fødeklinikkerne. En fødeklinik er mere end en fødestue hjemlig indretning. En reel styrkelse ville være at tilbyde kendt jordemoderordning til alle, der er tilknyttet fødeklinikkerne og at disse varetager hele forløbet både før, under og efter fødslen.

Vi ved at Roskilde Fødeklinik er et meget populært tilbud blandt familierne samt at tilfredsheden er overvældende. Det er endda så populært at flere fødende fra Region Hovedstaden ønsker at føde der, hvilket de kan få mulighed for via det frie sygehusvalg, men da kapaciteten er

begrænset og fødeklinikken først og fremmest skal servicere fødende fra Region Sjælland, er det kun få, der får mulighed for at føde der.

Vi ved fra forskning, at fødsel på fødeklinik er et sikkert valg for velvisiterede gravide med ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel. Erfaringerne fra Roskilde Fødeklinik bekræfter dette.

Vi mener, at Region Hovedstaden, som den region der varetager allerflest af landets fødsler, bør have et langt mere mangfoldigt fødetilbud, og derfor bør arbejde for at etablere fritstående, jordemoderledede fødeklinikker. Vi har i Forældre og Fødsel ingen holdning til om fødeklinikkerne skal være offentlige eller private. Det vigtige er, at de er selvstændigt ledet af jordemødre samt ledelsesmæssigt, organisatorisk og fysisk adskilt fra hospitalet. Samtidig skal det sikres, at klinikkerne ikke kan opkræve brugerbetaling for deres ydelser, som blandt brugerne af klinikken kan skabe et A- og B-hold og dermed bidrage til ulighed i sundhed.

Vi ved at der har været flere politiske forslag til behandling i Regionsrådet herom, men at de aldrig er nået videre derfra. Vi mener, at dette skyldes en række myter og politiske uenigheder, som vi har tilbagevist i et nyligt [debatindlæg](#) i Sundhedsmonitor. Vi appellerer til at de politiske partier i regionen anmoder administrationen om et sagligt oplæg til modeller for etablering af fritstående, jordemoderledede fødeklinikker, så Regionsrådet og Sundhedsudvalget kan tage stilling til konkrete muligheder.

Mangfoldige fødetilbud til de kommende og nye familier giver ligeledes mangfoldige arbejdspladser for jordemødre. Vi tror på, at etablering af fritstående, jordemoderledede fødeklinikker ville kunne tiltrække nogle af de jordemødre, som har forladt fødegangsarbejdet på de store fødesteder, og dermed bidrage til en fastholdelsesstrategi, som er bydende nødvendig.

Med en bredere palette af fødetilbud, ville der blive mulighed for at ressourcerne til specialiseret fødselshjælp bruges smartere til dem, der har behov herfor. Forældre og Fødsel mener, at fødende skal have mulighed for at føde der, hvor de føler sig tryggest, og at rammerne og bemandingen på alle former for fødetilbud (hospital, fødeklinikker, hjemmefødselsordning) skal understøtte nærværende, kompetent og inddragende professionel hjælp, støtte og behandling, som har fokus på familiernes behov, ønsker og autonomi.

Fødsel på hospitalernes specialafdelinger giver mulighed for en høj grad af sikkerhed for den fødende og barnet i de tilfælde, hvor der opstår komplikationer. Men sikkerhed bør ikke kun måles på overlevelseshraten. Vi mener, at tid og omsorg skal anerkendes som sundheds(fremmende)ydelser og værdisættes på linje med fx. fysiske helbredsundersøgelser, medicinsk behandling og indgreb.

### 5.2.2 Fødsel i eget hjem

Region Hovedstaden har i 2019 oprettet en fælles regional hjemmefødselsordning, som dækker familier fra alle optageområder undtagen Bornholm, som har deres egen ordning.

Det er vores indtryk at ordningen, efter en lidt svær start bl.a. grundet coronarestriktioner, er vel-fungerende og at det har stor værdi, at de jordemødre, som arbejder i ordningen, varetager hjem-mefødsler som et aktivt tilvalg og ikke indgår i normeringen på hospitalsfødegangene, når de er i vagt. Vi anbefaler dog, at regionen lader sig inspirere af Region Sjælland i den videre udvikling af ordningen. Region Sjælland har landets største andel af hjemmefødsler, hvor ca. 7-8 % føder hjemme, hvilket formentlig skyldes den særlige organiseringsform i Hjemmefødselsordning Sjæl-land, hvor jordemødrene varetager hele forløbet før, under og efter graviditeten, og familierne dermed opnår en høj grad af kontinuitet og kendthed i deres forløb. Vi anbefaler ligeledes at der iværksættes initiativer, som sikrer at alle får evidensbaseret information om valg af fødested.

Forældre og Fødsel anbefaler:

- At der sikres et mangfoldigt fødetilbud i Region Hovedstaden, som skaber en bedre ba-lance mellem større og mindre fødeenheder, bestående af fødeafdelinger på hospitaler, fødeklinikker i tilknytning til hospitalerne (in-house), fritstående, jordemoderledede føde-klinikker samt hjemmefødselsordning
- At alle fødende sikres kontinuerlig tilstedeværelse af en jordemoder under aktiv fødslen og tidligere ved behov
- At udbredelsen af evidensbaseret information om valg af fødested styrkes
- At der iværksættes initiativer, der sikrer høj grad af kontinuerlig, kendt og nærværende støtte i alle fødetilbud med udgangspunkt i organiseringsformen "kendt jordemoderor-ning"
- At der iværksættes initiativer til også at sikre en rolig og tryk atmosfære på modtage- og fødestuer på hospitalernes specialafdelinger, herunder med fokus på hvordan man kan sikre, at dem der føder via kejsersnit får en god og tryk fødselsoplevelse samtidig med at man sikrer de nødvendige procedurer, der er i forbindelse med det operative indgreb.

### 5.3 Barsel:

I afsnittet om barsel er der fremhævet 5 særlige indsatser:

- Indsats 6: Hjemmebarsel
- Indsats 7: Barselsophold på hospitalet for førstegangsfødende
- Indsats 8: Fælles regional døgnbemandet hotline
- Indsats 9: Gennemgang af fødselsforløbet
- Indsats 10: Tilbud til forældre der mister

Vi er enige i, at der er behov for særlige indsatser på disse 5 områder.

### Hjemmebarsel og barselsophold på hospitalet

At blive forældre er en af de mest livsomvæltende begivenheder. Det er en psykologisk proces som byder på stor omstilling af roller, relationer og kompetencer, som håndteres bedst med god forberedelse, vejledning og støtte.

Nogle forældre føler sig klar til at tage hjem kort tid efter fødslen. Nogle har brug for en overnatning og andre har brug for flere dages indlæggelse. Det må aldrig blive forventningen, at bare fordi en fødsel er fysisk ukompliceret, er enhver i stand til at tage hjem kort efter. Men sådan er det i svangreomsorgen i dag, trods anbefalinger om det modsatte.

Sundhedsstyrelsen skriver i deres anbefalinger til svangreomsorgen, at det er altafgørende for familiedannelsen, at både mor og far/partner har mulighed for at være indlagt på barselsgangen. Ligeledes understreger styrelsen, at i den første uge er det vigtigt at opspore risici, og sikre at mor og barn er i trivsel, ved hyppig og regelmæssig opfølgning på mor og barns tilstand. Det betyder blandt andet, at ingen bør sendes hjem før de er klar, og at der ved tidlig udskrivelse – hvis forældrene vælger det – er sikret at forældrene er velforberedte, og har adgang til den nødvendige støtte og opfølgning på lige fod med indlagte.

Med det sagt er vi enige i at hjemmebarsel kan være en attraktiv mulighed for mange nybagte familier, og at der skal iværksættes initiativer som sikrer at familierne føler sig trygge ved at vælge denne mulighed. Vi ønsker, at der førstegangsfødende tilbydes minimum 2 besøg og flergangsfødende minimum 1 besøg af jordemoder indenfor de første 3 dage efter fødslen med mulighed for at supplere med ekstra behovsbesøg og telefonisk kontakt samt at PKU-hælprøven og hørescreening også tilbydes ved et disse besøg, så familierne ikke skal ud på en unødvendig stressende køretur til hospitalet.

Forældre og Fødsel anbefaler:

- At førstegangs- såvel som flergangsfødende skal have lov at blive på fødestedet indtil de er klar til at tage hjem
- At der skal være mulighed for at den fødendes partner kan være medindlagt, så familier ikke tvinges til adskillelse lige når de er dannet, ej heller ved sygdom og/eller komplikationer hos den fødende eller barnet
- At minimumsgarantien for antal timer/døgn, man kan opholde sig på hospitalet, skal det sikres at dette ikke i praksis bliver til maksimum
- Fødende der er klar til det og vælger at tage hjem kort tid (mindre end 24 timer) efter fødslen, skal tilbydes opfølgende hjemmebesøg fra fødestedet

### Fælles regional døgnbemandet hotline

Regionen ønsker at oprette en fællesregional hotline, som skal sikre at familierne de første 7 dage efter fødslen hurtigt kan få den nødvendige sundhedsfaglige rådgivning døgnet rundt.

Vi bakker op om lettilgængelig og hurtig hjælp, og mener at rådgivningen skal dække bredt i forhold til familiernes behov og ikke alene have fokus på barnets trivsel.

Forældre og Fødsel anbefaler:

- At hotlinen bemandes af sundhedsprofessionelle med kompetencer inden for amning, efterfødselsreaktioner, bristninger, ar- og sårpleje, familiedannelse og spædbarnspleje
- At hotlinen er åben for familier i minimum 14 dage efter fødslen
- At hotlinens medarbejdere har mulighed for at visitere familien til at modtage hjemmebesøg af kvalificeret sundhedspersonale med kompetencer inden for den problemstilling, henvendelsen drejer sig om

### Efterfødselssamtale til familier, syge og for tidligt fødte samt tilbud til forældre som mister et barn

Vi bakker op om at alle skal tilbydes muligheden for at få talt fødslen igennem. En efterfødselssamtale kan – når fødslen er kommet lidt, men ikke for langt, på afstand – hjælpe forældrene med at bearbejde oplevelsen og forstå forløbet, og vi er enige i at en efterfødselssamtale kan være en god afrunding på et graviditets- og fødselsforløb uanset om der har været komplikationer eller ej.

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen, anbefales der at komplicerede forløb tales igennem med en jordemoder og/eller obstetriker, i det omfang den fødende føler det nødvendigt, og at der tilkobles relevante fagpersoner om nødvendigt.

Vi anbefaler i tillæg til dette, at der i opfølgningen altid kobles til sundhedsplejerske og egen læge, hvis familien ønsker det, så familien ikke risikerer at føle sig tabt mellem region og kommune.

For nogle familier vil efterfødselssamtaler ikke være tilstrækkeligt til at afhjælpe eksempelvis belastningsreaktioner eller posttraumatisk stress som følge af fødselsforløbet.

Derfor skal det først og fremmest være nemt at blive henvist til akut, gratis eller tilskudsberettiget psykologhjælp hos en psykolog, der har viden om svære fødsler. Der bør indføres en behandlingsgaranti, således at psykologforløbet kan starte op umiddelbart efter henvisningen, for at sikre at forælderen/forældrene får den nødvendige støtte til at bearbejde det traumatiske eller svære forløb, så de samtidig er i stand til at tage vare på det lille ny familiemedlem. Brugerne har også nævnt at de har oplevet god effekt af at indgå i fællesskaber, som for eksempel samtalegrupper,

hvor komplicerede graviditeter, fødsler og efterfødselsforløb har været i fokus. Dette bør være et tilbud i alle kommuner.

Desuden ser vi det vigtigt at der tages hånd om både for tidlige fødsler, graviditetstab, dødfødsler og tidlig spædbarnsdød. I disse tilfælde er det vigtigt at hele familien tilbydes akut og kompetent hjælp til at håndtere sorgen over omstændighederne, uanset omstændighederne for dette.

Vi anbefaler herudover at der for skal være mulighed for at få en samtale med en socialrådgiver i forbindelse med spørgsmål til f.eks. barsel, sygemelding og støttemuligheder. En socialrådgiver, eller anden fagperson, kan også fungere som koordinator for familiernes behandling, såfremt det ønskes. Mennesker i krise har større tendens til at glemme aftaler, miste overblikket og mangle overskud til selv at tage kontakt ved behov. Derfor er det essentielt at familierne støttes i at få mest muligt ud af det de tilbydes, samt at indsatsen er opsøgende.

Forældre og Fødsel anbefaler:

- At alle skal have tilbud om efterfødselssamtale med (kendt) jordemoder og der skal sikres overdragelse til egen læge og/eller sundhedsplejerske ved risiko for udvikling af efterfødselsreaktion og/eller ved voldsomme eller traumatiske fødsler.
- At sundhedsplejersken foretager screening af hele familien for både efterfødselsreaktioner og andre psykiske komplikationer som følge af f.eks. en traumatisk fødselsoplevelse. Screeningen skal foretages både tidligt og senere i forløbet, da flere oplever forsinkede reaktioner.
- At det skal være nemmere for hele familien at få en henvisning til gratis/tilskudsberettiget hjælp hos en psykolog med viden om fødsler og reaktioner herpå.
- At der oprettes af tilbud til familier, der har været igennem voldsomme fødsler og/eller oplever efterfødselsreaktion, eksempelvis i form af gruppeforløb.
- At der ydes kompetent og akut hjælp til krisehåndtering ved for tidlige fødsler, ufrivillige aborter, dødfødsler og tidlig spædbarnsdød samt opfølgende tilbud, der sikrer at man ikke overlades til sig selv
- At der er mulighed for at få hjælp af en socialrådgiver tilknyttet fødestedet, som kan yde rådgivning til f.eks. sygemelding, barselsregler og støttemuligheder.
- At familier får tilknyttet en koordinator, hvis deres situation er kompliceret og kræver flere forskellige fagpersoners hjælp.

## **Andre bemærkninger til kapitel 5 om indsatser under graviditet, fødsel og barsel**

### Fysiske følger og komplikationer som følge af graviditet og fødsel

Hvor fødeplanen gennemgående har et blik for de psykosociale aspekter af graviditets-, fødsels- og efterfødselsforløb, savner vi et fokus på de fysiske aspekter.

De fysiske gener og skader den fødende kan pådrage sig under graviditet og fødsel er i mange år blevet stiltiende accepteret som prisen for at få et barn. Ud over at fødselsskader kan være tabuiserede og skamfulde, beretter fødende om, at det er svært at finde specialiseret hjælp i form af konkret vejledning og genoptræning ved bækkenløsning, bristninger, klip i mellemkødet, underlivs prolaps, delte mavemuskler og kejsersnit. Mange af dem, som oplever alvorlige fysiske gener efter graviditet og fødsel føler ikke, at de har fået rettidig og kyndig hjælp i forhold til diagnosticering, behandling og genoptræning. Mange oplever, at de ikke får adgang til dette gennem deres fødested, men må opsøge private tilbud, når generne påvirker dem i sådan en grad, at det står i vejen for deres forældreskab, livskvalitet og daglige livsførelse.

Omtrent hvert 5. barn i Danmark bliver født ved kejsersnit. Mens der ved andre operationer tilbydes vejledning og kommunal genoptræning, er de fødende ofte ladet alene kun med instruktion om ikke at bære mere end spædbarnet de første uger.

Forældre og Fødsel anbefaler:

- At der gives adgang til evidensbaserede anbefalinger omkring bækkenbundsproblematikker, fødselsskader, kejsersnit, arpleje og genoptræning.
- At der er tilgængelige videoer med vejledning om genoptræning efter fødslen.
- At der gives tilbud om at blive tilset af fysioterapeut med speciale inden for gynækologi/obstetrik efter fødslen i forhold til individuel vurdering af behov for genoptræning.
- At der bliver mulighed for at få henvisning til fysioterapeutisk genoptræning i offentligt regi ved behov efter både fødselsskader og kejsersnit.

### Amning

Vi mener der mangler et gennemgående fokus på hvordan fødeplanen kan understøtte amning og støtte familierne i at opnå en god ammeetablering, der kan danne grobund for succesfulde ammeforløb.

I Forældre og Fødsel mener vi at alle bør have ret til individuel og personlig hjælp fra fødestedet hele døgnet til at komme godt i gang med amning og at der skal ske overlevering fra fødested til sundhedsplejerske.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at spædbørn ammes fuldt, til de er omkring 6 måneder samt delvist til 12 måneder eller længere. Det har sundhedsmæssige fordele for både barnet og den ammende.

Næsten alle fødende ønsker at amme deres barn fra fødslen. Men nationale data om amning viser at ammefrekvensen i Danmark er dalende. Fx er andelen af børn, der bliver ammet når de

er to uger gamle faldet fra 92,2 % i 2011 til 83,4 % i 2020. Ved 4 måneders alderen er det 53,4 % af børnene, der fortsat fuldammes. Der kan være mange årsager til ammeophør, og man skal ikke amme for enhver pris. Men man skal heller ikke være tvunget til at stoppe et ønsket ammeforløb, fordi man ikke kan få den rette hjælp. Derfor mener vi, at der i fødeplanen skal indgå en plan for hvordan regionen vil sikre, at nybagte familier, får den rette hjælp og støtte til at opnå de amme-forløb, de ønsker. Og at de, som ikke ønsker at amme/forsætte med at amme, får den rette vejledning om flaskeernæring.

Forældre og Fødsel anbefaler:

- At alle fødestederne i regionen skal have IBCLC-uddannede ammevejledere ansat i en vejledende funktion, og at der bør være tid til at alle fødende modtager individuel og konkret ammevejledning, tilpasset deres situation og krop
- At sundhedspersonale på fødegang, barselsgang samt sundhedsplejersker skal gennemgå efteruddannelse i ammevejledning, for at sikre kompetent og ensartet hjælp.
- At den fødende skal have ret til hjemmebesøg af kendt jordemoder eller en uddannet ammevejleder inden for en uge efter fødslen ved behov for hjælp i forbindelse med ammeetablering
- At fødestederne etablerer åbne ammeambulatorier, hvor den ammende kan få hjælp og vejledning i mindst 14 dage efter fødslen efter behov uden en fast tid.
- At der etableres ammehotlines, hvor den fødende kan få individuel telefonisk rådgivning
- Der skal være overlevering fra fødested til sundhedsplejerske ved udskrivelse efter fødslen, hvor sundhedsplejersken (med samtykke) modtager information om den fødendes ammeopstart

## **Kapital 6 Understøttelse af det gode forløb**

For at kunne indfri visionen om, at alle familier i regionen skal opleve et trygt sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet både før, under og efter fødslen, beskrives der et behov for kendskab til de understøttende faktorer, der kan påvirke familiernes oplevelse af forløb og der oplystes i den forbindelse en række dataindsamlingsmetoder og digitale løsninger.

I Forældre og Fødsel er vi af den opfattelse at vi allerede ved en masse om hvad der påvirker familierne oplevelser med svangresomsorgen, både via kvalitativ og anekdotisk viden, men i høj grad også via forskning.

Vi foreslår derfor, at regionen nedsætter et eller flere implementeringsudvalg med repræsentanter fra det politiske niveau, administrationen, fagfolk, forskere på området samt brugerne, som kan beskrive det konkrete indhold i de tiltag, der skal til for at kunne leve op til den beskrevne vision for fødeområdet i Region Hovedstaden. For det mangler i den fødeplan, der er til høring.

Afslutningsvist takker Forældre og Fødsel for muligheden for at være en del af Advisory Boardet og gør opmærksom på, at vi står til rådighed for uddybning og spørgsmål i forhold til dette høringssvar ved behov.

På vegne af bestyrelsen i Forældre og Fødsel,

Med venlig hilsen

Mie Ryborg-Larsen  
Formand

Forældre og Fødsel  
[www.fogf.dk](http://www.fogf.dk)

### **Om Forældre og Fødsel**

Forældre og Fødsel er den eneste medlemsbaserede interesseorganisation, som repræsenterer alle brugere af svangreomsorgen. Vores hjertesag er at arbejde for at give brugerne af svangreomsorgen indflydelse og medbestemmelse i deres graviditets-, fødsels- og barselsforløb.

I Forældre og Fødsel mener vi, at familiernes ønsker for graviditeten, fødslen og barslen kan være en drivkraft for en sundere start på familielivet samt en kilde til at undgå sygdom senere i livet.

I Forældre og Fødsel tilbyder vi desuden gratis, vidensbaseret og personlig ammerådgivning via et korps af frivillige ammerådgivere.

## Høringssvar fra SFR Gynækologi og Obstetrik vedr. Fødeplan for Region Hovedstaden

### ” Det handler om liv – lige fra begyndelsen”

Marts 2023

SFR for Gynækologi og Obstetrik i Region Hovedstaden har været bredt repræsenteret i den arbejdsgruppe, som har givet input til det regionale arbejde med at udarbejde en ny fødeplan for regionen. Arbejdsgruppen har også deltaget i præsentationen af et udkast til fødeplanen for regionens Sundhedsudvalg. SFR værdsætter, at rådet er blevet så aktivt inddraget i processen.

Mange af elementerne i udkastet til den nye fødeplan bygger på Sundhedsloven, ”Anbefalinger for Svangreomsorg” og ”Anbefalinger for organisering af fødeområdet” fra 2021. Derudover er der tilføjet rigtig gode tiltag, som har potentialer til at understøtte og styrke fødeområdet.

#### Generelt:

- 1) Det er en forudsætning for at kunne gennemføre de indsatsområder, som Fødeplanen ønsker at prioritere, at der tilføres ressourcer til fødeområdet. Det gælder såvel økonomiske som personalemæssige ressourcer.
- 2) Der i fødeplanen meget fokus på sårbare familier, voldsramte kvinder og familier der har mistet et barn. Det er uhyre vigtige områder, som også er prioriteret i de ovenfor nævnte retningslinjer, og som der tidligere måske har været mindre fokus på. Denne gruppe af sårbare ser ud til at være i stigning, og udgør omkring 15% af alle gravide. Man kunne ønske, at der også var mere fokus på de 15-20 %, der oplever komplikationer i graviditeten eller under fødslen, eller som er medicinsk syge.
- 3) SFR har en bekymring for den fremskrivning af det forventede antal fødsler frem til 2033, som Fødeplanen bygger på. Der har i de sidste 2 år været et fald på ca. 10% i antal fødsler i regionen. Hvis denne tendens fortsætter, er forudsætningerne for fødeplanen udfordret.

**Der er i den nye fødeplan oplistet 16 indsatsområder. Hermed kommentarer vedr. de enkelte områder**

#### Indsats 1. Fællesregionale tilbud

- At have et fælles regionalt samarbejde, hvor det giver mening, er indlysende en god ide. Der bør udarbejdes fælles materiale til brug for fødselsforberedelsesundervisning. Dette taler også ind i indsats 2 om et regionalt fødeunivers.

Afholdelse af undervisningen anses det til gengæld for vigtigt at holde lokalt og ikke fællesregionalt. De kommende forældre bliver derved knyttede til og føler sig forhåbentligt tryggere ved den respektive afdeling. Det vil samtidigt give en mulighed for et mere afvekslende arbejdsmiljø for jordemødrene, som ud over konsultationer, fødegangsarbejde og barselspleje også lokalt kan varetage fødselsforberedelser.

Der ønskes tilbud om fødselsforberedelser i mindre hold, noget som mange formodentlig har savnet. Der er dog ingen reel viden om, hvilke ønsker og behov de gravide og deres partner i virkeligheden har. Er det holdundervisning, de ønsker, eller vil de hellere sidde hjemme og deltage i Webinar eller studere materiale på nettet? Undervisning i mindre hold er **meget** ressourcekrævende, og det er derfor overordentligt vigtigt, inden man implementerer et sådan tiltag, at vi kender brugernes behov og ønsker.

#### **Indsats 2. Nyt digitalt undervers for gravide og nybagte forældre.**

- Er et helt relevant og nødvendigt initiativ, så taler fint ind i ovenstående.

#### **Indsats 3. Tidlig opsporing.**

- Er helt i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Der lægges op til udvidet første jordemoderkonsultation, som også skal flyttes til 1. trimester, hvilket kan være en tidsmæssig udfordring i forhold til visitation. Det vil kræve ekstra jordemoderressourcer med et udvidet tilbud.

#### **Indsats 4. Trykke fødende i den indledende fase af fødslen.**

- Vil kunne skabe større tryghed blandt de fødende. Også dette vil formodentlig kræve flere ressourcer, både mht. mere jordemoderomsorg og behov for flere sengepladser, så de fødende i nogen tilfælde kan få omsorgen under indlæggelse, hvis de ikke er trygge hjemme.

#### **Indsats 5. In-house fødeklinikker og fødestuer.**

- Der er allerede indrettet In-house fødeklinikker på hospitalerne. Dette er dog ikke tænkt ind ved projektering af de nye supersygehuse, hvilket kan blive en udfordring.

#### **Indsats 6. Hjemmebarsel.**

- SFR er enig i at det skal gøres attraktivt at barsle i hjemmet. Der er lagt op til flere hjemmebesøg ved jordemoder, hvilket er ressourcekrævende.
- 

#### **Indsats 7. Barselophold på hospitalet for førstegangsfødende.**

- Et tilbud som er politisk bestemt

#### **Indsats 8. Fælles regional døgnbemandet hotline.**

- En rigtigt god service, som kan give de nybagte forældre tryghed. Også dette område må forventes at kræve ressourcetilførsel.

#### **Indsats 9. Gennemgang af fødselsforløb.**

- Hvis alle barslende skal have tilbuddet systematisk, vil det kræve tilførsel af ressourcer.

#### **Indsats 10. Tilbud til forældre der mister.**

- Fødeplanen har relevant og nødvendigt fokus på tiltag til forældre, der mister et barn. Dette bør også gælde forældre, der oplever at få et alvorligt sygt barn.

#### **Indsats 11 og 12. Vedr. dataunderstøttelse.**

- En helt nødvendig og vigtig del af at sikre kvalitet, service og samarbejde på tværs.

#### **Indsats 13, og 14. Vedr. attraktive arbejdspladser.**

- Flere af tiltagene er allerede implementeret eller på vej til at blive det.

#### **Indsats 15. Organisering i mindre grupper eller teams.**

- Det er en vigtig ambition at nytænke organiseringen på de store fødesteder. Det er nævnt, at mindre teams vil betyde også mere kontinuitet for de fødende. Dette vil vel kun kunne gøre sig gældende ved "Kendt Jordemoder Ordning". Dette er ikke et ukompliceret koncept. Der kan være udfordrende at drifte, ligesom det kan være vanskeligt at rekruttere til en sådan ordning.

#### **Indsats 16. Partnerskab med civilsamfundsorganisationer.**

- Et samarbejde hilses velkomment.

### Høringssvar fra Jordemoderforeningen, Region Hovedstaden.

Først og fremmest – tusind tak for et flot visionært arbejde med den kommende Fødeplan. Tak for at være inddragende, lyttende og villige til at modtage feedback fra medarbejdernes fagforeninger, faglige selskaber, borgernes interesseorganisationer og diverse NGO'er.

Det har været spændende, men alt for svært at følge processen med udarbejdelsen af fødeplanen. Det var ærgerligt, at den officielle debatdag var sammenfalden med Jordemoderforeningens kongres og at den ikke kunne flyttes.

Jordemoderforeningen mener at det er unikt, at alle faggrupper medinddrages i forløbet gennem Advisory Board og at personalets behov for bæredygtigt arbejdsliv medtages i fødeplanen. Derfor kommer Jordemoderforeningens besvarelse også til at tage udgangspunkt i præcis det, som vi mener, har været nogle af de udløsende faktorer i forhold til, at jordemødrene 'flygter' fra de regionale arbejdspladser.

Jordemoderforeningen vil kvittere for en gennemskuelig plan, og en opbygning som er nem at arbejde med og vi følger samme opbygning i vores høringssvar.

#### Jordemoderforeningen foreslår:

Ansæt jordemødre til at arbejde med implementering, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af fødeplanen.

## 1 Formål og rammer

Ingen kommentarer.

## 2 Vision for fremtidens fødeområde

Først og fremmest tak for at medtænke personalet, som grundlaget for enhver god behandling i den kommende fødeplan.

Det er positivt og helt nødvendigt at regionen medtænker personalet, og det vil Jordemoderforeningen gerne kvittere for. I særdeleshed for jordemødrene har (er) arbejdsvilkårene strukturelt set været meget trængte af flere forskellige årsager, som uddybes senere i dette høringssvar, men allermest meget stramme budgetter og en alt for lav grundnormering.

Der er mange nye tilføjelser til Region Hovedstadens fødeplan, men Jordemoderforeningen mener, at fødeplanen ikke er tilstrækkeligt helhedstænkende. Netop derfor bliver fødeplanen begrænsende i forhold til jordemødrenes muligheder for faglig ekspansion, opnåelse af flere dagfunktioner og i særdeles muligheder for at opnå kombinationsstillinger, som kan være med til at reducere vagtbelastningen er fraværende.

Derfor ville Jordemoderforeningen foretrække en helhedsplan for *hele det reproduktive område* – fra tiden før undfangelsen til familieplanlægning, hvordan familier samarbejder og overlever sammen, når de skal forbinde arbejdsliv og familieliv.

Jordemødre er netop uddannet i hele det reproduktive område, og jordemødre har et stort behov for at sætte hele deres uddannelse i spil, blandt andet for at give jordemødre et betydeligt bedre og bredere arbejdsgrundlag med færre aften- og nattevagter. Kombinationsstillinger mellem f.eks. fertilitetsklinik og fødeafdeling vil give både den behandlede og behandlerne det bedste grundlag for godt og langvarigt samarbejde, hvor den enkeltes ønske om at reproducere sig understøttes hele vejen med en gennemgående jordemoder, som kan følge kvinden og partneren hele vejen fra undfangelse, graviditet og fødsel og de første dage efter fødslen indtil parret lander i deres nyetablerede familier.

Hvis Region Hovedstaden laver en *Plan for hele det Reproduktive område* bindes Region Hovedstadens visionsarbejde betydeligt bedre sammen med '*Det handler om liv – lige fra begyndelsen, 'Begyndelsen er afgørende', 'Trykke og sammenhængende forløb'*' og visionen om dannelse af '*Attraktive arbejdspladser for medarbejdere*', med fagligt engagement og mulighed for udvikling (kompetenceløft) og frem for alt dannelse af et '**bæredygtigt arbejdsliv**' – hvilket Jordemoderforeningen mener er nødvendigt for at sikre jordemødrenes langtidsholdbarhed i de regionale ansættelser.

Det er den rigtige fremgangsmåde for, at der kan blive skabt et bredere grundlag for de regionalt ansatte jordemødre og det vil samtidigt kunne give dem en eftertragtet reduktion af vagtarbejde.

### 3 Tendenser for fødeområdet

Graviditet er en stor og enestående faktor for psykosocial og økonomisk mobilitet. Jordemoderforeningen ønsker, at dette i langt højere grad skal understøttes i Region Hovedstadens fødeplan. Jordemoderforeningen mener, at forebyggelse og rådgivning skal starte langt tidligere, allerede før undfangelsen og graviditeten.

Dette kan for eksempel opnås gennem etablering af ungdomsmodtagelser, en langsigtet plan for det reproduktive område og et politisk arbejde for at fremme og understøtte familiedannelsesprocessen og de familierne i Region Hovedstaden.

Jordemødre har en uddannelsesmæssig baggrund, hvilket gør jordemødre særligt kvalificerede til at varetage det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med kvindelig liv fra teenageårene til overgangsalderen. Jordemødre ønsker at udvide deres faglige kompetencer og søge opgaver, der kan reducere vagtbelastningen for hele gruppen igennem andre typer opgaver i kombination med ansættelserne på fødeafdelingerne.

#### Jordemoderforeningen foreslår:

Giv jordemødre flere muligheder i den forebyggende indsats til gavn for folkesundheden.

Gør jordemødre til de helt centrale aktører før kvinderne (og deres evt. kommende partner) overhovedet påtænker graviditet, for at skabe det bedste fundament for familiedannelse.

Gør jordemødre til de helt centrale aktører i forhold til forberedelse af graviditeten, fødslen og forældreskabet.

Giv jordemødre mulighed for at møde de gravide kvinder på deres arbejdspladser, og lad jordemødre være med til at forebygge kvinders graviditetsbetingede sygdomsfravær.

**Kommentar vedr. fødselsforberedelsestilbuddet i Region Hovedstaden:** Det er problematisk at spørge en gruppe forældre om det fødselsforberedende tilbud er brugbart eller tilfredsstillende, når der igennem de sidste mange år ikke har været et fødselsforberedende kursus til den gravide kvinde med eller uden partner. Fødselsforberedelsen har delvist været sparet væk igennem de seneste mange år og er helt blevet aflyst på grund af Region Hovedstadens rekrutteringsudfordringer.

**Kommentar vedr. mangel på personale – jordemødre:** Regionens indsatser i forhold til at skabe attraktive arbejdspladser er utydelig og mangler klar og tydelig fremdrift. Det er ærgerligt, når nu intentionerne om at forbedre jordemødrenes rammer, vilkår og løn er der.

Jordemoderforeningen kunne derfor ønske, at Region Hovedstaden blev mere tydelig i forhold til deres tilbud til deres jordemødre – ikke kun i forhold til de nyuddannede. Mange jordemødre er ophørt i deres ansættelse i Region Hovedstaden bl.a. fordi de ikke har været i stand til at se udviklingsmulighederne for deres faggruppe. Til gengæld har de set ind i et arbejdsfelt med 45 års tungt belastet vagtarbejde og flere tusinde 'industri' fødsler foran sig uden kompetenceudvikling.

**Kommentar vedr. jordemødrenes manglende kompetenceudvikling:** Data fra KRL viser, at jordemødrenes kursustimer i Region Hovedstaden i 2021 ligger på 2.700 timer for 550 ansatte jordemødre, mens kursustimerne for Region Midt ligger på 9.300 timer for 450 jordemødre. I Region Hovedstaden er der normalt ca. 700 jordemødre ansat. Der er tale om en difference på 6.600 kursustimer. Her skal tilføjes, at de fleste af kursustimerne, som bruges i Region Hovedstaden går til de nyuddannedes Graduate-program. Disse tal vidner om en manglende strategisk og målrettet indsats i forhold til at investere i de allerede regionalt ansatte jordemødre i Region Hovedstaden.

#### Jordemoderforeningen foreslår:

Udvid jordemødrenes arbejdsfelt. Etabler flere kombinationsstillinger med minimum 50 pct. dagarbejde. Etabler flere rotationsstillinger. Etabler flere dagfunktioner.

Investér målrettet i jordemødrene og afsæt 15.000 kursustimer pr. år for at imødekomme jordemødrenes behov for videreudvikling og kompetenceudvikling.

## 4 Fødeområdets organisering

Jordemoderforeningen har sammen med Amager og Hvidovre hospital udviklet en normeringsberegner, som bør danne grundlag for normeringen på fødestederne.

### 4.1.1 Bispebjerg Hospital

Brug muligheden ved det nye fødested til at eksperimentere ledelsesmæssigt – tænk stærkere jordemoderledelse i kombination af jordemoderfaglig og lægefaglig ledelse.

Brug den nye afdeling til at understøtte nogle af de ovenstående forslag således at organiseringen af afdelingerne medtænker jordemødrenes behov for et bæredygtigt arbejdsliv.

## 5 Tilbud i graviditet, fødsel og barsel

### 5.1.1 Digitalt univers

Jordemoderforeningen ser positivt på et digitalt univers for gravide og deres partnere. Universet kan med fordel udvikles som app for at imødekomme den digitale udvikling og let tilgængelighed for familierne. Jordemoderforeningen opfordrer til, at det digitale univers bliver tilgængeligt på flere forskellige sprog.

### 5.1.2 Fødsels og forældreforberedelse

Jordemoderforeningen er glade for ambitioner for styrkelse af fødsels- og forældreforberedelse. Holdene kan med fordel differentieres, så der også findes fødsels- og forældreforberedelse i små hold for eksempelvis solomødre og regnbuefamilier.

God fødselsforberedelse vil øge parrenes tryghed i den latente fase af fødslen, som fødeplanen også adresserer. Derfor er det vigtigt at afholde forældre- og fødselsforberedelse på andre sprog end dansk, idet mange af vores patienter ikke taler eller forstår dansk.

Det er vanskeligt at gennemskue om der er en plan for finansiering af et ensartet tilbud om fødselsforberedelse i mindre hold til alle?

#### Jordemoderforeningen foreslår:

Implementer konceptet 'En Familie Fødes', som er udviklet af Familieiværksætterne. Konceptet indeholder både fødsels- og forældreforberedelse. Undervisningen giver parrene viden om fødslen, men også om parforhold, økonomi, kommunikation og samarbejde i forælderrollen.

Under fødselsforberedelsen skal der være elementer af familiedannelse, der har særligt fokus på partnerens rolle under graviditet, fødsel og barsel for at øge ligestillingen mellem parterne, lighed i sundhed og understøtte familiedannelsen. Dette er særligt relevant efter de nye barselsregler er vedtaget, hvor partneren er givet en større rolle i barselsperioden.

Det er endvidere ikke nemt at gennemskue begrundelsen for en tværregional indsats på området. Er det et spørgsmål om stordrift eller skyldes det at man vil samle kompetencer?

### 5.1.3 Tidlig opsporing af gravide og familier med særligt behov

Jordemoderforeningen opfordrer til at sikre, at alle har ret til fremmøde til første jordemoderkonsultation. Dette sikrer tidlig opsporing af fysiske og psykosociale udfordringer og har positiv betydning for kvindens tilknytning til fødestedet.

Partneren skal opfordres til at deltage i konsultationen – og særligt den første jordemoderkonsultation – ligeledes for at sikre tidlig opsporing af psykiske og sociale udfordringer hos partner.

Første jordemoderkonsultation fremrykkes tidsmæssigt til før nakkefoldsscanning både for at understøtte de graviditetsgener, der typisk opstår i første trimester og desuden for at fremme den prænatale tilknytning.

Mange kvinder oplever utryghed i første trimester inden nakkefoldsscanningen og har brug for at blive støttet i den normale udvikling af graviditeten, derfor er den tidlige jordemoderkonsultation vigtig for kvinde, partner og fagperson.

Partneren har behov for bedre støtte under graviditeten. Med baggrund i den øremærkede barsel til partneren skal fødeplanen indeholde et hensyn til partneren og der er behov for fokus på forældreforberedelse, efterfødselsreaktion mm. Da barslen i langt højere grad fordeles mellem forældrene, kan det være en fordel at oprette *grupper for fædre* – enten gennem jordemødre eller sundhedsplejerskerne i kommunerne.

## 5.2 Indsatser vedr. fødsel

### Indsats 4: Trykke fødsel i den latente fase

Man kan med fordel afsætte flere ressourcer til telefonisk kommunikation med jordemoderen, således at der bliver mere tid til vejledning og rådgivning, mens kvinden befinder sig i eget hjem. Man kan eventuelt i en forsøgsordning arbejde med en udekørende jordemoder, som kommer frem til kvindens hjem og foretager den indledende undersøgelse af kvinden.

### Indsats 5: In-house fødeklinikker

In-house fødeklinikker er et godt tilbud for de fødende og forbedrer samtidigt jordemødres arbejdsmiljø. Vi vil opfordre til at disse fødeklinikker i langt højere grad prioriteres i fremtiden.

Jordemoderforeningen hæfter sig ved, at høringsmaterialet i høj grad betoner fødeklinikker i en 'In-house' model. Jordemoderforeningen belyser i en analyse forskellige modeller for fødeklinikker i forhold til struktur, lokation, ledelse, organisering - og de forskellige fordele og ulemper. Det er herigennem blevet tydeligt, at der reelt findes minimum fem forskellige modeller for fødeklinikker, hvoraf kun to hører til hospitalet.

Region Hovedstaden udmærker sig ved ikke blot at have in-house fødeklinikker, men ved også at have en fødeklinik på Herlev Hospital med en noget anden struktur, der i højere grad giver mulighed for at tilgodese tid, ro og kontinuitet for den fødende.

Vi mener, at en tydeligere differentiering med fordel kunne fremgå af Fødeplanen, og vi bistår gerne med yderligere sparring, både her og nu, og i et fremtidigt samarbejde.

### Kontinuitet og kendt jordemoder

Det nævnes kort i fødeplanen, at regionen bestræber sig på kontinuitet og kendt jordemoder. Derfor undrer det Jordemoderforeningen, at ordninger som 'Kendt Jordemoder Ordning' (KJO) ikke er nævnt.

KJO giver jordemødrene mulighed for at arbejde på anderledes måder ved at være på tilkald til fødende, som er tilknyttet deres egen konsultation. Samtidig giver det netop høj grad af kontinuitet og en relationsdannelse for den fødende og jordemoderen, hvilket har mange gavnlige effekter<sup>1</sup>.

### Region Hovedstadens Hjemmefødselsordning

Region Hovedstaden etablerede i 2019 en regional hjemmefødselsordning for at sikre regionens familier trygge hjemmefødsler med høj faglighed, samtidigt med at dette også gav jordemødrene mere variation og tilfredshed i deres ansættelser. Hjemmefødselsordningen har siden 2020 varetaget over 1000 hjemmefødsler.

Tal fra disse viser blandt andet markant lavere risiko for kejsersnit hos de førstegangsfødende (3,7 % i både 2021 og 2022), sikkerhed for mor og barn identisk med fødsel på hospitalet (målt på apgarscore på barnet og blødningen hos moderen). Meget lav risiko for svære fødselsbristninger (bristninger involverende endetarmens lukkemuskel var 2,4 % i 2021 og 1,2% i 2022)<sup>2</sup>.

Selv hvis fødslen overflyttes og afsluttes på hospital er der fordele ved at starte fødslen hjemme. De fleste er langt i fødselsforløbet ved overflytning og bruger derfor kortere tid på en fødestue, optager færre ressourcer og har brug for færre indgreb i forbindelse med fødslen end ved en intenderet hospitalsfødsel. Størstedelen af de overflyttede hjemmefødsler går hjem 4-6 timer efter fødslen.

<sup>1</sup> Perriman N, Davis DL, Ferguson S. *What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis*. 2018.

<sup>2</sup> Tal fra Region Hovedstadens hjemmefødselsordning.

Efter 3,5 år med den regionale hjemmefødselsordning, ser vi de yngre søskende komme til verden. Mange vælger nemlig hjemmefødsel igen.

#### Jordemoderforeningen foreslår:

Etabler flere Kendt Jordemoderordninger på fødestederne.

Etabler initiativer til styrkelse af Region Hovedstadens hjemmefødselsordning, så flere kvinder vælger at føde hjemme.

#### Indsats 6: Igangsættelse af fødsler

Igangsættelse af fødsler er sidste 10 år akkumuleret voldsomt – i dag får mere end 20% af alle gravide kvinder deres fødsel igangsat med medicinske indgreb. Det vil sige, at ca. 5.500 af Region Hovedstadens fødende får sat deres fødsel i gang.

De organisatoriske rammer lever ikke op til det store antal igangsættelser. Det betyder helt konkret, at nogle kvinder med en medicinsk eller psykisk indikation for igangsættelse bliver udsat op til flere dage. Dette er fagligt problematisk, og derudover skaber det frustration og utryghed hos den gravide og partneren.

Derudover foreslår vi, at alle gravide tilbydes en ekstra kontrol i perioden mellem 40+ til 41+4.

#### Jordemoderforeningen foreslår:

Giv den gravide partneren et konkret beslutningsstøtteværktøj til beslutningen om igangsættelse eller at afvente spontan fødsel.

## 5.3 Barsel

#### Indsats 7: Hjemmebarsel

Jordemoderforeningen ser positivt på fødeplanens opmærksomhed på øget kvalitet af tilbud om hjemmebarsel. Jordemoderforeningen vil foreslå at førstegangsfødende tilbydes minimum to besøg i hjemmet og flergangsfødende modtager minimum et besøg i hjemmet efter fødslen. Derudover skal der være mulighed for behovsbesøg og en mere glidende overgang til sundhedsplejerskerne. Både første og flergangsfødende skal herudover tilbydes et telefonopkald fra en jordemoder i dagene efter fødslen.

PKU og hørescreening foretages på hjemmebesøget.

Systematisk gennemgang af fødselsforløbet i hjemmet er forebyggende i relationen til barnet og til partneren.

Desuden mener Jordemoderforeningen, at barselsophold for den syge barslende skal fremmes, og at partneren skal altid tilbydes medindlæggelse for at fremme forældreskabet.

Ved behov for indlæggelse af barn på neonatal afdeling, bør også den behandlingskrævende mor kunne medindlægges her, så mor og barn ikke adskilles kort efter fødslen.

#### 5.3.3 Fælles regional hotline

Aktuelt tager det mange ressourcer fra barselsgangen at dække barselshotline og amme hotline. Vi støtter derfor op omkring ideen om en fælles regional barselshotline, hvor de gravide kan henvende sig til for rådgivning i den første uge efter fødslen.

Derudover foreslår Jordemoderforeningen at der oprettes et tilbud med udekørende funktion, så der kan følges op på henvendelserne med besøg i hjemmet.

#### **5.3.6: Tilbud til forældre, der mister**

Flere fødeafdelinger i Region Hovedstaden har oprettet særskilte afsnit for familier, som mister et barn (Enhed for Tab). Disse initiativer, mener Jordemoderforeningen, i langt højere grad skal understøttes og jordemødrene skal uddannes for i langt højere grad at understøtte kvinden og hendes partner i deres krise og sorgproces.

## **6 Understøttelse af det gode forløb**

Det er fantastisk, at samspillet mellem behandling, organisering og Region Hovedstadens ønske om at være en attraktiv arbejdsplads er til stede i Region Hovedstadens Fødeplan. Tak for det.

Det er omkostningstungt at have en meget høj personaleomsætning, men det er endnu mere omkostningstungt og på ingen måder godt for arbejdsmiljøet, at ansætte eksterne vikarer, medmindre man ansætter vikarer strategisk. F.eks. for at afvikle jordemødrenes sommerferie på samme måde som resten af Danmark afvikler deres sommerferie – med 3 ugers sammenhængende ferie i skolesommerferien.

Investeringer i jordemødrenes faglige og kommunikative kompetencer er et reelt fastholdelsesparameter.

### **6.4 Forskning**

Jordemoderforeningen glæder sig over, at regionen har fokus på mere forskning på det obstetriske område. Dog mangler der en konkret plan for, hvordan dette kan opnås.

Jordemoderforeningen opfordrer regionen til i højere grad at gøre det muligt for fødestederne at ansætte jordemødre med akademisk overbygning i stillinger med både kliniske og forskningsrettede opgaver.

Desuden opfordrer Jordemoderforeningen til at regionen arbejder for, at jordemødre på lige fod med læger skal kunne tilknyttes universitetet og arbejde i delte stillinger mellem hospital og universitet.

På vegne af Jordemoderforeningens kredsbestyrelse,

Bedste Hilsner

Sus Hartung, Jordemoderforeningens kredsformand i Region Hovedstaden

Frederiksberg den 30. marts 2023

## Høringssvar til Fødeplan for Region Hovedstaden

FOA Bornholm, FOA Nordsjælland og FOA Social- og sundhedsafdelingen (FOAs afdelinger) hilser den nye fødeplan velkommen og takker samtidig for muligheden for at afgive et høringssvar.

Overordnet set er FOAs afdelinger positive, ift. at Region Hovedstaden udarbejder en selvstændig fødeplan. En fødeplan med fokus på at se området i sin helhed. Herunder at der i arbejdet har været inddraget en bred vifte af interessenter. Det medvirker til at sikre fødeplanen en solid forankring. Vigtigt når planen fremadrettet skal vedtages og sidenhen ud at leve.

FOAs afdelinger synes også, at fødeplanen indeholder en lang række perspektivrige visioner, vigtige målsætninger og nødvendige prioriteringer. Det er derfor overordnet set en god fødeplan, som FOAs afdelinger ser frem til, bliver udfoldet i de kommende år.

### Sammenhæng med øvrige indsatser mm.

FOAs afdelinger vil også gerne påpege værdien af, at fødeplanen komplimenterer en række af de øvrige udarbejdede planer og visioner for Region Hovedstaden.

I den forbindelse ser FOAs afdelinger det imidlertid også som en nødvendighed, at fødeplanen ses i sammenhæng med øvrige regionale indsatser ift. fx fastholdelse og rekruttering. Det drejer sig bl.a. *Det handler om arbejdsliv* forankret i Center for HR og Uddannelse og Danske Regioners fuldtidspolitik. Der kan være målsætninger og initiativer i den ene indsats, som giver god mening i den anden og omvendt. Rådet er derfor hele tiden at tænke i sammenhæng på tværs af planer og indsatser.

Sammenhængen gælder også løbende målinger og data som fx *Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser* (LUP), trivselsmålinger, APV, sygefravær, personaleomsætning, fastholdelse og Exit Survey. Analyse af og handling på data skal være det naturlige supplement til fødeplanen. Dermed (for)bliver fødeplanen en dynamisk og vedkommende plan.

Konkret foreslår FOAs afdelinger, at der i langt højere grad arbejdes med videndeling. Videndeling både mellem regioner, hospitaler, afdelinger og på kryds og tværs af faggrupper. Er der tiltag som virker et sted, kan det måske tillige være tilfældet et andet sted. Et sted at begynde er på datasiden.

Når personaleomsætningen for medarbejdere bredt set er 12,5% på Gynækologisk-Obstetrisk Enhed på Nordsjællands Hospital og den tilsvarende er 21,2% på Herlev-Gentofte hospitals afdeling for kvindesygdomme, graviditet og fødsler (HGH), er der muligvis pointer fra Nordsjælland, som kan sænke omsætningen på HGH selv med forbehold for lokale forhold.

## Vigtige faktorer

Ligeledes er FOAs afdelinger enige i fødeplanens betoning af en hel række centrale faktorer for at fødeområdet kan fungere på bedst mulig vis for de fødende og deres familier samt for afdelingernes medarbejdere. Det gælder konkret ved, at medarbejderne eksplicit tænkes ind i fødeplanen (side 7, 8 og 16), at der tænkes i tværfaglighed (side 24), høj faglig kvalitet (side 35 og 46) og ikke mindst set fra FOA afdelingernes perspektiv inddragelse af social- og sundhedsassistenter på fødeområdet.

Den tydelige markering af disse emner fordrer så også, at der er strategier og indsatser, som følger op på de flotte ord. Her kan FOA afdelinger være lidt bekymrede for, at tværfaglighed, inddragelse og arbejdsmiljø ikke skinner tydeligere igennem i de konkrete indsatser. Det gælder både fødeplanen og Region Hovedstadens strategi for fastholdelse og rekruttering.

For eksempel er det evident og helt afgørende for gode graviditets- og fødselsforløb, at patienter og pårørende inddrages (side 46 og 47). FOAs afdelinger mener ligeså, at det er evident og afgørende, at medarbejderne inddrages så alle perspektiver på det gode forløb indgår. Den vinkel savnes i fødeplanen.

## Fastholdelse og rekruttering

Fødeplanen peger på en række tydelige indikatorer for at skabe de attraktive arbejdspladser. Hertil er formuleret 3 indsatser for attraktive arbejdspladser. De er samlet set gode ingredienser ift. fastholdelse og rekruttering men næppe nok, hvis målet er tilstrækkeligt antal medarbejdere, rette kompetencer, samarbejde, engagement, arbejdsglæde, inkluderende arbejdsmiljø og bæredygtigt arbejdsliv.

Tal for sygefravær, personaleomsætning og fastholdelse på fødeområdet viser, at der er et endog meget stort stykke arbejde forude, hvis ovenstående skal nås. Dertil er Region Hovedstadens nuværende indsats på arbejdsmiljøområdet for sporadisk, usammenhængende og uforpligtende.

FOAs afdelinger vil også benytte lejligheden til at pege på følgende i relation til *Attraktive arbejdspladser* (6.2):

### Plusser

- Det er positivt, at kompetenceudvikling og efteruddannelse tænkes bredt ift. alle faggrupper
- Det er positivt, at arbejdsmiljøet tænkes tværgående, systematisk, forebyggende og sundhedsfremmende

### Minusser

- Inddrag alle faggrupper i graduateprogrammer og ikke kun jordemødre. Det vil skabe udviklende faglige miljøer og motivere flere til at blive ansat og forblive ansat på Region Hovedstadens fødesteder

- Fødeplanen peger ikke konkret på, hvordan arbejdsmiljøet tænkes tværgående, systematisk, forebyggende og sundhedsfremmende. Det fremgår heller ikke af øvrige visioner og planer fra Region Hovedstaden
- Fødeplanen er ikke tydelig nok ift. at inddrage alle faggrupper og deres betydning for gode graviditets- og fødselsforløb. I den forbindelse vil FOAs afdelinger påpege værdien af social- og sundhedsassistenter på fødeafdelingerne.

### **Forslag vedr. Fødested Bispebjerg**

FOAs afdelinger er positive ift. etablering af en kvinde-barn funktion på Bispebjerg Hospital. Det vil ganske givet gavne de gravide og fødende, at kapaciteten øges i takt med forventeligt (om end usikkert) stigende fødselstal.

Etableringen af en ny fødeafdeling giver også en enestående chance for at bygge noget op, som trækker på de bedste erfaringer fra øvrige fødeafdelinger og afdelinger helt generelt mhp. høj kvalitet for patienter og pårørende. Det samme gør sig naturligvis gældende for medarbejdere, og hvad der allerede vides om faktorer for høj trivsel, godt arbejdsmiljø, rammer for samarbejde og tværfaglighed, rette kompetencer til det rette antal medarbejdere, inddragelse, tillid og nærværende ledelse.

Derfor foreslår FOAs afdelinger, at der ved opbygningen af Bispebjerg fødeafdeling tages et tydeligt afsæt i fødeplanens indsats 15: *Organisering i mindre grupper eller teams* suppleret med nye organiseringer og arbejdsformer og lader det være udgangspunktet for hvordan opgaver, vagter, udfordringer, kompetencer mm. struktureres og fordeles.

Opbygningen skal også, så vidt det er muligt, løsrive sig fra sundhedsvæsenets mange styringsmekanismer i form af overordnet økonomistyring og snævert fokus på KPI samt frigøre sig fra alt for snævre strukturer og vante tilgange.

Med andre ord har Region Hovedstaden muligheden for at frisætte en hel afdeling og medarbejdere til gavn for arbejdsmiljøet og dermed patienter og pårørende. Dernæst giver det mulighed for at lade de øvrige fødeafdelinger følge efter, når de gode resultater materialiserer sig.

*Med venlig hilsen*

**FOA Bornholm**  
**FOA Nordsjælland**  
**FOA Social og Sundhedsafdelingen**

Til Region Hovedstaden  
Center for Sundhed

Dato: 4. april 2023

## **Høringssvar fra Virksomheds-MED-udvalget på Nordsjællands Hospital vedr. ny fødeplan**

Direktionen på Nordsjællands Hospital har den 22. februar 2023 modtaget Center for Sundheds høring af udkast til "Fødeplan for Region Hovedstaden", med opfordring til, at høringen videreformidles til relevante Virksomheds-MED-udvalg (VMU).

Det er efterfølgende blevet gennemført en skriftlig høring af Nordsjællands Hospitals VMU. Emnet er endvidere blevet behandlet på møde i VMU den 27. marts 2023.

VMU kan på den baggrund udtale, at dets medlemmer bakker op om den styrkelse af svangreomsorgen, som den nye fødeplan lægger op til.

Initiativerne omkring styrkelse af in-house fødeklinikker, etablering af en "Enhed for Tab", en mere fyldestgørende risikoopsoring i jordemoderkonsultation, et kvalitetsløft til forældre og fødselsforberedelse, styrkelse omkring den tidlige indsats for sårbare familier samt en styrkelse af det tværsektorielle samarbejde er alle indsatser, der kræver økonomi, tid og tilstrækkeligt personale for at kunne implementeres fyldestgørende og succesfuldt.

VMU ønsker således et stort fokus på, at der med disse indsatser følger tilstrækkelig støtte. Herved sikrer Region Hovedstaden et bæredygtigt kvalitetsløft til svangreomsorgen og et sundt arbejdsmiljø for de medarbejdere, der varetager den i fremtiden.

Med venlig hilsen

Bente Ourø Rørth  
Formand i VMU  
Nordsjællands Hospital

Lars Bøgelund Elbrandt  
Fg. næstformand i VMU  
Nordsjællands Hospital

Til Region Hovedstaden

Dato: 03-04-2023  
Sags-ID: 29.09.00-G01-2-23

## Høringssvar Fødeplan for Region Hovedstaden

Tak for udkast til ny Fødeplan for Region Hovedstaden og mulighed for at bidrage med et hørings-svar. Sundhedsplejen i Rødovre Kommune har følgende bemærkninger til udkast for ny Fødeplan i Region Hovedstaden

### 5.3 Barsel

#### **Indsats 6: Hjemmebarsel (side 40)**

*Barsel i hjemmet, i egne vante omgivelser, skal være attraktivt og af lige så høj kvalitet, som hvis barselsopholdet var på hospitalet. Førstegangsfødende skal ved barselsophold i hjemmet modtage 1-2 besøg af jordemoder i løbet af de første 3 døgn efter fødsel. Flergangsfødende, der udskrives til hjemmebarsel, skal dagen efter fødslen modtage opringning fra jordemoder med henblik på at vurdere familiens og barnets trivsel. Derudover skal flergangsfødende tilbydes ét besøg af jordemoder i løbet af de første 3 døgn efter fødslen.*

Der planlægges flere barselsbesøg fra jordmoderen til hjemmet, men samtidig ved vi, at der er mangel på jordmødre. Hvis besøgene ikke kan dækkes, hvad forventes det at have betydning for familierne og er der øgede forventninger til den kommunale Sundhedspleje?

Det ville give mening, at der ydes mere tid til de eksisterende jordemoderkonsultationer og fødselsforberedelse. Dette vil give mulighed for bedre opsporing af eventuel sårbarhed og forberedelse på barselsperioden herunder amme forløbet.

#### **Indsats 8: Fælles regional døgnbemandet hotline (side 40)**

*Der etableres en fælles regional døgnbemandet hotline på tværs af regionens fødesteder, som betjenes af sundhedsfagligt personale. Den fælles regionale hotline skal sikre, at familierne i de første syv dage efter fødslen kan få den nødvendige rådgivning, uanset hvornår på døgnet, behovet opstår. Derefter vil det som udgangspunkt være den kommunale sundhedspleje, som skal kontaktes ved behov for rådgivning*

Vi vil gøre opmærksom på, at der kan opstå en mulig "opgavedobbelthed" mellem Hotline og Sundhedsplejen fra 4.-5. dag efter fødslen, hvor Sundhedsplejen altid kontakter familien. Det er vigtigt at sikre en ensartethed i rådgivning af forældrene, når de kan kontakte en faglig medarbejder på enten hotline eller i Sundhedsplejen.

Familierne kan allerede kontakte Sundhedsplejen for råd og vejledning i dagtimer på hverdage fra barnets 4. levedøgn. Derfor kunne der med fordel være en aktiv hotline i weekender og aften/nattimerne.

Når borgerne henvender sig til Hotline, vil denne ydelse afholdes på regionalt niveau eller er der en andel, som kommunen skal finansiere?

Hvad gør vi med journaliseringspligten når familierne benytter hotlinen, og overgangen til sundhedsplejens journalsystem?

### **5.3.2.Kontakter i den tidlige barselsperiode,**

#### **Dagen efter fødslen (side 42)**

*Førstegangsfødende, som udskrives til hjemmearsel inden for 24 timer efter fødslen eller har født hjemme, tilbydes et jordemoderbesøg i hjemmet dagen efter udskrivelse. Såfremt jordemoderen vurderer, at der er særlige behov af sundhedsplejefaglig karakter, skal hun efter aftale med forældrene kontakte den kommunale sundhedspleje med henblik på at etablere kontakt og eventuelt sikre et tidligere besøg end på 4.-5.-dagen*

Vi skal gøre opmærksom på, at efter Sundhedsstyrelsens gældende "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge" tilbyder Sundhedsplejen besøg i familien fra 4.-5. dagen. Hvis det igennem et samarbejde med jordmødrene betyder, at Sundhedsplejen skal inddrages tidligere, bør Fødeplanen sammenholdes med "Vejledningen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge", som Sundhedsplejen følger i kommunerne.

Venlig hilsen

Anne Christensen

*Ledende sundhedsplejerske*

Rødovre Kommune

Tæbyvej 9, 1. sal

2610 Rødovre

Telefon: 30767447

Mail: [cn29881@rk.dk](mailto:cn29881@rk.dk)

[www.rk.dk/sundhedsplejen](http://www.rk.dk/sundhedsplejen)

## **Høringssvar i forhold til Fødeplan for Region Hovedstaden – Det handler om liv fra begyndelsen- afgivet af Glostrup Kommune.**

Glostrup Kommune bifalder højt, at man med den udmeldte Fødeplan for Region H søger at skabe et mere sammenhængende og ensartet tilbud til gravide, fødende og nybagte familier i Region H på tværs af enheder i region og kommuner. Det bifaldes vi med denne Fødeplan vurderes at få skabt væsentlige forbedringer for det gravide, fødende og nybagte familier- Her tænkes især på etablering af in house fødeklinikker, sikring af retten til 2 døgn's indlæggelse efter fødsel, tilbud om opfølgningssamtale for alle, styrket indsats for tidlig opsporing ved udbredelse af PRO skema, hvilket vi håber vil blive delt med kommunerne således at vi sammen får skabt endnu bedre støtte for familierne, og endelig har vi ærefuld respekt og taknemlighed for at vi i Region H endelig får etableret fødeafdelinger dedikeret til familier som mister. Som kommune har vi altid haft tilbud om besøg og indsats for familier som rammes af denne frygtelig sorg, men også en bevidsthed om, at det burde vi kunne gøre bedre. I Glostrup Kommune ser vi frem til at få etableret et solidt samarbejde med disse enheder, så vi sammen for skabt den bedst mulige indsats og støtte for disse familier.

Glostrup Kommune bifaldes også, at man med denne Fødeplan søger at formulere en plan som både tilgodeser/informerer Borgere, Politikere og Sundhedspersonale om end det gør dokumentet noget mere komplekst, med risiko for også at blive mere uklart med efterfølgende fortolkningsudfordringer i praksis.

Vi anerkender, at Fødeplanen primært adressere indsatser og aktiviteter på Regionens Fødesteder, men da visionen for denne Fødeplan, netop er at skabe sammenhæng og løfte tilbuddene for de fødende og deres partnere bør samspillet og sammenhæng i tilbud og kommunikation mellem Fødested, Kommuner og praktiserende læger også skulle vægtes og inkluderes i denne Fødeplan. Derfor savnes det, at samspillet med Kommunerne - særligt den Kommunale sundhedspleje fremstår mere tydeligt både i forhold til familier med ukomplicerede graviditets- og fødselsforløb og for familier med mere komplicerede forløb eller i udsatte positioner.

Endelig bifalder Glostrup Kommune at Region H med denne Fødeplan også adressere de personalemæssige udfordringer omkring rekruttering og fastholdelse af personale på fødeområdet som forudsætning for en ambitiøs indsat for familierne - det undrer dog, at man primært synes at bekymrer sig om rekruttering og fastholdelse af jordemødre og ikke sygeplejersker og læger.

Mere konkret har Glostrup Kommune følgende bemærkninger til Fødeplanen:

### **Savner præsentation af barselssygeplejen i det tværsektorielle samarbejde.**

Det undrer, at man i opremsningen af relevante fagpersoner ikke har inkluderet sygeplejerskerne på barselsgang, da vores erfaring er at størstedelen af de nybagte familier runder barselsgangen før de udskrives. I samtalerne med familierne efter hjemkomst viser det sig altid, at opholdet på og tiltag iværksat på barselsgangen har været af stor betydning for familien på godt og ondt. Samarbejde og kommunikation med barselsgangen er for den kommunale sektor derfor yderst vigtig, hvad enten det drejer sig om den ukomplicerede fødsel eller familien i udsatte positioner, som jo ofte tilbydes længere ophold på barselsgangen.

### **Uklart afsnit omkring sundhedsplejen**

Afsnittet omkring sundhedsplejersken bør omformuleres, da det er noget uklart. Sundhedsplejen modtager altid besked når barnet er født, da der altid sendes fødselsanmeldelse til bopæls kommunen. I henhold til Sundhedsaftalen i Region H er det også muligt med forældrenes accept at advisere sundhedsplejen om

kommenende fødsel/graviditet allerede ved 1. jordemoder konsultation, hvorved familien kan få adgang til den kommunale sundhedsplejes tilbud til gravide, ligesom familien via sundhedsplejen kan guides til kommunens øvrige sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. Da Fødeplanen også er målrettet borgere og politikere finder vi det relevant og vigtigt at kommunikation og mulighedsrum mellem sektorer fremhæves.

### **Savner synlighed af Kommunalt tilbud til Gravide- både ukomplicerede og udsatte familier.**

I forhold til de gravide savnes det, at det kommunale tilbud som graviditetsbesøg og forebyggelsestiltag mere eksplicit fremgår både i beskrivelsen af den sammenhængende indsat samt i den skematiske oversigt-eks graviditetsbesøg fra sundhedsplejerske (uge 26-32), forældregrupper i sundhedsplejen med opstart i graviditeten samt rygestop-indsats og overvægtforløb.

For at synliggøre den systematiske kommunikation mener vi også, at det ville være fint af der ud fra rubrik i gravid uge 21 kunne stå mulighed for kommunikation til kommunale sundhedspleje mhp. på inddragelse af kommunale tilbud eller lign. I henhold til den politisk besluttet Regionale kommunikationsaftale bør dette ske uanset den gravides omsorgsniveau.

### **Introduktion af et nyt begreb- hjemmebarsel**

Hjemmebarsel synes at være for familier, som ikke føder ambulant, men ønsker at tage hjem efter kortere ophold på barselsgang, eller længere ophold (+6 timer) på fødegang/fødeklínik. Det vurderes positivt at disse familier nu også tilbydes besøg hjemmet fra Fødested, ligesom de sikres telefonisk kontakt frem til at sundhedsplejen overtager ansvar 72 timer efter fødslen. Glostrup Kommune kan dog have en bekymring for om dette er en realistisk ambition med den nuværende personalemangel og forestående udsigt til stigende fødselstal. Særligt bekymrende er det fra et kommunalt perspektiv, hvis manglen på personaleresourcer på fødesteder betyder, at der kommer et øget pres på tidlige hjemmebesøg i den kommunale sundhedspleje- eller med andre ord reel opgaveglidning fra Region til Kommune, hvilket vil udfordre sundhedsplejens øvrige opgaveløsninger.

### **Planlægning af besøg i hjemmebarselsperioden i henhold til timer fremfor dage og døgn**

Det fremgår, at familier på hjemmebarsel skal tilbydes min 1 hjemmebesøg i løbet af de 3 første døgn efter fødslen. Belært af erfaring fra implementering af Sundhedsstyrelsens svangre omsorg, hvor man som erstatning for indlæggelse anbefalede hjemmebesøg af jordemoder i de første 72 timer efter fødslen og barselsbesøg fra sundhedsplejen på 4-5 dagen, vil vi anbefale, at man i højere grad arbejder med timer i forhold til besøgsprofil fremfor begreber som dage og døgn. Ifølge den aktuelle samarbejdsaftale i Region H er det pt Fødested som aflægger barselsbesøg og vejleder de første 72 timer efter fødslen, og Sundhedsplejen overtager efter 72 timer og aflægger barselsbesøg mellem 72- 120. time. Det vurderes yderst værdifuldt, hvis man i forlængelse af dette tiltag kunne arbejde med styrket kommunikation i overgangen således, at de vigtige og værdifulde kontakter med fagpersoner skaber/sikre synergi sammenhæng og tryghed for familierne.

### **Sikring af koordinering og kommunikation mellem den Regionale Hotline og den kommunale sundhedspleje samt den kommende Sundhedsplejefaglig telefon-videobaseret ammerådgivning**

Det bifaldes, at der på tværs af Regionen Fødesteder etableres en døgnbemandet hotline for nybagte familier til brug i barnets første 7 levedøgn. Fra et kommunalt perspektiv har vi dog en opmærksomhed på vigtigheden af samspillet med, kommunikation og dokumentation mellem sektorerne, da familierne i denne periode vil være under rådgivning og vejledning af fra både Region og Sundhedspleje. For at sikre sammenhæng og tryghed for familierne, bør det overvejes, hvordan vi bedst muligt sikre rettidig og retmæssig kom-

munikation. I øvrigt bør der være opmærksomhed på samspil mellem Regionens hotline og en kommende telefon/videobaseret ammerådgivning i den Kommunale Sundhedspleje.

### **Styrkelse af det tværorganisatoriske kommunikation og digitalt univers**

Glostrup Kommune savner, at det mere tydeligt i Fødeplanen adresseres et ønske om systematisk, rettidig og styrket kommunikation på tværs af sektorer med det formål at sikre mere tryk og præcis overgang både interne på fødesteder, men i særdeleshed i forhold til den kommunale Sundhedspleje og de øvrige kommunale tiltag, samt praktiserende læger. Borgere skal være oplyste og medbestemmende i eget forløb, men borgere skal ikke være "postbud" mellem sektorer eller have ansvar for kvaliteten af kommunikation eller omfanget af tilbud- Derfor bør den skriftlige tværsektorielle kommunikation styrkes og effektueres.

Det vurderes værdifuldt at der skabes et digitalt univers for gravide og nybagte familier på tværs af Region Fødesteder, men der bør være stærk opmærksomhed på sammenhæng og overlap med den pågående nationale "Gravid app" og "elektroniske svangre journal"- et nationalt initiativ hvis implementering, vi mener at vi i Region H bør understøtte maksimalt både som Region og Kommuner da det forventes at styrke både kommunikation mellem alle parter og information for den gravide og dennes partner.

### **Et Fødeplansudkast, som trænger til en ekstra gennemskrivning**

Der bør ske en gennemskrivning af den samlede Fødeplan, idet der flere steder er konkrete formuleringer som er ukorrekte eller misledende særligt i forhold til samspillet og opgaveløsninger mellem fødesteder og Kommuner eks omtales kommunale ammeklinikker, som noget der kan henvises til for niveau 2 gravide. Ammeklinikker er ikke et standard tilbud i kommunerne- men det er rygestop og tilbud til overvægtige, ligesom graviditetsbesøg af sundhedsplejerske ved behov/moderat udsathed er en standard ydelse. Det fremgår også at jordemoder i samarbejde med familien kan "beslutte" at sundhedsplejersken skal aflægge tidligt hjemmebesøg. Retmæssigt kunne der skrives - jordemoder kan sammen med familien beslutte at rette henvendelse til sundhedsplejen for afsøge mulighederne for tidligt hjemmebesøg. Osv.osv.

Vi takker for det store arbejde med udarbejdelse af denne Fødeplan frem til nu, og ser frem til det fortsatte samarbejde dels omkring denne fødeplan og i særdeleshed omkring gravide, fødende og nybagte familier i Region H- en yderst vigtig målgruppe.

På vegne af Glostrup Kommune

Med venlig hilsen

Marika Ouchicha Jensen

Leder af Sundhedspleje og PPR

Center for Børn Unge og Familier

Glostrup Kommune.

## Høringssvar til Region Hovedstaden vedrørende Fødeplan

Som vicechefjordemødre på Amager Hvidovre Hospital vil vi gerne bidrage til høringsrunden vedr. den kommende fødeplan i Region Hovedstaden.

Indledningsvist vil vi anerkende regionens store arbejde med at udarbejde en ny fødeplan. Den overordnede vision om, at regionens familier skal opleve et trygt og sammenhængende forløb, kan vi kun tilslutte os. Dog mangler vi i udkastet konkrete handleplaner på en række områder. Vi ønsker os at fødeplanen tydeligt rammesætter hvilke indsatser regionen kan og vil prioritere, også økonomisk, hvilket vi ikke finder, at fødeplanen i dens nuværende form kan afklare. På en lang række områder bærer fødeplanen præg af beskrivelser af allerede igangværende initiativer og hvor konkrete visioner er beskrevet, savner vi fokus på, hvordan regionen tænker indsatserne implementeret og hvordan den fortsatte drift af initiativerne sikres.

Vi har følgende kommentarer til de enkelte afsnit i høringsudkastet.

### Afsnit 4.3

Det vil være ønskeligt med en præcisering af, hvad der menes med medinddragelse og fælles beslutningstagning. Skal der fx udvikles flere beslutningsstøttetværktøjer? Hvis fælles beslutningstagning skal praktiseres som metode, kræves det at personalet uddannes hertil.

### Afsnit 4.4.2

På alle regionens fødesteder (fraset Bornholm) er der ansat afdelingsjordemødre/kliniske jordemodersupervisorer el.lign. Når denne stillingskategori nævnes, bør det tydeliggøres, at disse ikke har et selvstændigt ansvar udover basisjordemoderen og i samme grad er forpligtet til at tilkalde læge.

### Afsnit 5.1.1

Det undrer os, at grundforløbet italesættes både som et minimumstilbud og et udgangspunkt for individuel tilpasning. Vi er fortalere for et individuelt tilpasset graviditetsforløb, men vil anbefale at grundforløbet ses som et minimumstilbud til alle gravide. Videre ønsker vi os, at regionen prioriterer den tidlige kliniske visitation, der med afsæt i anamnese fra praktiserende læge, PRO-data, oplysninger om evt. tidligere graviditeter og fødsler mv. er afgørende for udarbejdelsen af en individuel forløbsplan, der tager højde for de særlige forhold der gør sig gældende for den enkelte gravide, fx en kronisk lidelse.

### Konsultation ved jordemoder

Den første jordemoderkonsultation er afgørende for at sikre tidlig opsporing af familier med særlige behov. Vi ønsker os, at regionen forpligter sig til at første jordemoderkonsultation udvides. Med den nuværende formulering, er vi bekymrede for, at tidsrammen lægges ud til lokal fortolkning afhængig af økonomi.

Det undrer os, at man har behov for at eksplicite indholdet i jordemoderkonsultationerne. Dette er beskrevet til fulde i *Anbefalinger for svangreomsorgen (Sundhedsstyrelsen)*.

Det er glædeligt, at regionen har fokus på gravide med behov for ekstra støtte. Vi foreslår, at man prioriterer en jordemoderfaglig forløbskoordinator til familier med særlige behov, så familien i videst muligt omfang oplever et sammenhængende forløb, trods potentielt mange involverede aktører.

Vi er meget positive overfor, at regionen anerkender behovet for kontinuitet og kendthed og vil opfordre til at man ser nærmere på jordemoderledede kontinuitetsmodeller for graviditet, fødsel og barsel. Sådanne

har i flere internationale studier vist at øge sandsynligheden for et ukompliceret graviditets- og fødselsforløb også hos gravide med risiko for komplikationer.

### Afsnit 5.1.2

Vi er glade for, at regionen vil prioritere fødsels- og forældreforberedelse, særligt i mindre hold, da sådanne indsatser har vist sig at øge sandsynligheden for et ukompliceret fødselsforløb og fremme tryghed hos den gravide i relation til fødslen. Det undrer os, at det kun er de tvillingegravide, der nævnes som eksempel på gravide med særlige behov. Vi oplever, at mange andre gravide/familier, har behov for særligt tilrettelagt fødsels- og forældreforberedelse fx familier med sociale problemstillinger, koniske sygdomme el.lign.

I forhold til sammenkobling mellem det digitale univers og fødselsforberedelse, vil vi foreslå regionen at kigge nærmere på projektet "Lyden af Liv", der pt. er under udarbejdelse under projekt *God start på familielivet* i Familieambulatoriet, som et eksempel på et tilbud, der netop arbejder ind i denne kontekst.

### Afsnit 5.1.3

Tidlig opsporing bør ses som en løbende afdækning af den gravides/familiens ressourcer og behov og ikke udelukkende som en screening ved første jordemoderbesøg. Vi savner videre konkrete visioner omkring den behandlingsindsats i svangreomsorgen kvinden/familien skal tilbydes, i de tilfælde hvor der afdækkes særlige behov som fx partnervold.

#### Familieambulatoriet

Vi ser stort potentiale i samarbejdet med kommuner og civilsamfundsorganisationer, og ønsker os en mere tydelig vision for et fremtidigt samarbejde. Vi undrer os over, at man ikke har nævnt en evt. pilotafprøvning af *fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide*; et af de pejlemærker, der er nævnt i Sundhedsaftalen 2019-2023 og som vi vurderer har stor relevans i arbejdet med de udsatte familier.

### Afsnit 5.2.1

Det bør tydeliggøres, at retten til hjemmefødsel ikke kan sidestilles med frit valg af fødested. Retten til jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet er lovmæssigt sikret og kan ikke begrænses eller afvises af kapacitetsmæssige hensyn.

#### Fødsel på hospital

Det undrer os, at man ikke forholder sig til det stigende antal igangsatte fødsler. Det er velkendt at kvinder, hvis fødsler er igangsatte, gennemsnitligt har flere ambulante besøg forud for fødslen og en længere indlæggelsestid under fødslen sammenlignet med kvinder, hvis fødsel starter spontant. Vi ser at en del af disse kvinder får deres planlagte igangsættelse udsat til frustration for både familien og personalet. Vi savner at regionen har konkrete visioner for, hvordan vi sikrer alle kvinder en god og tryk fødsel uanset om fødslen er igangsat eller starter spontant.

Hud-mod-hud kontakt tidligst muligt efter kejsersnit praktiseres allerede i vid udstrækning. Det kunne være ambitiøst at udvide visionen til i videst muligt omfang at praktisere "zero separation", så mor, barn og partner følges gennem hele forløbet, uagtet at mor og/eller barn har behov for behandling.

#### Fødsel på in-house fødeklinik

Der er forskningsmæssigt belæg for, at kvinder med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel har bedre udkomme ved fødsel på fødeklinik, in-house så vel som fritstående, sammenlignet med fødsel på specialafdeling, hvilket bør fremgå af fødeplanen. Det undrer os, at regionen har behov for at

eksplicitere visitationskriterier for fødsel på fødeklinik. Endelig vil vi pointere, at jordemoderstuderende ikke indgår i bemanningen, men netop er studerende.

Det er kærkomment, at regionen vil arbejde på en bedre balance mellem store fødesteder og mindre fødesteder/klinikker, men igen savner vi en beskrivelse af, hvordan man vil opnå denne balance. Vi bemærker, at der i den fremtidige fordelingsnøgle for visitation af fødsler er påtænkt en reduktion på 5% for Hvidovre, Herlev og Rigshospitalet respektive, hvilket resulterer i, at Hvidovre Hospital fortsat vil være et fødested med væsentlig flere fødsler, end de øvrige fødesteder i regionen.

Regionen har som ambition, at fremtidens fødestuer understøtter en rolig og tryk fødsel. Vi ønsker os en konkret plan for, hvordan de gode fysiske rammer sikres. De fleste fødestuer på Hvidovre Hospital er indviet i 1977 og derfra moderniseret, men grundlæggende ikke ændret.

#### **Afsnit 5.2.2.**

Langt de fleste overflytninger fra hjemmefødsel til hospital sker fordi kvinden har behov for smertelindring. Det er heldigvis kun ganske få overflytninger, der sker af sikkerhedsmæssige årsager og dette bør korrigeres i teksten. Hvis der opstår komplikationer under fødslen og den gravide anbefales overflytning til hospital, følger jordemoderen med familien ved overflytningen.

#### **Afsnit 5.3**

Vi vil gerne anerkende de tydelige ambitioner regionen har ifm. tilbud om hjemmebørsel.

Det er dog uklart, hvornår der er tale om en fødsels gennemgang (screening for behov for efterfødselssamtale) og en efterfødselssamtale, hvilket bør præciseres. Begge samtaler bør varetages af en jordemoder.

#### **Afsnit 5.3.6**

Vi opfordrer til, at særlige afsnit for tab ikke kun ses som de fysiske rammer på hospitalet, men som et særligt tilrettelagt forløb omkring familien. I relation hertil ønsker vi os mere tydelige visioner for, hvordan et særligt tilbud til familier der mister et barn skal tilrettelægges. Både i forbindelse med et tab, men også i en evt. efterfølgende graviditet. For at sikre de rette kompetencer blandt personalet, bør videreuddannelse og supervision prioriteres.

#### **Afsnit 6.1**

Vi tilslutter os behovet for digitale løsninger, der fordrer samarbejde og deling af informationer mellem de aktører, der samarbejder om svangreomsorgen. Vi savner at regionen tydeliggør hvilke applikationer man vil prioritere. Ønsket herfra er integration mellem de enkelte systemer og digitale løsninger der er intuitive for klinikerne og fungerer uden dobbeltdokumentation.

#### **Afsnit 6.2**

Vi tilslutter os, at høj kvalitet kræver et tilstrækkeligt antal medarbejdere. Her vil vi nævne, at der er udarbejdet et værktøj til beregning af normering på fødeområdet, som man med fordel kunne anvende til at besvare spørgsmålet om, hvad der er et tilstrækkeligt antal medarbejdere. I beregningen tages højde for en række parametre, herunder befolkningssammensætning, fødestedet størrelse mv.

Det er glædeligt, at regionen investerer i vores nyuddannede jordemødre, aktuelt gennem regionens graduateprogram. Vi ønsker os en langsigtet (og finansieret) strategi for introduktion, videreuddannelse og

kompetenceudvikling for jordemødre, så vi også i fremtiden kan sikre at jordemødre vil arbejde på regionens fødegange, gerne i mange år.

Ved behov for uddybning af ovenstående høringssvar, stiller vi os naturligvis til rådighed for yderligere dialog.

Med venlig hilsen

Michelle Kolls, Sisse Kammann, Louise Munk, Bodil Korsgaard og Mette Kabell  
Vicechefjordemødre på Amager Hvidovre Hospital



## Høringssvar fra Høje-Taastrup Kommune. Fødeplan for Region Hovedstaden 2023

Høje-Taastrup Kommune har modtaget udkast til høring af Fødeplan for Region Hovedstaden.

Høje-Taastrup Kommune bifalder, at Fødeplanen tager udgangspunkt i at sikre understøttelse af fødeområdet, så alle familier oplever et fødetilbud af høj kvalitet med den enkelte familie i centrum. Vi er glade for, at der er fokus på at sikre overgange mellem de forskellige sektorer således, at der er fokus på, at alle familier før under og efter fødslen oplever et trygt og sammenhængende forløb af høj kvalitet. Ligeledes er det positivt med opmærksomheden på, at der tilstræbes kontinuitet og "kendthed" igennem graviditeten (s.32).

Det er tilsvarende positivt, at der er fokus på at skabe attraktive arbejdspladser med høj faglig kvalitet og sikring af kompetenceudvikling af det sundhedsfaglige personale samt fokus på det tværsektorielle samarbejde. Det vil være væsentligt at folde det tværsektorielle samarbejde ud i fællesskab, da udviklingen stiller krav til, at alle sundhedsfaglige aktører skal bidrage til kvalitet og sammenhæng i forløbet.

Ligeledes er det nødvendigt med fokus på personalemangel også indenfor det kommunale område, særligt ift. sundhedsplejersker. Det er vigtigt forsat at sikre højt fagligt niveau for at tilgode de komplekse problemstillinger på tværs af sektorer.

Der er i planen også fremhævet, at familier kan defineres på 37 forskellige måder. Det er positivt og inkluderende, at mangfoldigheden er i fokus.

Yderligere har vi følgende mere konkrete bemærkninger:

s. 5 og s. 21: Høje-Taastrup Kommune anerkender, at differentiering er i fokus. Det er væsentligt at sikre, at alle gravide får et passende tilbud, således at den almene sundhedsfremme sikres. Ved differentieringen opretholdes lighed i sundhed for alle. Det er fint med fleksibilitet indenfor rammerne. Det er vigtigt at sikre, at der er tilbud for alle eksempelvis i forhold til forældre og fødselsforberedelse.

s. 15: Stigning i andelen af gravide med særlige behov fra 8 – 15 % (2016-22) har betydning for indsats og ressourcer. I Høje-Taastrup Kommune genkendes billedet, og der ses særligt en stigning i andelen af fødende med psykosociale udfordringer, der har brug for en særlig indsats. Det er her vigtigt at sikre fokus på overgang mellem sektorerne, så der sker en tidlig indsats.

s. 22: Vi oplever niveauinddelingen af svangreomsorgen som yderst brugbar i den kommunale indsats omkring de gravide og de nybagte mødre ift. differentieret indsats og relevante tilbud til de enkle familier. Dog ønsker vi også forsat fokus på at fastholde høj kvalitet og faglighed i arbejdet med de almene forløb.

s. 26: Vi påskønner opmærksomhed på, at sundhedsplejerske kan kontaktes allerede efter 1. jordemoderkonsultation. Det giver mulighed for at sætte tidligt ind med hjemmebesøg, Gravid café m.v., som allerede eksisterer med god erfaring fra Høje-Taastrup Kommune.

s. 27, s. 33, s. 48: Spændende med fokus på og udvikling af et digitalt univers i regi af regionen, da information, særligt for forældre, kan være svært at navigere i. Det er vigtigt med fokus på Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

Vi bifalder udviklingen af digitale gravitetsmapper ift. delingen af information på tværs af sektorer. Vi bifalder også muligheden for vejledning med brug af videoteknologi samt muligheden

for døgnbemandet telefonrådgivning.

s. 40: Vi er glade for at se, at der er fokus på differentiering af mulighederne for hjemmebar-sel/barselsophold. Vi ønsker fortsat styrket opmærksomhed på ammeetablering og ensretning i vejledningen tværsektorielt i tråd med plan for tværsektoriel ammeindsats.

s. 43: Spændende tiltag med pilotprojektet med styrkelse af kommunal ammerådgivning. Vi ser frem til evalueringen omkring dette. Der er brug for opmærksomhed på ressourcer i kommunalt regi ift. implementering, så en eventuel ændret opgavefordeling sker aftalt.

Hvis der skulle være spørgsmål til ovennævnte eller behov for uddybning, kan Lone Dahlstrøm, leder af Sundhedstjenesten, kontaktes.

## Dansk Psykolog Forenings høringssvar til høring af Region Hovedstadens nye fødeplan

### Region Hovedstaden

---

#### Hovedbudskaber

- Der er en stigning i kompleksiteten af graviditets- og fødselsforløb, samt et stigende antal gravide og fødende med psykisk sårbarhed og psykiske lidelser. Det er vigtigt, at de psykiske aspekter ved graviditet og fødsel belyses i fødeplanen, og at der afsættes ressourcer og sikres kompetencer til at varetage denne del af behandlingen.
- Dansk Psykolog Forening er bekymrede for personalenedskæringer på de somatiske afsnit, som de facto betyder færre psykologfaglige kompetencer på afsnittene. Hvis Region Hovedstaden ønsker at sikre en helhedsorienteret indsats ved tværsektorielt samarbejde, bør psykologerne være en integreret del af fødselsafdelingerne.

---

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringssvar i Region Hovedstadens høring af ny fødeplan.

Dansk Psykolog Forening er positive overfor, at fødeplanen har et øget fokus på tidlig opsporing af sårbare gravide samt en øget helhedsorienteret indsats med et velfungerende tværsektorielt samarbejde. Foreningen finder det dog stærkt bekymrende, at forudsætningerne for at skabe vellykkede helhedsorienterede indsatser og velfungerende tværfagligt samarbejde er forringet, mens psykologerne over en bred kam ikke nævnes som en mere integreret del af fødeplanen.

Visionen for fødeplanen er: *'Alle familier i Region Hovedstaden skal både før, under og efter fødslen opleve et trygt og sammenhængende forløb af høj kvalitet'* (s. 8).

Dansk Psykolog Forening har her én generel opmærksomhed: På landsplan er der en stigning i kompleksiteten af graviditets- og fødselsforløb og flere gravide og fødende har i den forbindelse behov for psykologstøtte. Tendensen skyldes bl.a., at gruppen af gravide med psykiske udfordringer er stigende.

- Under graviditeten anslås det, at ca. 12 procent oplever væsentlige symptomer på depression, mens 13-18 procent har symptomer på angst<sup>1</sup>.
- Hertil rammes mindst 10 procent af alle fødende af en fødselsdepression.<sup>1</sup>
- Ifølge tal fra familieambulatoriet i Region Hovedstaden er gruppen af sårbare gravide, der bl.a. indbefatter gravide med psykisk sygdom, øget fra 8,9 procent i 2015 til 13,2 procent i 2018<sup>2</sup> en tendens, der ifølge vores medlemmers beretninger, er tiltagende.

---

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen, 2021, 'Betydningen af gravides mentale helbred for barnet i de første leveår' s. 9

<sup>2</sup> Thomsen, 2020, "Overlæger i opråb om hjælp: Tusindvis af gravide kæmper med psykisk sygdom" (tal fra familieambulatoriet): <https://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/art7586953/Tusindvis-af-gravide-k%C3%A6mper-med-psykisk-sygdom>

I en af Region Hovedstadens egne publikationer fra 2019, efterspørger både patienter og fagprofessionelle psykologstøtte, særligt ved sårbare gravide eller nye mødre med angstsymptomer eller let depression<sup>3</sup>. I selvsamme udgivelse anbefales det, at der etableres støttetilbud til psykisk sårbare familier i form af bl.a. psykologstøtte. Hvis Region Hovedstaden skal leve op til egen vision, skal der være kompetence til stede på fødselsafsnittene, både med et forebyggende og behandlende sigte, så disponerende faktorer ifbm. graviditet og fødsel håndteres før end problemet udvikler sig yderligere.

I Dansk Psykolog Forening har vi fået henvendelser fra flere medlemmer, der er bekymrede for nedskæringer på de somatiske afsnit. Her er vi blevet bekendt med, at flere psykologer er blevet afskudt fra fødselsafdelinger i Region Hovedstaden. Denne udvikling er problematisk og i modstrid med anbefalingerne og med de behov som målgruppen i tiltagende grad har. Det har alvorlige konsekvenser for patientforløbet, når der skæres på ansatte, der har til opgave at understøtte behandlingen og forebygge psykiske problemstillinger.

Der er derfor den helt centrale anbefaling fra Dansk Psykolog Forening, at fødselsplanen anviser behovet for at have psykologfagligheden knyttet til fødselsafdelingerne, gerne ved fastansatte psykologer på hospitalet, som kender afsnittet og er vant til at indgå i det tværfaglige samarbejde omkring patienten. En opprioritering og en eksplicitering af denne prioritering i fødeplanen er nødvendig for at sikre en helhedsorienteret og forebyggende behandling før, under og efter graviditet. Konsekvenserne af fejlagtig prioritering på området er at gamble med de gravide og fødendes psykiske helbred.

Med Venlig Hilsen

Eva Secher Mathiasen

Formand  
Dansk Psykolog Forening

---

<sup>3</sup> Kompetencecenter for Patientoplevelser, Regions Hovedstaden, 2019: <https://www.regionh.dk/patientinddragelse/udgivelser/udgivelser/Documents/H%C3%A5nd%20om%20s%C3%A5rbare%20familier.pdf>

Regionsrådet

Direkte 38669671

Dato: 31. marts 2023

## Høringssvar fra Regionens MED-udvalg til regionens nye fødeplan.

RMU har modtaget udkast til ny fødeplan for Region Hovedstaden. Som øverste medindflydelses- og medbestemmelsesudvalg i regionen har RMUs bemærkninger til fødeplanen et overordnet regionalt perspektiv. VMU'er og hospitalsdirektioner er også høringspart, og har det lokale perspektiv. Ligesom de faglige organisationer som høringsparter, formodes at have det mono- og fagfaglige perspektiv i deres svar.

I RMU hilser vi velkommen, at Regionsrådet i forbindelse med budget 2022 har besluttet, at der skal udarbejdes en ny plan for fødeområdet, der skal afløse planen for 2016, og der sker en ressourcemæssig prioritering af området i de kommende år. Som medarbejdere og ledere i regionen har vi interesse i, at den fødende og familien oplever et fødetilbud af høj faglig kvalitet, og med klarhed over såvel tilbud på fødeområdet, som organiseringen heraf.

RMU bifalder, at der i udarbejdelse af planen har været et samarbejde med relevante fagfolk i regionen, samarbejdspartnere i kommuner og almen praksis samt at der qua opgaveudvalget for gravide og fødende er sikret borgerinddragelse.

Arbejds-, personale-, samarbejds- og arbejdsmiljøforhold er områder, som RMU særligt drøfter og har opmærksomhed på. Derfor er det også afgørende, at der i udkastet til den nye fødeplan er beskrevet, at fødeafdelingerne skal være attraktive arbejdspladser med plads til udfolde og udvikle faglighed. Der er en tæt sammenhæng mellem faglig kvalitet, engagement og arbejdsmiljø og muligheden for at tilknytte og tiltrække det nødvendige antal medarbejdere.

Onboarding af såvel nyuddannede som erfarne medarbejdere fordrer et fokus på, hvor der er potentiale i at styrke indsatsen på hospitalerne. Introduktions-

programmer (indsats 13) kan med fordel rumme både fokus på kultur, etablering af netværk og feedback, der sikrer klarhed over, om man som ny leverer det, der bliver forventet.

Kompetenceudvikling og karrieremuligheder spiller en central rolle i at sikre tilknytning. Derfor er det også positivt, at indsats 14 i planen har fokus herpå.

RMU vil afslutningsvis pege på den arbejdskraftmangel, der generelt er i sundhedsvæsenet i Danmark og som også berører regionens fødesteder. De mange ledige stillinger er en udfordring, når det kommer til at levere de tilbud, som er regionens mål.

Med venlig hilsen

Jens Gordon Clausen  
Formand, RMU

Kristina Robins  
Næstformand, RMU

Høringssvar til Fødeplan for Region Hovedstaden.  
Det handler om liv – lige fra begyndelsen.

Fødeplanen skal bidrage til, at gravide og deres familier oplever et sammenhængende, helhedsorienteret og individualiseret fødselsforløb på tværs af sektorer, og beskrivelsen dækker tidsmæssigt fra 6. - 10. gestationsuge og til barnet er 8 uger.

**Ang. Niveauinddeling:** I Allerød kommune tilbyder vi graviditetsbesøg til tidlig indsats gravide henvist fra jordmor og til alle førstegangsfødende. Vi modtager gode beskrivelser fra jordmor om tidlig indsats gravide, men det ville være hjælpsomt at få oplyst niveau, som der er beskrevet s. 23 Tabel 2 Niveauinddeling af svangre omsorgen.

**Ang. Barsel og indsatser:** Formålet med regionens barselstilbud er at sikre den nødvendige tryghed og understøtte den første tid med en nyfødt med fokus på trivsel og velbefindende for familien samt hjælp og støtte til amning. Det undrer, at der i boks 3 Indsatser vedr. barsel s. 40 indsats 6: Hjemmebarsel med beskrivelse afsluttes ved barnets 3. døgn. Sundhedsplejen har kontakt med familien 24 – 48 timer efter fødslen, er på barselsbesøg 4. -5. dag og tilbyder herefter minimum 2 – 3 besøg til henholdsvis flergangs – og førstegangsfødende indenfor 8 ugers perioden. Det bør også stå i Fødeplanen.

**Ang. tilbud til forældre som mister et barn:** Der er fokus på at udvikle og tilbyde forskellige tilbud om opfølgende samtaler og støtte, så familier ikke oplever at stå alene med sorgen. Desuden står der på s. 46, at sundhedsplejersken får besked, at besøg af sundhedsplejerske er en

naturlig mulighed for støtte i forløbet og at det har afgørende betydning, at der samarbejdes på tværs.

I Allerød tilbyder vi familien besøg, når de mister et barn, og det er vigtigt, at det fremtidige samarbejde på tværs overvejes i form og skrives ind i Fødeplanen.

**Ang. Fødselsforberedelse:** Som beskrevet s. 32 – tanken om et fællesregionalt tilbud og individualiseret ift. behov og lyder meget spændende.

Med venlig hilsen  
Janni Andersen  
Teamleder i Sundhedsplejen

## **Patientinddragelsesudvalget's høringssvar til ny fødeplan for Region hovedstaden**

Patientinddragelsesudvalget (PIU) takker for muligheden for at afgive hørings-svar til den ny fødeplan for Region Hovedstaden.

### **Generelle bemærkninger:**

PIU bemærker med glæde, at man ønsker at understøtte og styrke fødeområdet. Man vil tilbyde et sammenhængende og behovsbestemt fødetilbud, hvor familien er i centrum og derved får den bedste start på deres nye liv.

PIU bemærker ligeledes, at der er taget afsæt i bl.a. dialogmøde med borgerne.

Samtidig er det vigtigt for PIU, at man vil tilbyde høj kvalitet, ikke diskriminerende tilgængelighed, patientsikkerhed, lighed i sundhed, inddragelse af brugere både individuelt og organisatorisk.

PIU noterer sig med glæde, at det sammenhængende og behovsbestemte fødetilbud, prioriterer at opspore og identificere eventuelle sårbarheder, herunder psykisk sårbarhed og psykisk sygdom.

PIU savner, at fødselspsykoser bliver nævnt. Det er væsentligt for moders og barns (og faders) velbefindende at en fødselspsykose bliver diagnosticeret og behandlet så tidligst muligt.

Som støtte for den tværsektorielle indsats efterlyses udformning af vejledning og forløbsprotokol for identifikation psykisk sårbarhed og tilrettelæggelse af forløbsprogram. Vejledningen bør specifikt kunne bruges af de forskellige sektorer og faggrupper, der vil indgå i tilbud til den sårbare borger. Vejledningen bør inkludere, hvordan tegn på risiko for fødselspsykose kan identificeres og forebygges.

Ved alle former for psykisk sårbarhed vil det være væsentligt, sammen med de fødende, at kortlægge hvilke pårørende den fødende har i form af familie, venner, m.fl. som vil kunne udgøre et støttende netværk for den fødende.

### **PIU HAR FØLGENDE KOMMENTARER TIL FØDEPLANEN:**

## **2. Vision for fremtidens fødeområde**

### **2.1 Investeringer på fødeområdet.**

PIU bifalder, at der tilføres øgede ressourcer til fødeområdet.

PIU er dog bekymret over, om der i Regionen er ressourcer til at opfylde den ambitiøse plan.

PIU finder det positivt, at der nu bliver ret til 2 dages barselsophold for førstegangsfødende eller hjemmebesøg. Særligt vigtigt er at psykisk sårbare kan have behov for et barselsophold af en varighed, der giver mulighed for at afdekke, hvordan sårbarheden konkret viser sig efter fødslen, og hvad moderens og de pårørendes bekymring drejer sig om. (herunder tegn på fare for udvikling af fødselspsykose).

PIU efterlyser, at der generelt også er fokus på fx enlige forældre K/M, surrogat-mødre/familier samt adopterede børn.

## **3. tendenser for fødeområdet**

### **Private fødselsforberedelsestilbud.**

PIU finder det bekymrende, at knapt hver femte danske forælder føler behov for at købe privat fødselsforberedelsesforløb. Det vil øge ulighed i sundhed, hvis den offentlige fødselsforberedelse ikke er tilstrækkelig, da det nok er de ressourcestærke, der vil tilkøbe ekstra ydelse.

PIU finder den personalemæssige situation bekymrende og bifalder indsatser, der skal være med til at sikre attraktive arbejdspladser indenfor fødeområdet

## **4. Fødeområdets organisering**

**4.3:** PIU mener, at der skal arbejdes for at den samme medarbejder følger den fødende for at sikre kontinuitet og tryghed.

PIU er opmærksom på muligheden for at føde på fritstående jordemoderledet fødeklinikker, som blev behandlet af regionens Regionsråd januar 2023.

Aktuelt tilbyder Region Sjælland fødsler på sådanne og forventer at etablere flere i 2024. PIU undrer sig over at denne mulighed slet ikke nævnes i høringsudkastet fx i afsnittet 3 Tendenser for fødeområdet. Private fødselsforberedelsestilbud.

PIU bifalder, at der sættes fokus på medinddragelse med brug af flere metoder.

## **5. tilbud i graviditet, fødsel og barsel**

**5.1.2 Fødsels – og forældreforberedelse:** PIU finder det positivt, at der ses på mulighed for at etablere små hold for gravide og partnere med særlige behov for ekstrastøtte, samt små hold for tvillingegravide.

PIU bemærker, at der skal være opmærksomhed på, om der er for lang vej til fødselsforberedelsen. Alle skal have mulighed for at kunne deltage.

### **5.1.3 Tidlig opsporing**

PIU understøtter at der implementeres et værktøj til at opsporing af partnervold af fysisk såvel som psykisk karakter.

### **5.2.1 Fødsel på hospital**

**Fødsel på in-house fødeklinik:** PIU understøtter, at der fortsat arbejdes på en bedre balance mellem de store fødesteder og de mindre steder/klinikker.

**5.3 Barsel:** PIU anerkender, at der arbejdes med nye indsatser.

**5.3 indsats 7:** PIU mener, at der skal være mulighed for at faderen, specielt ved førstegangsfødende, har mulighed for at overnatte på hospitalet.

**5.3 indsats 8:** PIU er bekymret for lighed i sundhed og kvaliteten, når man efter kontakt til hotlinen overgår til den kommunale sundhedspleje, da de enkelte kommuner har meget forskellige udgangspunkter for at foretage denne opfølgning. Som led i styrkelse af den tværsektorielle indsats også på fødeområdet, vil vejledende nationale standarder kunne tilgås kommunerne. Dette gælder ligeledes 5.1 s. 31 vedr. Sundhedsplejerske.

**5.3.1:** PIU mener, at amningen, specielt for førstegangsfødende, af hensyn både til den fødende og barnet skal være påbegyndt succesfuldt inden den fødende forlader hospitalet.

**5.3.1:** PIU kan være bekymret for, hvordan man bedst får styrket tilknytningen til det nyfødte barn, hvis det drejer sig om en enlig forælder (Der står, det er vigtigt for tilknytningen, at partner inddrages tidligt). De mange nye familieformer, herunder enlige donorbørn mv, bør tilsige opmærksomhed på god tilknytning til de omsorgsgivende personer som ikke behøver at være den biologiske far, som jo vil være fraværende ved brug af donor.

### **5.3.2 Kontakter i den tidlige barselsperiode. Anden og tredjedagen efter fødsel.**

PIU går ud fra, at screening for SMA også udføres, og at der tages højde for nye eller andre screeningsmetoder i fremtiden.

- **5.3.3 Styrket rådgivning:** Det beskrives i planen at rådgivningsfunktion vil blive centraliseret for alle regionens hospitaler undtagen Bornholm, der skal have deres egen rådgivningsfunktion. PIU undrer sig over, at Bornholm ikke inddrages i den nye samlede rådgivningsfunktion. Funktionen skal være døgnbemandet og yde støtte og vejledning og benytte sig af digitale løsninger. PIU kan frygte, at det vil betyde, at brugerne på Bornholm bliver ringere stillet, såfremt det grundet mangel på personale ikke er muligt at tilbyde borgerne på Bornholm den samme kvalitet som i resten af Regionen.

## **6. Understøttelse af det gode forløb**

**6.1.1:** PIU understøtter anvendelse af PRO data. Dels som redskab til den individuelle indsats, men også som dataopsamling i forbindelse med forskningen på området.

PIU er dog bekymret for, at spørgeskemaer ikke er udarbejdet og kvalificeret via organisatorisk inddragelse af målgruppen af borgere/patienter/pårørende.

Der kan være bekymring for om psykisk sårbarhed er tilstrækkeligt kvalificeret og derfor ikke fremmer tidlig opsporing og identifikation af særlige behov.

Den tidlige opsporing af sårbarhed indikerer ikke i sig selv, at der tilbydes relevante indsatser. Vejledende protokoller for forløbsbeskrivelse vil særligt være ønskværdige, for at sikre at de respektive sektorer og fagligheder sikres basal viden om behov og indsats i forbindelse med psykisk sårbarhed.

PIU finder det ønskeligt, at spørgeskemaerne udformes, så der sættes fokus på hele familien, med henblik på at identificere det relevante netværk som støtte for den gravide, samt om de selv måtte have behov for støtte/viden for at kunne yde relevant støtte/være en del af fødselsforløbet.

### **6.1.2 Digital kommunikation på tværs af sektorer**

PIU understøtter udvikling og implementering af digitale løsninger, men kan være bekymret for, om de gravide, der ikke bruger digitale løsninger bliver afskåret fra vigtige informationer, hvis den nuværende vandrejournal udgår.

PIU understreger at formatet af al digital kommunikation i fremtiden ud over at tilgå mødre/fædre etc. skal kunne deles uproblematisk på tværs af sektorer.

### **6.1.3 Telemedicin og hjemmemonitorering**

PIU ønsker her fokus på ikke diskriminerende tilgængelighed i hht. Handicapkonventionen og dermed at det også skal kunne ske uanset etniske, sproglige, kønsmæssige, familieforhold eller andre

**Med venlig hilsen**

***Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden***

Kai Nørrung

Jette Bay

Bente Clausen

Janie Eriksen

Carsten Wilken

Inge Mynster-Nielsen

Marianne Frøhlich

Marianne Karstensen

Elin Johansson



## LÆGEFORENINGEN HOVEDSTADENS HØRINGSSVAR PÅ HØRING VEDR. REGION HOVEDSTADENS FØDEPLAN: DET HANDLER OM LIV – LIGE FRA BEGYNDELSEN

5. april 2023

**Lægeforeningen Hovedstaden bifalder regionens arbejde med en ambitiøs fødeplan, men mener, der er behov for yderligere konkretiseringer, økonomi og prioriteringer.**

Lægeforeningen Hovedstaden vil gerne takke for den inddragende proces ifm. udarbejdelsen af både visionen for fødeområdet og for fødeplanen. Regionen skal videre roses for at have lavet en ambitiøs fødeplan, der har fokus på den gravide og barn både før, under og efter fødslen.

Lægeforeningen har en række generelle og tekstmære kommentarer til høringsudkastet.

### Generelle bemærkninger

#### Lægeforeningen Hovedstaden ønsker yderligere konkretisering

Det er et krav fra Sundhedsstyrelsens side, at hver region skal udarbejde en fødeplan, der beskriver samarbejdet mellem praktiserende læger, den kommunale sundhedstjeneste og det regionale svangre- og fødselstilbud. Fødeplanen er dermed grundlaget for den regionale planlægning af svangreomsorgen, de lokale retningslinjer for visitation, de kliniske retningslinjer m.v.<sup>1</sup>

Lægeforeningen Hovedstaden finder det på den baggrund problematisk, at høringsudkastet i for høj grad består af uklare mål og initiativer. Når fødeplanen formuleres uklart, kan man ikke gennemskue, hvilken økonomi vil være nødvendig for implementeringen og opretholdelsen af udkastets initiativer. På samme måde bliver det uklart, hvilke parametre der skal opfyldes, for at fødeplanen kan anses som velimplementeret. Det er derfor Lægeforeningen Hovedstadens anbefaling, at regionen i højere grad konkretiserer målene og økonomien bag initiativerne.

#### Behov for øget fokus på bemanding

Det er Lægeforeningen Hovedstadens opfattelse, at der mangler personale på regionens fødegange. Særligt jordemødre og speciallæger i neonatologi og pædiatri savnes, og manglen på speciallæger er nået til punktet, hvor det er vanskeligt at dække døgnvagterne i regionen. På flere af regionens afdelinger findes der også mangel på speciallæger i gynækologi og obstetrik.

Det er på den baggrund Lægeforeningen Hovedstadens anbefaling, at regionen prioriterer hhv. at rekruttere og at sikre en blivende tilknytning af det nødvendige personale til at hjælpe ved fødslen

---

<sup>1</sup> [Anbefalinger for organisering af fødetilbud \(sst.dk\)](#), s. 15



(på hospital såvel som hjemme hos den gravide), før der igangsættes nye personalekrævende initiativer. Dette gælder særligt for opgaver, der kræver jordemødre og speciallæger i neonatologi og pædiatri.

Det bør videre bemærkes, at manglen på jordemødre har betydet, at der har været en opgaveglidning mellem jordemødre og de yngre læger, hvor yngre læger har måtte overtage opgaver, der almindeligvis udføres af jordemødres. Det betyder, at de yngre læger ikke har tiden til andre opgaver, samtidigt med at deres uddannelse til speciallæge vanskeliggøres.

#### Kvinde-barn-funktioner på Bispebjerg Hospital

Med udgangspunkt i de aktuelle bemandingsproblemer på Region Hovedstadens fødegange, har Lægeforeningen Hovedstaden betænkninger ved oprettelsen af de nye kvinde-barn-funktioner på Bispebjerg Hospital. På grund af den eksisterende mangel på personale, vil det være vanskeligt at finde det nødvendig personale i Region Hovedstaden til at dække funktionerne. Region Hovedstaden bør derfor være opmærksom på, at man ikke kommer til at bemande Bispebjerg på bekostning af Region Sjælland, der også har udfordringer med personalemangel. Der er tale om en balancegang, som regionen selv sætter fokus på med sin udvidede samarbejdsaftale fra december 2022.

Når funktioner flyttes til Bispebjerg Hospital, vil det medføre en sammenlægning af personalegrupper fra forskellige hospitaler i regionen. Lægeforeningen vil opfordre regionen til at sikre et velfungerende fusions-MED, der kan at sørge for lige adgang til rettidig, tilstrækkelig og korrekt information om fusionsprocessen til de berørte medarbejdere. Det må ikke være sådan, at berørte medarbejdere får forskellige information alt afhængig af, hvilken ledelse man har.

Det er videre også væsentligt, at medarbejderne får indflydelse på organiseringen af de nye afdelinger, og på processen frem til de står klar.

God information til alle berørte medarbejdere, og medindflydelse på både proces og produkt er afgørende for, at trivslen bevares undervejs, og at man undgår / reducerer personaleflugt som følge af omstruktureringer af eksisterende arbejdspladser.

#### Lægeforeningen Hovedstaden ønsker et øget fokus på ulighed i sundhed

Lægeforeningen Hovedstaden mener, at det er vigtigt at regionens fødeplan generelt sikrer, at de svagest stillede borgere i regionen har adgang til tilbud på samme linje og af samme kvalitet som de ressourcestærke. Lægeforeningen Hovedstaden bifalder på den baggrund indsats tre (Tidlig opsporing), men vil gøre opmærksom på, at vi frygter at indsats i udkastet (f.eks. indsats 1 og 2) primært vil være en hjælp for de bedre stillede borgere i regionen med øget ulighed til følge.

Lægeforeningen Hovedstaden anerkender regionens ønske om at udbrede PRO-data på fødeområdet (indsats 11). PRO-data kan potentielt og i teorien have store gevinster i sundhedsvæsenet – og måske for den gravide, partneren og barnet. Lægeforeningen Hovedstaden vil dog anbefale, at regionen sikrer formaliserede test- og evalueringsprojekter, der viser, at PRO-data reelt er en gevinst for den gravide og barnet – særligt ift. de ressource svage gravide. Indgivelsen af meningsfulde patientrapporter og oplysninger kan kræve ressourcer, som de svagest stillede muligvis mangler. Lægeforeningen Hovedstaden er derfor bekymret for, at PRO-data potentielt kan give et skævt billede af svangreomsorgen i regionen.

Såfremt regionen ønsker at benytte PRO-data, er den nødt til at definere, hvilke konkrete oplysninger om den gravide, regionen ønsker. Man kan med fordel skele til erfaringerne fra Region Syddanmark med brugen af PRO-data på området.



### Fødselsprognose i Region Hovedstaden og fordelingen af fødsler

I modsætning til regionens fødselsprognose, er det ikke vores medlemmers oplevelse, at der forekommer et øget antal fødsler. På samme måde forventer vores medlemmer ikke, at antallet vil stige i 2023 eller 2024. Lægeforeningen Hovedstaden kan derfor ikke genkende det billede, som udkastets prognose maler. Det bør her bemærkes, at Lægeforeningen Hovedstaden vil opfordre regionen til at undersøge, om der er andre og mindre fejlbehæftede fremskrivningsværktøjer.

Lægeforeningen vil opfordre Region Hovedstaden til at revidere sin fordelingsnøgle for antallet af fødsler, der skal foretages på den enkelte matrikler. Det er Lægeforeningen Hovedstadens oplevelse, at der er for svag sammenhæng mellem antallet af fødsler og den normerede bemanding på matriklerne. Nogle matrikler vil forventeligt have et større antal fødsler end andre, men har ikke en tilsvarende øget normering.

### Anbefaling om generel brug af evalueringer

Lægeforeningen Hovedstaden anbefaler, at regionen generelt følger nye initiativer op med en evaluering. Fødeplanen indeholder eksempelvis flere initiativer, der skal forbedre den fødende, barnets og partneres oplevelse, men der er ikke planer om at evaluere dem – hverken som enkelte initiativer eller som del af en samlet gruppe.

### **Med ovenstående in mente, har Lægeforeningen Hovedstaden en række tekstnære kommentarer til udkastet:**

Der er generel misvisning / forvirring i indholdsfortegnelsen, hvor de angivne sidenumre ikke stemmer overens med resten af udkastet.

På side 10:

*Indsats 2: Nyt digitalt univers for gravide og nybagte forældre*

*Region Hovedstaden vil lancere et nyt digitalt univers på tværs af fødesteder i regionen, som gradvist udbygges, og som skal imødekomme behovet for viden og styrke samtalen med den gravide og partner både før, under og efter fødslen.*

Lægeforeningen Hovedstaden er ikke bekendt med, hvor stor efterspørgslen på et sådant univers er. Vi opfordrer regionen til at benytte IT-kompetencerne og -midlerne andetsteds. Det er vores vurdering, at hhv. midler og kompetencer er bedre brugt på indsats 12 (Udbredelse af digitale løsninger) – som Lægeforeningen Hovedstaden gerne vil rose regionen for at have fokus på.

På side 16:

*Mangel på personale*

Lægeforeningen Hovedstaden er enig med regionen i dens vurdering af, at der mangler medarbejdere på regionens fødesteder. Vi mener dog, at det bør være et mål for Region Hovedstaden, at den i sit arbejde med at sikre det nødvendige personale i regionen, ikke tiltrækker uforholdsvis mange medarbejdere fra Region Sjælland. Vores naboregion er hårdt presset på mange fronter, og kan ikke tåle at miste flere medarbejdere.

På side 25:

*Afsnit 4.4.1 (Den praktiserende læge)*

*(...)*

*Samarbejdet mellem de alment praktiserende læger og regionens fødesteder er formaliseret via regionens praksiskonsulent på det gynækologisk-obstetriske område. Praksiskonsulentens primære opgave er at formidle viden og være bindeled mellem almen praksis og*



*fødestederne.*

Lægeforeningen Hovedstaden kvitterer for, at praksiskonsulentens vigtige rolle som bindeled nævnes i fødeplanen. Det er dog uklart, hvad regionen mener med, at praksiskonsulenten "formaliserer" samarbejdet, idet samarbejdet er formaliseret i kraft af lovgivning og af overenskomstaftaler.

Lægeforeningen Hovedstaden foreslår videre, at regionens digitale nyhedsbrev 'PraksisNyt' fremhæves i fødeplanen som en vigtig kommunikationskanal til regionens praktiserende læger – også på fødeområdet.

På side 30:

#### *5.1.1 (grundforløb)*

##### *Konsultation ved praktiserende læge (egen læge)*

*(...) Familiedannelse og tilknytning mellem barn og forældre starter før fødslen. Derfor skal den gravides partner som udgangspunkt inviteres med til alle konsultationer. Samtaler og materialer om graviditet, fødsel og spædbarnspleje skal overvejende henvende sig til begge forældre.*

Lægeforeningen Hovedstaden anerkender, at familiedannelse er et vigtigt formål med svangreomsorgen, men det centrale er den fødende og barnets helbred. Det samme gælder ved konsultationer ved praktiserende læge. Lægeforeningen Hovedstaden anerkender også, at der muligvis kan være en positiv effekt af medinddragelsen af den fødendes partner. Det er Lægeforeningen Hovedstadens overbevisning, at den aktive inddragelse bør afvente, at der foreligger konkrete erfaringer med effekten af en sådan aktiv inddragelse – gerne støttet med plug-and-play beskrivelser af, hvordan inddragelsen kan ske på en hensigtsmæssig måde for den gravide og fosteret.

Det er videre Lægeforeningen Hovedstadens bekymring, at givet indsatsens nuværende formulering, vil der primært være tale om en rettighed, der vil / kan blive benyttet af de ressourcestærke familier. Her vil der være tid og overskud til, at partneren tager med til konsultationen, så også partners overvejelser kan drøftes med lægen. Det er vores bekymring, at den faste invitation af partneren vil kunne tilskynde uligheden i sundhed fremfor at mindske den.

*(...) Skanningerne udføres ofte af en sonograf, som er en sygeplejerske eller jordemoder med en specialuddannelse i føtalmedicinsk ultralydsskanning.*

Eftersom en skanning "ofte" udføres af en sonograf, hvad er alternativet?

På side 33:

*(...) Det indebærer for eksempel muligheden for at vælge mellem virtuel fødselsforberedelse, auditorieundervisning eller undervisning i små hold. Sidstnævnte etableres i takt med, at de nødvendige ressourcer kan tilvejebringes.*

Hvad er regionens forventninger til efterspørgslen på de tre former for fødselsforberedelsestilbud? Vil forventningen være, at størstedelen af de gravide og deres partnere vil søge mod de små hold med færre borgere pr. personale? Lægeforeningen Hovedstaden er bekymret for, at hvis muligheden for at deltage på de små hold de facto ikke gælder for alle gravide, vil der kunne opstå et A og et B (og potentielt C) hold.

Hvor forventer regionen at finde de "nødvendige ressourcer"?

På side 38:

*(...) Som led heri er det regionens ambition, at in-house fødeklinikker for ukomplicerede fødsler styrkes, og at fremtidens fødestuer generelt understøtter en rolig og tryk fødsel.*



Hvordan vil regionen styrke in-house fødeklinikkerne? Er det med yderligere personale, materiale eller omgivelser?

På side 41:

*Førstegangsfødende får på alle regionens hospitaler mulighed for op til 2 døgn barselsophold.*

Hvor på hospitalerne skal de førstegangsfødende have deres to døgn barselsophold? Lægeforeningen Hovedstaden mener fortsat, at ikke-patienter (her raske individer efter endt fødsel, hvor hverken den fødende eller barn har komplikationer) ikke bør optage en hospitalsseng fra en patient eller gravid, der har behov for den.

På side 43:

### *5.3.3 Styrket rådgivning*

Overordnet bifalder Lægeforeningen Hovedstaden, at udviklingen af rådgivningstilbud til den nye familie allerede fra fødselstidspunktet indtænker den efterfølgende kommunale sundhedsplejerskeindsats. Det er vigtigt at der ikke opbygges parallelle tilbud, og at der sker en gnidningsløs overdragelse af viden mellem sektorerne.

*(...) Konkret betyder det, at regionen etablerer en fælles regional døgnbemandet hotline betjent af sundsfagligt personale. (...)*

Hvilken personalegruppe skal, efter Region Hovedstadens forventninger, betjene hotlinen? Vil der være tale om oprettelsen af et vagthold? Vil ventetid til en sådan hotline accepteres af regionen?

På side 47:

### *6.1.1 Patientrapporterede oplysninger (PRO)*

*Patienters viden, erfaringer og perspektiver er væsentlige for at tilrettelægge behandlinger og forløb, som giver største værdi. Kun patienter selv kan bidrage med viden om livet med sygdom, og derfor bør patienters erfaringer, viden og præferencer være centrale elementer i udviklingen af sundhedsvæsenet.*

Lægeforeningen Hovedstaden er bevidst om, at der er tale om en generel beskrivelse af PRO-data, men mener at formuleringer som "livet med sygdom" er malplaceret i en fødeplan. Graviditet er ikke en sygdom, ligesom gravide ikke (nødvendigtvis) er patienter.

Med venlig hilsen og på vegne af bestyrelsen for Lægeforeningen Hovedstaden

Mark Krasnik

Formand for Lægeforeningen Hovedstaden

Til:

Region Hovedstaden



PRAKTISERENDE  
LÆGERS  
ORGANISATION  
HOVEDSTADEN

**Høringssvar på høring vedr. ny fødeplan for Region Hovedstaden**

Tak for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende Region Hovedstadens fødeplan.

PLO-Hovedstaden føler sig repræsenteret af det svar, som er fremsendt af Lægeforeningen Hovedstaden.

Med venlig hilsen

Jørgen Steen Andersen

Næstformand PLO-Hovedstaden

Dato: 03-04-2023

Sagsnr.: 2023 - 2507

Aktid: 5102183

Sagsbehandler:

Annemette Vindelev

Kristianiagade 12  
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 1094  
Tlf. (dir): +45 3544 1094  
E-mail: plo-h@dadl.dk  
E-mail: amv.plo@DADL.DK  
[www.plo.dk](http://www.plo.dk)



## Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Enhed for Hospitalsplanlægning

Att. Charlotte Lund Mikkelsen

### Sundhedsstyrelsens rådgivning til Region Hovedstadens fødeplan 2023

3. april 2023

Region Hovedstaden har den 22. februar 2023 sendt udkast til en ny fødeplan i høring og anmodet om Sundhedsstyrelsens rådgivning hertil. I henhold til Sundhedslovens § 206 stk. 2 skal regionerne indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen under udarbejdelse af sundhedsplaner, herunder også hospitals- og fødeplaner.

Sagsnr. 04-0200-31/

Reference SYP

T 2463 5958

E sstsymp@sst.dk

Sundhedsstyrelsen tager i sin rådgivning udgangspunkt i sundhedsloven og de politiske målsætninger bag denne, Sundhedsstyrelsens specialeplan (2017), samt Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for organisering af fødetilbud*<sup>1</sup> og *Anbefalinger for Svangreomsorgen*<sup>2</sup>.

Udgangspunktet for rådgivningen er blandt andet specialeplanlægningens generelle princip om, at 'øvelse gør mester', sundhedslovens § 2 omkring lighed i adgang til sundhedsydelser, høj kvalitet i behandling, sammenhæng mellem ydelser, valgfrihed og let adgang til information.

#### *Tidligere rådgivning*

Sundhedsstyrelsen har senest ydet rådgivning til Region Hovedstadens vedrørende fødeområdet i forbindelse med udkast til fødeplanerne i 2020. Vi henviser til denne samt tidligere rådgivning, som også kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside<sup>3</sup>.

### **Bemærkninger og rådgivning**

#### *Generelle bemærkninger*

Fødeplanen for Region Hovedstaden *Det handler om liv – lige fra begyndelsen* er gennemarbejdet, omfangsrig og detaljeret. Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at en række store udfordringer med flere fødsler, mere komplicerede forløb

<sup>1</sup> Anbefalinger for organisering af fødetilbud. Sundhedsstyrelsen 2021. [www.sst.dk/da/udgivelser/2021/Anbefalinger-for-organisering-af-foedetilbud](http://www.sst.dk/da/udgivelser/2021/Anbefalinger-for-organisering-af-foedetilbud)

<sup>2</sup> Anbefalinger for Svangreomsorgen. Sundhedsstyrelsen 2021. [www.sst.dk/da/udgivelser/2022/anbefalinger-for-svangreomsorgen](http://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/anbefalinger-for-svangreomsorgen)

<sup>3</sup> Sundhedsstyrelsens rådgivning til Region Hovedstadens sundhedsplaner. [www.sst.dk/da/viden/Sundhedsvaesen/Sundhedsplaner/Raadgivning/Region-Hovedstaden](http://www.sst.dk/da/viden/Sundhedsvaesen/Sundhedsplaner/Raadgivning/Region-Hovedstaden)

og udfordringer med bemanning på fødegangene adresseres. Fødeplanen fremstår som en faglig udviklingsplan med fokus på gode forløb for alle borgere i regionen, og Sundhedsstyrelsen finder, at der er positive elementer i forhold til det tværsektorielle samarbejde samt samarbejdet med forældrene. Sundhedsstyrelsen har desuden med interesse noteret sig planens fokus på sårbare gravide/familier med særlige behov samt varetagelsen af komplicerede forløb via en individualiseret tilgang og differentiering af tilbud og indsatser. Styrelsen vurderer, at regionen overordnet set lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området.

#### *Vedrørende fødesteder og organisering*

I Region Hovedstaden vil antallet af årlige fødsler, ifølge regionens prognose, stige med ca. 2.600 fødsler fra 23.304 fødsler i 2023 til 25.943 fødsler i 2033. Det nye fødested på Bispebjerg Hospital vil have en kapacitet på 4.000 fødsler om året fra 2026. På baggrund af fordelingsnøglen i tabel 1 på side 22 i udkastet er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er et tilstrækkeligt volumen af fødsler samt gynækologiske og pædiatriske patienter ift. at understøtte de nødvendige kompetencer. Det fremgår af fødeplanen, at prognosen ift. antallet af fødsler er forbundet med stor usikkerhed. I den sammenhæng er det væsentligt at være opmærksom på ikke at udtynde patientgrundlag, og at alle afdelinger fortsat har det nødvendige volumen for at sikre kvaliteten – også i de komplicerede forløb. Sundhedsstyrelsen finder det desuden vigtigt, at regionen sikrer korrekt visitation, der tager højde for, hvilke typer fødsler fødeafdelingen kan varetage.

Det fremgår ikke af planen om fødeafdelingen på Bispebjerg er tiltænkt at varetage specialfunktioner i lighed med fødeafdelingerne på de øvrige akutsygehuse. Såfremt det er planen, at fødeafdelingen på Bispebjerg Hospital skal varetage specialfunktioner, skal regionen gå i dialog med styrelsen herom, da varetagelse af specialfunktioner kræver Sundhedsstyrelsens godkendelse.

Generelt bemærker Sundhedsstyrelsen, at regionens beskrivelse af det kommende kvinde-barn center er på et overordnet niveau uden information om speciallægedækning, samarbejde med andre specialer osv., hvorfor Sundhedsstyrelsen ikke kan rådgive i relation til dette. I relation til oprettelsen af det nye fødested på Bispebjerg Hospital er det væsentligt at være opmærksom på, at der kan være udfordringer med, at sikre de nødvendige personalemæssige kompetencer til bemanning af de pågældende specialafdelinger uden samtidige konsekvenser for de øvrige sygehuse i regionen og muligvis Region Sjælland.

Det fremgår ikke, om der planlægges fødeklinik i tilslutning til den nye fødeafdeling. Hvis dette er tilfældet bør anbefalinger for dette i *Anbefalinger til organisering af Fødetilbud* følges. Herunder bør det sikres, at klinikken fagligt og

ledelsesmæssigt hører sammen med fødeafdelingen. Ligeledes at klinikken placeres i umiddelbar nærhed af selve fødeafdelingen og en operationsstue således, at et grad 1 sectio kan foretages inden for 15. minutter i henhold til gældende faglige retningslinjer. Derudover at der er mulighed for umiddelbar assistance ved en speciallæge i gynækologi og obstetrik.

Det skal bemærkes, at uanset type af fødested, er der tale om et behandlingssted, som er omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds risikobaserede tilsyn.

#### *Vedr. tilbud i graviditet, fødsel og barsel*

Det er Sundhedsstyrelsens indtryk, at fødeplanen i vid udstrækning lægger sig op ad Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen*. Sundhedsstyrelsen finder, at fødeplanen er gennemarbejdet og dækker de vigtigste aspekter af svangreomsorgen og tager hånd om de fremtidige både demografiske og økonomiske udfordringer, som regionen står over for. Opgave- og ansvarsfordeling mellem sygehuse, sundhedsplejersker og almen praksis fremstår veletableret. Fødeplanen beskriver en række indsatser, hvor regionen har fokuseret på væsentlige områder af svangreomsorgen.

Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at regionen har fokus på at udvikle forældre- og fødselsforberedelsen gennem en omorganisering og en tværregional indsats med inddragelse af de kommende forældre og andre interessenter. En nærmere beskrivelse af tilrettelæggelse og indhold af de enkelte elementer i forældre- og fødselsforberedelsen savnes på nuværende tidspunkt og Sundhedsstyrelsen ser frem til, hvorledes disse initiativer konkretiseres.

En øget opmærksomhed på håndteringen af fødsels latensfase, hvor der tages hensyn til de kommende forældres ønsker, vil givetvis bidrage til at skabe tryk i den initiale del af fødselsforløbet.

Fødeplanen beskriver en række indsatser i barselsperioden, som har til formål at skabe et sundhedsfagligt sikkerhedsnet for de nye forældre, når de kommer hjem efter fødslen. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at etablering af en fælles regional døgnbemandet hotline bedre vil imødekomme forældrenes rådgivningsbehov, når dette løftes ud af en travl hospitalsafdeling.

Sundhedsstyrelsen finder det desuden positivt, at regionen arbejder på at udvide særlige enheder, der kan yde støtte til forældre, der mister et barn.

#### *Vedrørende attraktive arbejdspladser*

Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at Region Hovedstaden har fokus på vigtigheden af attraktive arbejdspladser og har valgt at fokusere på indsatserne beskrevet i afsnit 6.2. En helt central udfordring er, at sikre tilstrækkelig robust, fleksibel og kompetent bemanning på fødeafdelingerne, så variationen i antallet af fødsler over tid kan imødekommes. Dette synes særligt relevant, set i lyset af

oprettelsen af et nyt fødested på Bispebjerg Hospital. I den forbindelse kunne det overvejes at beskrive mere specifikt, hvordan Region Hovedstaden har tænkt sig at arbejde med denne problemstilling, fx ved brug af de forskellige faggrupper.

*Vedr. dataunderstøttelse og digitale løsninger*

Det fremgår ikke af fødeplanen, hvorledes Region Hovedstaden vil monitorere og udvikle den kliniske kvalitet, fx ved brug af audits, data fra Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler eller Landsundersøgelsen af patientoplevelser. Derudover er der en række forskellige nationalt og lokalt fastsatte kvalitetsindikatorer fra de forskellige øvrige nationale kvalitetsdatabaser, som med fordel kan anvendes.

*Vedrørende Region Hovedstadens forskningsstrategi på fødeområdet*

Det er meget positivt, at fødeplanen indeholder initiativer til at fastholde og videreudvikle stærke faglige og forskningsbaseret miljøer på fødeområdet og en ambition om, at flere faggrupper forsker. I den sammenhæng vil Sundhedsstyrelsen henlede opmærksomheden på Sundhedsstyrelsens forskningsstrategi for det primære sundhedsvæsen: *Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen*<sup>4</sup>, hvor det blandt andet beskrives at kommuner og almen praksis bliver mere forskningsaktive. I den sammenhæng kunne det være relevant, at regionen tilstræbte at udvikle og understøtte forskningssamarbejder med kommuner og almen praksis mhp. forskning i hele forløbet og ikke kun indsatserne på sygehuset.

Sundhedsstyrelsen står til rådighed for uddybning og spørgsmål i forhold til rådgivningen, såfremt dette måtte ønskes.

Såfremt fødeplanen og implementeringen heraf medfører konkrete ændringer i organiseringen og placeringen af specialer eller specialfunktioner skal Sundhedsstyrelsen anmodes om rådgivning i relation hertil.

Med venlig hilsen



Jes Braagaard  
Sektionsleder  
Enhed for Sygehusplanlægning

---

<sup>4</sup> Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen - en national strategi. Sundhedsstyrelsen. 2022. [www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Forskning-til-styrkelse-af-indsatsen-i-det-primære-sundhedsvæsen](http://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Forskning-til-styrkelse-af-indsatsen-i-det-primære-sundhedsvæsen)

# Høringssvar til Region Hovedstadens nye fødeplan – ”Det handler om liv – lige fra begyndelsen”

Frederikssund Kommune værdsætter muligheden for at afgive høringssvar til forslaget til fødeplanen ”Det handler om liv – lige fra begyndelsen” for Region Hovedstaden.

Generelt ser Frederikssund Kommune positivt på tiltag, der kan styrke samarbejdet på tværs af Regionen Hovedstaden og kommunerne. Det gælder især tiltag og arbejdsgange, der kan styrke de overgange mellem region og kommune, som kvinderne og familierne oplever i forbindelse med graviditet, fødsel og efter fødslen.

Supplerende hertil har Frederikssund Kommune følgende bemærkninger til de enkelte dele af forslaget til fødeplanen.

## Kapitel 3: Tendenser for fødeområdet

*Vedr. Visitation til graviditetsforløb for gravide med særlige behov (s. 14)*

Det beskrives i fødeplanen, at der ses en betydelig stigning i andelen af gravide med særlige behov i Region Hovedstaden. Denne stigning mærkes i dag tydeligt i Frederikssund Kommunes sundhedspleje. Samtidig oplever kommunens sundhedspleje, at de familier, der har brug for en særlig og tidlig indsats, har mange udfordringer med i bagagen og at udfordringerne er større end tidligere.

Frederikssund Kommune gør derfor opmærksom på, at stigningen i andelen af gravide med særlige behov også får stor betydning for kommunernes opgaveløsning på området. Flere gravide med særlige behov vil påvirke kommunernes familieafdelinger og i særdeleshed sundhedsplejen, som tilbyder op til flere besøg til gravide med særlige behov. Familierne får samtidig oftest også behov for et større tilbud end det generelle tilbud i løbet af barnets første leveår.

Stigningen stiller også krav til samarbejdet mellem region og kommune. Her er det afgørende at have fokus på både det tværfaglige samarbejde mellem region og kommune og på familiernes overgange mellem region og kommune.

## Afsnit 4.4: Det tværsektorielle samarbejde

*Vedr. afsnit 4.4.4. Sundhedsplejerske (s. 25)*

Der henvises i fødeplanen til, at jordemoderen ved vurdering af særlige behov (svarende til svangreniveau 3 og 4) sammen med parret kan beslutte, at sundhedsplejen tager tidlig kontakt med henblik på at etablere et besøg under graviditeten.

Frederikssund Kommune gør opmærksom på, at vurderingen af særlige behov også bør omfatte svangreniveau 2, da sundhedsplejen ellers ikke vil få kontakt med disse gravide før efter fødslen. Det er afgørende, at sundhedsplejen – i samarbejde med familien –



involveres tidligt også på niveau 2 for ikke at forsinke den tidlige indsats. Særlige behov på niveau 2 kan omhandle tidligere kompliceret graviditet og ammeforløb.

I Frederikssund Kommune har jordemødre og sundhedsplejersker et samarbejde om tidlig ammeindsats. Det er en indsats, som ligger udover den tidlige indsats til gravide med særlige behov. Jordemoderen giver besked til sundhedsplejen, når en gravid fx er bekymret for amning, har fysiologiske forhold, som kan påvirke amning, tidligere har haft kompliceret ammeforløb mv. Sundhedsplejen tager derefter kontakt til den gravide og aftaler nærmere pba. den gravides behov. Både kommunens jordemødre og sundhedsplejersker har gode erfaringer med dette tætte samarbejde om tidlig ammeindsats.

## **Afsnit 5.1: Graviditet**

### *Vedr. afsnit 5.1.1. Grundforløb (tabel 3)*

Det fremgår af tabel 3, at en sundhedsplejerske følger op på barnets fysiske og mentale sundhed og trivsel fire uger efter fødslen. Aktuelt sker denne opfølgning ved tre uger efter fødslen hos førstegangsforældre i Frederikssund Kommune. Flergangsfødende får besøg ved behov. Det kan altså variere fra kommune til kommune og ift. første- og flergangsfødende.

Frederikssund Kommune gør opmærksom på, at fem-ugers-undersøgelse hos egen læge ikke fremgår af tabellen. Det foreslås derfor, at dette besøg skrives med i tabellen på linje med andre konsultationer i almen praksis.

### *Vedr. afsnit 5.1.2. Fødsels- og forældreforberedelse (s. 31)*

I fødeplanen beskrives forslag til ændringer i forhold til fødsels- og forældreforberedelse. Frederikssund Kommune ser forslaget om at undersøge mulighederne for et pilotprojekt mellem fødested og kommuner ift. fødsels- og forældreforberedelse som yderst relevant.

Frederikssund Kommune ser et stærkere samarbejde om fødsels- og forældreforberedelse som en oplagt mulighed for at styrke det tværfaglige samarbejde mellem region og kommune generelt. Derudover vil samarbejdet kunne styrke den tidlige indsats og minimere risikoen for tab af relevant information i overgangene mellem region og kommune.

Frederikssund Kommune påpeger, at det vil kræve en systematiseret planlægning og indsats for at lykkes med et sådant samarbejde.

### *Vedr. afsnit 5.1.3. Tidlig opsporing af gravide og familier med særlige behov (s. 32)*

Det fremgår af fødeplanen, at regionen blandt andet har en ambition om at implementere et værktøj til opsporing af partnervold, som jordemødrene kan bruge. Frederikssund Kommune gør opmærksom på, at det mht. opsporing af partnervold vil være meningsfuldt, at regioner og kommuner bruger det samme redskab. Derved vil regioner og kommune tale samme sprog, når familierne overgives fra region til kommune eller omvendt.

## **Afsnit 5.3: Barsel**

### *Vedr. afsnit 5.3.1. Hjemmebarsel eller barselophold på hospitalet (s. 40)*

Det fremgår af fødeplanen, at førstegangsfødende ved barselophold i hjemmet skal modtage 1-2 besøg af jordemoder i løbet af de første tre døgn. Det fremgår også, at regionens fødesteder er udfordrede af mangel på medarbejdere, herunder jordemødre (s. 15).

Frederikssund Kommune ønsker at påpege, at det vil være vanskeligt at øge antallet af besøg i hjemmet i en situation med mangel på jordemødre. Ydermere er det i nogle kommuner allerede nu svært at overholde tilbuddet om blot ét besøg fra jordemoder efter ambulant fødsel.

Sundhedsplejerskerne kører allerede rundt til familierne i kommunerne. Sundhedsplejen er derfor i forvejen tæt på familierne og kan varetage opgaverne hos familierne i hjemmet. Det synes derfor ikke hensigtsmæssigt hverken ift. medarbejdersituationen i regionen eller

de opgaver, som sundhedsplejen allerede varetager i hjemmet, at jordemødrene skal en ekstra gang ud i familierne.

Det forudsætter naturligvis, at ressourcerne til disse besøg allokeres til kommunerne.

*Vedr. afsnit 5.3.2. Kontakter i den tidlige barselsperiode (s. 41)*

Det fremgår af fødeplanen, at sundhedsplejen på 4.-5.-dagen kontakter familier, som er udskrevet inden for 72 timer efter fødslen eller har født hjemme, med henblik på at følge op på de informationer, som familien har modtaget på hospitalet samt aftale det første hjemmebesøg.

Frederikssund Kommune gør opmærksom på, at planlægning af det første besøg eller barselsbesøg på 4.-5. dagen kræver, at kommunerne har sundhedsplejersker, som er på arbejde om lørdagen. Dette vil kræve betydelige udgifter og ressourcer for de kommuner, som ikke for nuværende har weekendbesøg.

Hvis barselsbesøget derimod ligger mellem 4.- og 6.-dagen, kan alle besøg tages på hver side af weekenden i almindelige uger.

*Vedr. afsnit 5.3.3. Styrket rådgivning (s. 42)*

Det fremgår af fødeplanen, at det med regeringens aftale om udmøntning af midler til fødselspakken "En god start på livet" fra maj 2022 er vedtaget, at tilgængeligheden til telefonisk ammerådgivning skal styrkes nationalt, for så vidt muligt at sikre en god ammeopstart. Derfor indføres et kommunalt pilotprojekt med udvidet ammerådgivning ved sundhedsplejen med mulighed for videokonsultation. Region Hovedstadens hotline skal ses i sammenhæng med den kommunale telefoniske ammerådgivning, når henvendelserne vedrører spørgsmål om og udfordringer med opstart af amning".

Frederikssund Kommune bemærker, at indsatsen omkring amning og en styrket rådgivning fra både fødestederne og kommunerne må forventes at have en positiv effekt på amning. Opgaven kan dog ikke løftes af de eksisterende ressourcer i kommunens sundhedspleje. Det må derfor forventes, at der allokeres ressourcer til sundhedsplejen, hvis opgaven skal løses i kommunerne.

Frederikssund Kommune bemærker, at en telefonisk ammerådgivning sandsynligvis vil blive brugt til alle typer af spørgsmål og ikke kun spørgsmål om amning. Frederikssund Kommune ser det som en fordel, hvis den telefoniske rådgivning kan rumme andre spørgsmål end blot spørgsmål om amning. Herved vil et helhedsperspektiv på familierne, hvor der ikke skelnes mellem deres spørgsmål og fagområder, styrkes.

*Vedr. afsnit 5.3.6. Tilbud til forældre som mister et barn (s. 44)*

Det fremgår af fødeplanen, at Region Hovedstaden har fokus på at tilbyde og udvikle forskellige tilbud om opfølgende samtaler og støtte til forældre, som mister et barn, så familierne ikke oplever at stå alene med sorgen. Frederikssund Kommune gør opmærksom på, at flere kommuner allerede har systematiske tilbud til forældre, som mister et barn under graviditeten eller i forbindelse med fødslen. Frederikssund Kommune vil derfor fremhæve, at det kan være meningsfuldt at lave samarbejde med disse kommuner for at afdække sammenhænge, overgange og gode indsatser på området.

Frederikssund Kommune gør opmærksom på, at sundhedsplejen er en naturlig aktør i indsatser målrettet forældre, som mister et barn, da det ofte vil være den samme sundhedsplejerske, som møder familien igen, når de eventuelt får et barn til. Umiddelbart synes det hensigtsmæssigt og positivt med et tilbud på hospitalet, som eventuelt er tiltænkt den akutte fase. Herefter vil det ifm. med det mere langvarige efterforløb være relevant med et fortsat tilbud fra kommunen via sundhedsplejen.

Regionens hospitalspræster har tidligere været relevante samarbejdspartnere i arbejdet med familier, som rammes af sorgen ved enten at miste et barn eller få et alvorligt sygt barn. Frederikssund Kommune bemærker derfor, at hospitalspræsterne ville kunne bidrage positivt til at udarbejde detaljerne i det tilbud, der etableres.

**Kapitel 6: Understøttelse af det gode forløb***Vedr. afsnit 6.2. Attraktive arbejdspladser*

Frederikssund Kommune ser positivt på indsatser, der skal motivere flere medarbejdere til at forblive ansat på Region Hovedstadens fødesteder i mange år. Frederikssund Kommune vil i den forbindelse understrege, at de bedste kompetencer til og erfaring med opgaverne vil opnås, hvis flere medarbejdere bliver ved kerneopgaven.

Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at der ikke bliver uhensigtsmæssige overlap mellem de foreslåede ændringer i jordemødrenes opgaver og de opgaver, som allerede ligger i kommunernes sundhedsplejer. Især set i lyset af udfordringerne med mangel på jordemødre i regionen som nævnt tidligere. Dette vil være til glæde og gavn for de gravide, fødende og barslende familier.

# Høringssvar fra Dansk Jordemoderfagligt Selskab til Region Hovedstaden vedrørende Fødeplanen

---

Dansk Jordemoderfagligt Selskab (DJS) takker Region Hovedstaden for at være inviteret som høringspart til regionens udkast til fødeplanen.

DJS vil gerne kreditere regionen for følgende punkter:

- valgmuligheder ift. fødselsforberedelse tilpasset den enkeltes behov.
- fokus på latensfasen efter individuelle behov.
- oprettelsen af døgnbemandet barsels-hotline til ambulant barslende.
- fokus på arbejdsmiljøet for regionens jordemødre.

Overordnet finder vi høringsudkastet meget generelt og opfordrer til, at regionen gennemgående i fødeplanen tydeliggør og konkretiserer visionerne for fødeområdet, samt kommer med konkrete bud på implementering.

En større del af fødeplanen er gengivelser af afsnit i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorgen<sup>1</sup>, og der er ikke behov for at få disse rammer gentaget i fødeplanen, herunder forskellige fagpersoners roller og basistilbud i graviditeten.

Vi opfordrer ligeledes til, at dokumentet gennemgås således at kilder og links er korrekte og fungerer.

DJS henleder Region Hovedstadens opmærksomhed på nedenstående konkrete kommentarer og nedslag i teksten.

## 2 Vision for fremtidens fødeområde

### - Overordnede visioner og organisering

DJS bifalder regionens vision om at understøtte graviditets- og fødselsforløb med mest mulig kontinuitet og "kendthed". Ligeledes bifaldes visionerne om at minimere komplikationer, at styrke tilbuddet i latensfasen, at styrke in-house klinikker samt fødestuernes indretning. Dog mangler fødeplanen visioner og konkrete initiativer for at styrke netop den evidensbaserede jordemoderomsorg i selve organisationen.

I Danmark foregår 97% af alle fødsler på specialafdelinger<sup>2</sup> hvorfor kontinuitet mellem fødende og jordemoder kun kan imødekommes i begrænset omfang. Det er oplagt at se nærmere på, hvorvidt en reorganisering af den nuværende svangreomsorg kan reducere kompleksiteten og indgrebskaskader samt undgå overmedikalisering. Her kan man med fordel se på de positive

---

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for Svangreomsorgen*. 2021.

<sup>2</sup> Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for organisering af fødetilbud*. 2021.

outcomes fra fritstående og in-house jordemoderledede fødeklinikker<sup>3</sup>.

- DJS opfordrer regionen til at se på evidensen for, at svangreomsorgens organisering påvirker antallet af indgreb<sup>4</sup>. DJS finder det vigtigt at pointere, at fødselsintervention og outcome ikke udelukkende er et resultat af den fødendes sundhedsprofil, men påvirkes af organiseringen og rammerne<sup>5</sup>. Det er derfor en vigtig sundhedsfaglig opgave at informere og støtte individet i valg af fødested samt at tilbyde disse valgmuligheder.

#### **- Det normale svangre-, fødsels- og barselsforløb**

Graviditeten indeholder jf. høringsudkastet et enormt sundhedsfremmende forebyggelsespotentialer. Alligevel er der i regionens fødeplan et stort fokus på komplicerede gravide og fødende. Det ville være hensigtsmæssigt med klare definitioner af hvordan disse grupper defineres.

DJS savner i fødeplanen et gennemgående fokus på den ukomplicerede graviditet, fødsel og barsel, da gruppen af ukomplicerede fødende udgør fortsat størstedelen af fødende i Danmark<sup>6</sup>. DJS savner desuden en opmærksomhed på, at det er en sundhedsmæssig central opgave at forebygge sygeliggørelse og reducere overbehandling, samt at fremme den normale fødsel, som beskrevet af Sundhedsstyrelsen<sup>7</sup>. DJS henleder opmærksomheden på Region Syddanmarks Fødeplan<sup>8</sup> der har en konkret anbefaling om at styrke den vaginale ukomplicerede fødsel gennem en kontinuerligt flerstrengt proces der involverer tværfaglighed, forskning og organisering. Formålet med fokus på den ukomplicerede fødsel er at understøtte den bedst mulige sundhedstilstand for familien, reducere komplikationer og højne patienttilfredsheden.

- DJS henstiller til øget fokus på det ukomplicerede svangre, fødsels- og barselsforløb, samt hvilke visioner og indsatser der konkret iværksættes ud over det fysiske fødemiljø. Da cirka to tredjedele af alle fødende er ukomplicerede gravide med et forventet ukompliceret forløb<sup>9</sup> bør der arbejdes aktivt for at disse forløb i højere grad understøttes i regionens fødselstilbud. Dette kan blandt andet gøres ved at styrke kontinuitet og frit valg af fødested som Sundhedsstyrelsen anbefaler<sup>10</sup>.

#### **- Kontinuitet og kendthed**

Det glæder DJS, at regionen i fødeplanen har visioner om mere "kendthed" og kontinuitet, da evidensen er velundersøgt. Studier peger på, at kontinuitet nedsætter risikoen for en række

---

<sup>3</sup> Hollowell et al., *A comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births: secondary analysis of 'low risk' births in the birthplace in England cohort*. 2017.

<sup>4</sup> Petersen et al., *The sequence of intrapartum interventions: a descriptive approach to the cascade of interventions*. 2013, Rota et al., *Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions*. 2018, Sandall et al., *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. 2016.

<sup>5</sup> Hollowell et al., *A comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births: secondary analysis of 'low risk' births in the birthplace in England cohort*. 2017.

<sup>6</sup> Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (DKF) Dataindberetning og datadefinitioner. 2022.

<sup>7</sup> Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for Svangreomsorgen*. 2021.

<sup>8</sup> Region Syddanmark, *Fødeplan*. 2022.

<sup>9</sup> Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (DKF) Dataindberetning og datadefinitioner. 2022.

<sup>10</sup> Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for organisering af fødetilbud*. 2021.

negative outcomes, herunder for tidlig fødsel, instrumentel vaginal forløsning samt foster- og spædbarnsdød<sup>11</sup>, og at der endvidere er øget brugertilfredshed<sup>12</sup>. Det undrer dog DJS, at regionen ikke nævner "Kendt Jordemoderordning" (KJO) i fødeplanen eller fremlægger, hvorvidt regionen har visioner om at udbrede ordningen til flere gravide og fødende. Graviditets- og fødselstilbud med gennemgående kendtheds og kontinuitet som KJO, hjemmefødselsordninger og jordemoderledede fødeklinikker tilbydes i andre regioner i langt højere grad.

- DJS opfordrer til, at det tilføjes til fødeplanen, at en stor del af arbejdet med at holde forløb ukomplicerede afhænger af, hvorledes svangreomsorgen organiseres<sup>13</sup>. Derfor bør regionen arbejde hen imod en indretning af svangreomsorgen, hvor jordemoderledet omsorg med kontinuitet gennem hele forløbet er et realistisk tilbud til fødende i regionen. Ligeledes bør der laves konkrete planer for styrkelse af alle fødselstilbud, der fremmer kendtheds og kontinuitet.
- DJS opfordrer til, at der indtænkes mere kendtheds i omsorgen for gravide med særlige behov (psykosociale, medicinske), da netop disse grupper kan have stor gavn af disse tiltag jf. Sundhedsstyrelsen<sup>14</sup>, både i forhold til bedring af udfald og i forhold til at reducere ulighed i sundhed.

## 4.1 Fødesteder i Region Hovedstaden

DJS er kritiske overfor, at regionens fødsler er organiseret på få, store fødesteder med mellem 4000-7000 fødsler, hvilket placerer Region Hovedstaden som den region med færrest antal fødesteder i forhold til den samlede antal fødsler<sup>15</sup>. Derfor bifalder DJS, at Region Hovedstaden udvider antallet af fødeafdelinger med etablering af det nye Bispebjerg Hospital. DJS anerkender, at der kan være et organisatorisk behov for at samle specialiserede kompetencer på specialafdelinger. Dog finder vi det relevant at fremhæve risikoen for, at kendtheds og kontinuitet for patienterne reduceres. Ligeledes stiger risikoen for mistrivsel hos personalet på store fødesteder, med rekrutterings- og fastholdelses udfordringer som resultat.

- DJS opfordrer til, at det i fødeplanen nu og på sigt indtænkes, hvordan vi udarbejder forskellige fødetilbud i spændet fra specialafdeling med både neonatalafdeling og obstetrisk subspecialer til fødeafdelinger for lav-risiko gravide med mulighed for overførsel til specialafdeling ved opståedekomplikationer, fritstående jordemoderledede klinikker med tæt samarbejde med specialafdelinger, selvstændige jordemoderledede klinikker, hjemmefødselsordninger osv.
- DJS henstiller til, at regionen tænker indretning af fødetilbuddene ind i en samfundsmæssig debat om, hvordan samfundets ressourcer bruges bedst muligt. Der er

---

<sup>11</sup> Sandall et al., *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. 2016.

<sup>12</sup> Perriman et al., *What women value in the midwifery continuity of care models*. 2018.

<sup>13</sup> Hollowell et al., *Comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births: secondary analysis of 'low risk' births in the birthplace in England cohort*. 2017.

<sup>14</sup> Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for Svangreomsorgen*. 2021.

<sup>15</sup> Danmarks Statistik, *Fødsler*. 2022.

et stort og for nuværende overset potentiale i at tænke en differentiering af fødetilbud for forskellige kvinder. Det er mindre omkostningstungt at tilbyde kvinder med ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel at føde på en jordemoderledet fødeklinik eller i hjemmet i sammenligning med som standard at tilbyde fødsel på specialafdeling<sup>16</sup>.

- DJS opfordrer til at der nedsættes et regionalt udvalg med inddragelse af politikere, brugere og fagfolk til at udarbejde en plan for udbud af fødesteder tilpasset brugernes behov, evidensen og regionens ressourcer.

- **Optageområdernes størrelse og geografi**

DJS undrer sig over den store forskel i størrelse og geografi i de nye optageområder i regionens skitserede plan efter etablering af Bispebjerg.

- DJS opfordrer bl.a. af hensyn til personalets arbejdsmiljø til at det prioriteres, at de største af de nuværende fødesteder (Hvidovre og Rigshospitalet) afgiver en procentvis større andel fødsler til Bispebjerg Hospital end det er foreslået i nuværende fødeplan. Ligeledes opfordrer DJS til, at der i ændringen af optageområder tages højde for områdernes socio-demografiske forhold.

## 5.1 Graviditet

- **Fødselsforberedelse**

Forskning viser, at gravide er mindre bekymrede i graviditeten forud for fødslen, når de har deltaget i velstruktureret fødselsforberedelse<sup>17</sup>. LUP-undersøgelser viser, at kvinder, der deltager i fødselsforberedelse i mindre grupper, oplever forberedelsen som mere brugbar end kvinder, der modtager forberedelse i større grupper. Det offentlige tilbud om fødsels- og forældreforberedelse modtager den anden laveste vurdering af kvinderne i undersøgelsen<sup>18</sup>, hvorfor et stigende antal ressourcestærke gravide vælger at købe fødselsforberedelse i privat regi. Ikke alle har denne mulighed hvorfor dette bidrager til ulighed i sundhed. Ligeledes er det af Sundhedsstyrelsen beskrevet i detaljer, hvordan fødselsforberedelse i små hold bør være et generelt tilbud<sup>19</sup>.

- DJS bifalder valgmuligheder ift. fødselsforberedelse tilpasset den enkeltes behov men anbefaler, at der i fødeplanen indskrives mere konkrete handleanvisninger for hvorledes man konkret vil organisere og tilbyde fødselsforberedelse i små hold til alle familier, også hvad angår tilbud på andre sprog. Fødselsforberedelse tilbydes mange steder udelukkende på dansk, hvilket bidrager til ulighed i sundhed.

---

<sup>16</sup> Bernitz et al., *Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway*. 2012, Schroeder et al., *Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study*. 2021, Scarf et al., *Modelling the cost of place of birth: a pathway analysis*. 2021.

<sup>17</sup> Maimburg et al., *Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process*. 2010

<sup>18</sup> LUP Fødende 2018 og 2022, hvor kvinder har besvaret spørgsmål om graviditet og den tidlige barselsperiode.

<sup>19</sup> Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for Svangreomsorgen*. 2021.

- Fødselsforberedelse er en kerneopgave for jordemødre<sup>20</sup> hvilket ikke tydeligt fremgår af høringsudkastet. DJS ønsker derfor at det pointeres, at varetagelsen af fødselsforberedelse indgår som en del af jordemoderens arbejde på regionens fødeafdelinger.

## 5.2 Fødsel

### - Fødsler uden for specialafdeling

Ifølge Sundhedsstyrelsen har fødende fire muligheder for valg af fødested: hjemmet, fritstående jordemoderledet fødeklinik, in-house fødeklinik i tilknytning til den regionale fødegang samt hospitalets specialiserede fødeafdeling<sup>21</sup>. Hvorfor Region Hovedstaden ikke har valgt at tilbyde fødende i regionen alle disse tilbud fremgår ikke af fødeplanen, hvilket undrer DJS. DJS mener, at fødeplanen mangler fokus på både fødsel på jordemoderledet klinik og hjemmefødsler, da disse tilbud har et sundhedsfremmende potentiale for raske fødende<sup>22</sup>. Forskning viser, at fødsler på en jordemoderledet fødeklinik understøtter gode fødselsudfald, høj brugertilfredshed, flere spontane fødsler og færre indgreb, hvis visitationen og samarbejdet med det etablerede fødetilbud fungerer<sup>23</sup>. Et sådant tilbud kan bidrage med langtidssikret forebyggende sundhedsarbejde, som ønsket i udkastet til fødeplanen.

- DJS opfordrer til, at det fremgår af fødeplanen, at sundhedsprofessionelle ved svangrekonsultationer og i almen praksis, skal informere fødende om de fire mulige fødesteder. Informationen skal være evidensbaseret både hvad angår fordele og ulemper således at kvinden/familien kan træffe beslutningen på et individualiseret og evidensbaseret grundlag.
- DJS opfordrer til, at Region Hovedstaden, i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Svangreomsorgen, inkluderer fritstående jordemoderledede fødeklinikker i fødselstilbuddet til ukomplicerede fødende i regionen.
- Evidensen for fordelene ved, at raske gravide med forventet ukompliceret fødsel føder uden for specialafdelinger, herunder hjemme, er velunderbygget<sup>24</sup>. DJS opfordrer derfor til, at man fra regionens side forholder sig til, hvorledes tilbuddet om hjemmefødsel i regionen kan udbygges og forbedres, således at flere raske gravide og fødende får gavn af et evidensbaseret og velorganiseret fødselstilbud. Her kunne man med fordel se mod Region Sjælland, som har en velfungerende samarbejde med en fritstående hjemmefødselsordning og privat fødeklinik, og hvor ca. 6-8% føder hjemme/på

<sup>20</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet, *Cirkulære om jordemodervirksomhed*, Retsinformation. 2001.

<sup>21</sup> Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for Svangreomsorgen*. 2021, Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for organisering af fødetilbud*. 2021.

<sup>22</sup> Olsen O, Aaroe J, *Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications*. 2023.

<sup>23</sup> Hollowell et al., *A comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births: secondary analysis of 'low risk' births in the birthplace in England cohort*. 2017, Sandall et al., *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. 2016.

<sup>24</sup> Olsen O, Aaroe J, *Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications*. 2023.

fritstående fødeklinik sammenlignet med ca. 3% på landsplan<sup>25</sup>.

- **Igangsættelse af fødslen**

DJS savner fokus på det stigende antal igangsættelser, som præger fødeområdet. I fødeplanen nævnes igangsættelser sporadisk i forbindelse med opremsning af komplikationer i graviditeten, men der er ikke et enkeltstående fokuspunkt på igangsættelser og hvordan disse håndteres bedst muligt i den kliniske praksis. Da ca. 20 % af alle fødsler starter med en igangsættelse<sup>26</sup> finder DJS det oplagt at have konkrete planer og visioner for, hvordan disse forløb kan organiseres bedst muligt.

- DJS ser gerne, at regionen italesætter behovet for individualiseret tilbud til parrene, både til de par der vælger og/eller fravælger igangsættelse på baggrund af evidensbaseret information, samt fokus på fælles beslutningstagen.
- DJS foreslår ligeledes, at der udarbejdes en plan for, hvordan det på organisatorisk niveau håndteres, når en igangsættelse må udsættes på grund af travlhed i afdelingen. Dette er et problem der er stigende i takt med at der kommer flere igangsættelser og at der fortsat er personalemangel i regionen.

## 6.4. Forskning

- **Styrket forskning**

DJS finder det strategisk klogt at gøre brug af den stigende andel af kvalificerede jordemødre med en akademisk overbygning indenfor fødeområdet, da disse kan bidrage positivt til kvalitetsudvikling og forbedringer, og dermed styrke det reproduktive område. DJS glædes over, at regionen ønsker mere forskning indenfor fødeområdet. Dog mangler fødeplanen konkrete planer for, hvorledes der skal arbejdes for at styrke området.

- DJS opfordrer Region Hovedstaden til at arbejde målrettet på at skabe karriereveje for jordemødre, der arbejder med forskning, ved at oprette adjunktstillinger og lektorater tilknyttet et universitet. Jordemødre med akademisk uddannelse og ønske om en forskningskarriere skal på lige fod med læger kunne tilknyttes universiteter og arbejde i delte stillinger mellem universitetshospitaler og universiteter. Dette vil styrke både det kliniske og det akademiske niveau i regionen. Særligt henleder DJS opmærksomheden på, at der skal arbejdes på at gøre det mere tilgængeligt for jordemødre og andre ikke-læger at blive tilknyttet det Sundhedsfaglige Fakultet på Københavns Universitet som adjunkter og lektorer.

- DJS henstiller til, at regionen i højere grad gør det muligt for fødestederne at ansætte jordemødre med akademisk overbygning. Det kan ske gennem oprettelse af stillinger som klinisk jordemoderspecialister, hvor afdelingen ansætter jordemødre med både kliniske og forskningsrettede opgaver (eksempelvis på kandidat- og ph.d.-niveau).

---

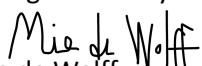
<sup>25</sup>Sundhedsdatastyrelsen, eSundhed, *Nyfødt og fødsler (1997-)*.

<sup>26</sup>Juhl M, Rydahl E, *Fødselsstatistik MIPAC 2020: Fødsler i Danmark 1997-2017*. 2020.

At sikre karriereveje for jordemødre med en akademisk overbygning og forskningskompetencer vil ligeledes styrke rekruttering og fastholdelse af specialiseret personale, som regionen ifølge høringsudkastet ønsker.

Ved behov for uddybelse af ovennævnte høringssvar stiller bestyrelsen i DJS sig til rådighed for dialog og sparring.

På vegne af bestyrelsen i DJS

  
Mie de Wolff

*Formand for Dansk Jordemoderfagligt Selskab*

*København d. 3.4.2023*



Fødeplanen for Region Hovedstaden.

Kommentarer fra Hovedstadens Handicapråd.

En gennemlæsning af dette omfattende og grundige materiale efterlader læseren, herunder repræsentanterne fra Hovedstadens Handicapråd med en opfattelse af, at der på meget grundig vis er analyseret og beskrevet de mange facetter, faser, målgrupper og opgaver, som sundhedsvæsenet i Hovedstadsregionen skal fokusere på.

Som repræsentanter fra mennesker med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser tillader Handicaprådet at påpege følgende elementer, som bør indtænkes for at sikre, at også de målgrupper, vi repræsenterer, får en optimal betjening og oplevelse i hele fødselsforløbet:

1. Vejledende og instruktivt materiale til forældre og til gravide kvinder skal udfærdiges i formater og kunne tilgås let og ubesværet, hvad enten der er tale om instruktion eller oplysning på video, i form af dokumenter, anvisninger eller andet. Video bør i den sammenhæng synstolkes.
- 2.
3. det vil sige, at grupper af personer med handicap, fx autister, personer med et høre- eller synshandicap m.v. skal have adgang til materiale i relevante og tilgængelige formater.

2. Hvad angår rådgivning, , aftale om undersøgelser før graviditet og i graviditetsforløbet, er det vigtigt, at de involverede borgere let kan få adgang til personale, når der skal indkaldes til screening, scanning eller på anden vis, - at eventuelle tests osv. Prøver osv. Enten kan tages ved besøg på sygehus eller at der telefonisk kan gives instruktion ved opkald til relevant afdeling.

3. For så vidt angår bistand eller behandling, monitorering eller lignende ved indlæggelse eller i forbindelse med selve fødslen, er det vigtigt, at personale for det første er informeret om at de har at gøre med en familie, en gravid pige/kvinde o.s.v., som fx har et fysisk eller psykisk handicap eller andre lignende udfordringer, og at de forud for mødet med borgeren/borgerne får tid til at forberede sig, indhente råd og vejledning fra kolleger, fra relevante handicaporganisationer eller fra konsulenter, der har viden og erfaring og kan give gode råd før mødet.
4. Når indlæggelse sker, skal personalet være bevidst om, og adressere, at fx borgere med et syns- eller hørehandicap kan have svært ved at kommunikere, såfremt der ikke er teleslynge, kan have svært ved at orientere sig på sygehus – dvs. på sengestue, på fødselsrum eller i fællesarealer.

Derfor vil løbende instruktive møder med personer, som kan give behandlere, jordemødre, sygeplejersker, læger m.v. kunne give disse tips, information og relevant vejledning.

På samme måde er det vigtigt, at borgere med angst, autisme, eller andre psykiske udfordringer via familie eller på anden vis sikres en behandling, information, vejledning m.v. i en form og på en måde, der kan skabe størst mulig tryghed, viden og ro i den formentlig ofte meget stressede situation.

5. Hvis instruktivt materiale findes og udleveres i løbet af graviditet og op til barsel, vil det være ønskeligt, at sådant materiale kan konverteres / tilpasses formater m.v., som gør det fuldt tilgængeligt for de enkelte borgere med en specifik fysisk funktionsnedsættelse eller psykisk lidelse eller udfordring, således at borgerne kan forberede sig og sikres så god og produktiv en tilgang og ro til de forskellige stadier som muligt.

## Høringssvar fra VMU, Rigshospitalet vedr. Fødeplan for Region Hovedstaden

VMU værdsætter, at der udfærdiges en ny fødeplan, der skal erstatte den eksisterende fødeplan fra 2016. Fødeplanen indeholder mange gode tiltag, og VMU byder regionens fokus på at understøtte og styrke fødeområdet velkommen. Vi glæder os til i samarbejde at skabe de bedste forudsætninger for gode forløb i graviditet, fødsel og barsel i Region H. VMU har drøftet fødeplanen og har følgende bemærkninger:

### Fremskrivningen af antal fødsler

- VMU værdsætter, at fødselsprognosen og løbende opfølgning herpå er en del af fødeplanen. Der er dog bekymring for fremskrivningen af forventet antal fødsler frem til 2033, der fremgår af planen. I lyset af de seneste års fødselstal ville forventningen være en fremskrivning, der var noget lavere end det i fødeplanen anførte (fra Danmarks statistik).

### Ressourcer

- Der er mange gode tiltag i fødeplanen, mange som i overvejende grad kræver en tilførsel af ressourcer. VMU har en generel bekymring ift. såvel personale-mæssige som økonomiske ressourcer. Det gælder fx ret til et hjemmebesøg for flergangsfødende, og to besøg for førstegangsfødende ved hjemmebarsel, udvidet jordemoderkonsultation ved første besøg, fælles regional hotline, øget indsats i latensfasen.
- Fødeplanen er ambitiøs, men det er vigtigt, at der parallelt med implementering af planen fokuseres på rekruttering og fastholdelse af medarbejderne.
- Det bliver omkostningstungt at etablere det nye tilbud om 2 døgn barselsophold for førstegangsfødende – se i øvrigt sidste afsnit under overskriften patologiske fødsler.

### Fællesregionale tilbud

- Overordnet set er det en god idé, at fødsels- og forældreforberedelsen løftes delvist fællesregionalt. VMU kan bakke op om en fællesregional udfærdigelse af materiale til brug for fødselsforberedelsesundervisning. Hvad angår tilrettelæggelse og afholdelse af undervisningen, anses det til gengæld for vigtigt at holde det lokalt og ikke fællesregionalt. Dette for at knytte de kommende forældre til afdelingen, så de kan opnå et godt kendskab, og derved også en større

tryghed. Slutteligt vil VMU bakke op om, at fødselsforberedelsen bør foregå i mindre grupper. Men her skal man igen have opmærksomhed på økonomien.

### **Patologiske fødsler**

- Der er overordnet et manglende fokus på patologiske fødsler i fødeplanen. 15-20% af alle fødsler på Rigshospitalet er fødsler, hvor enten mor eller barn er alvorligt eller kronisk syge. Mange af fødeplanens tiltag vil være meget værdsatte tiltag for de raske fødende og for sårbare gravide og fødende. Det står dog i kontrast til de patologiske fødsler, som ikke får opmærksomhed i fødeplanen.
- Særligt på Rigshospitalet er der brug for at kunne fokusere ressourcer til dem, der virkelig har behov grundet sygdom. Som eksempel kan nævnes en gravid med diabetes, der i et graviditets-, fødsels- og barselsforløb har op mod 35 kontakter i det samlede forløb.
- Opmærksomheden skal endvidere henledes på, at svært syge gravide/patologiske fødsler genererer et generelt træk på tværs af hospitalets afdelinger.
- Med fødeplanens fokus på de "normale" gravide og fødende risikerer vi en forskydning i ressourceanvendelse fra de sygeste til de mest raske. Endvidere vil vi se, at når fødselsalderen stiger, stiger antallet af patologiske fødsler også, hvorfor det er forventeligt, at vi vil se flere patologiske fødsler fremover.
- Et eksempel: Rigshospitalet tilføres 1.7 mio. kr. til det nye tilbud om 2-døgns barselsophold for førstegangsfødende, der tidligere er blevet tilbudt hjemmebehandling. Det nye familieafsnit på Rigshospitalet indeholder 9 senge, og er placeret som satellit i Nordfløjen et godt stykke fra den resterende afdeling koster 5.3 mio. kr. at drive. Dermed må Rigshospitalet prioritere yderligere ressourcer fra de indlagte patologiske fødsler til de raske.

### **Ambulant forløb vs. indlæggelse**

- VMU bemærker, at det i fødeplanen til dels fremstår sådan, at det er at foretrække at være indlagt på barselsgangen frem for at komme hurtigt hjem. Det står i modsætning til den faglige indsigt på området, der viser, at det generelt styrker familiedannelsen at komme hurtigt hjem. Det er erfaringen fra Rigshospitalets arbejde med hjemmebarsel, fx ift. amning. VMU anbefaler, at det i fødeplanen tydeliggøres, at det er fordelagtigt at komme i ambulant fødselsforløb.

### **Håndtering af sorg**

- VMU er glad for at se, at der i fødeplanen er fokus på tiltag til forældre, der oplever at miste et barn. Både hvad angår fokus på støtte til håndtering og bearbejdning af tab samt optimering af de fysiske rammer, så rammerne i højere grad skærmer forældre i sorg fra familier med nyfødte. VMU vil gerne understrege vigtigheden af også at huske på de forløb, hvor forældre oplever at få et alvorligt eller kronisk sygt barn, og den støtte der er påkrævet i de forløb.

Som en generel drøftelse i VMU var der enighed om, at den positive prioritering af og opmærksomhed på fødeområdet kan have slagside ift. den generelle prioritering i sundhedsvæsenet. Mangel på ressourcer og personale på hospitalerne fører til skarpe prioriteringer mellem patientgrupper og behandlinger. Fødeområdet forekommer helt fri af denne diskussion.

Med venlig hilsen

Rasmus Møgelvang  
Formand

Charlotte Vallys  
Næstformand

## Høringssvar fra Sundhedsplejen i Vallensbæk kommune vedrørende fødeplan for Region Hovedstaden.

Hermed fremsender Vallensbæk kommune høringssvar til den udsendte fødeplan. Der vil nedenfor blive anført indsatspunkt og vores hertil hørende bemærkninger og opmærksomhedspunkter.

Vallensbæk kommune har hæftet sig ved følgende:

### **Tabel 2: Niveau 2. s.23/53**

Her skrives at der på dette niveau henvises til særlige tilbud i kommune i form af ammeklinik, rygestopkurser mv.

For nuværende i kommunerne vil gravide i niveau1-2, tilhøre normalområdet, først fra niveau 3 og højere vil de høre til gruppen der tilbydes særlige tilbud. Følger der ressourcer med til kommunerne i forhold til de flere gravide der kan henvises til tilbud ude i kommunerne?

### **4.4.4. Sundhedsplejersker. s. 26/53**

Det fremgår at jordemoderen vurderer om den fødende, partnere har særlige behov, svangre niveau 3 og 4. Efter denne niveaudeling kan jordemoderen sammen med parret beslutte, at den kommunale sundhedstjeneste skal tage tidligere kontakt, for at tilbyde besøg i graviditeten.

Faktuelt er det kommunalt bestemt i den enkelte kommune hvilket serviceniveau der er, om der bliver tilbudt graviditetsbesøg mm.

### **Indsats 1: koordinering af forældre- og fødselsforberedelsen. s. 27/53**

Der beskrives at forældre- og fødselsforberedelsen organiseres i højere grad som et fællesregionalt tilbud, hvor dele af undervisningen kan koordineres fælles på tværs af regionens fødesteder.

Hvad vil en sådan organisering have af betydning for forældres tilslutning til tilbuddet, herunder også gruppen af sårbare gravide og deres partner. Hvis tilbuddet flyttes længere geografisk væk fra deres bopæl.

### **Tabel 3. Vejledende oversigt over den tidsmæssige placering af konsultationer/tydelser i grundforløbet. s. 28-30/53**

Det fremføres at sundhedsplejen, varetager vurderinger af barnets fysiske og mentale sundhed og trivsel, søvn og spisemønstre, tilknytning og forældres psykiske tilstand, når barnet er 4 uger.

Serviceniveauet i de enkelte kommuner er ikke nødvendigvis ens. Den type observationer der beskrives, sker vanligvis i besøget omkring 1-2 uger og igen ved 2-3 måneders besøg, hvorfor et besøg i barnets 4 leveuger ikke er rutinemæssigt.

#### **Indsats 6. Hjemmebarsel. s. 40/53**

Punktet beskriver at jordemoder skal aflægge 1-2 hjemmebesøg.

Gælder dette uagtet ugedag, om der er helligdage? I så fald kan det have betydning for de kommuner der tilbyder barselsbesøg på 3. dagen.

Hvis det forsætter med manglen på jordemødre, hvilken betydning vil det så have for de fødende, når jordemødre også skal sendes ud i familierne. Kan det betyde at der ikke er kapacitet til at varetage opgaven?

#### **Indsats 8. Fælles regional døgnbemandet hotline. s. 43/53**

Der beskrives at der oprettes en fælles regional døgnbemandet hotline, hvor familierne i op til 7 dage kan få den nødvendige rådgivning.

Hvordan dokumenteres den rådgivning der ydes og hvordan sikres at relevante oplysninger videregives til eks. Sundhedsplejen, egen læge mm. Endvidere hvilke krav stiller det til det sundhedsfaglige personale der betjener denne hotline.

#### **5.3.2. Kontakter i den tidlige barselsperiode s. 43/53**

Dagen efter fødslen. Førstegangsfødende, som udskrives til hjemmebarsel inden for 24 timer efter fødslen, eller har født hjemme, tilbydes et jordemoderbesøg i hjemmet efter udskrivelsen. Såfremt jordemoderen vurderer, at der er særlige behov af sundhedsfaglig karakter, skal hun efter aftale med forældrene kontakte den kommunale sundhedspleje med henblik på at etablere kontakt og eventuelt sikre tidligere besøg end på 4.-5.-dagen.

Følger der ressourcer med til kommunerne, til at varetage disse endnu tidligere besøg?

Fjerde- og femtedagen efter fødslen. For familier, som er udskrevet indenfor 72 timer efter fødslen eller har født hjemme, kontakter sundhedsplejersken familien med henblik på at følge op på de informationer, som familien har modtaget på hospitalet, samt aftale det første hjemmebesøg på 4.-5. dagen.... Såfremt der ved samtale og screeningsundersøgelser på 2.-3. dagen, vurderes at være forhold, som bedst varetages på hospitalet, kan kontakten på 4.-5. dagen foregå på hospitalet.

Hvordan sikres at sundhedsplejen får besked herom, således at 4.-5. dages besøget ude hos familierne ikke falder sammen.

**Visitation til graviditetsforløb for gravide med særlige behov. S. 15/53**

Det anføres at andelen af gravide med særlige behov i perioden 2016 til 2022 er steget med 7 %. At kommunerne kan opleve et øget ressourcebehov i forhold til koordinerende indsatser og særlige behov i barselsperioden.

Følger der ressourcer med til kommunerne?

Med venlig hilsen

**Annette Hein-Sørensen**

Sundheds- og kulturchef

Center for Sundhed, Familie og Fritid.



## NOTAT

Dato: 31. marts 2023

# Høringssvar fra Sundhedsplejen i Egedal Kommune

Høringssvar fra Sundhedsplejen i Egedal Kommune vedrørende fødeplan for Region Hovedstaden

Indsatser vedr. graviditeten

indsats 1: Koordinering af forældre- og fødselsforberedelsen Det beskrives, at forældre- og fødselsforberedelse i højere grad skal organiseres som et fællesregionalt tilbud, hvor regionen vil samle de dele af undervisningen, som kan koordineres fælles på tværs af regionens fødesteder. Kan denne organisering være en hindring for, at de mest sårbare gravide og deres partnere ikke deltager, da det muligvis kan betyde, at tilbuddet vil være længere væk fra deres bopæl? Et bud kunne være at det kan koordineres, at regionerne tilbyder, at forberedelsen kan foregå mere spredt ud i regionen? Eller der kommer et særlig fokus på de sårbare så må der kan tilbydes anden forældre- og fødselsforberedelse.

Indsats 2: Nyt digitalt univers for gravide og nybagte forældre Understøtter denne løsning lovgivningen om ligestilling som lige er trådt i kraft her i 2023? Her tænkes om der allerede fra graviditeten blive oprettet en journal på både den gravide selv og partneren. Er der tænkt at dele afsnit fra journalen så kommunerne/ sundhedsplejen vil kunne se den i journalen?

Indsatser vedr. Det tværsektorielle samarbejde 4.4.4 Sundhedsplejerske I fødeplanen fremgår, at jordemoderen vurderer, om kvinden og/eller partneren har særlige behov (svarende til svangre niveau 3 og 4). Herefter kan jordemoderen sammen med parret beslutte, at den kommunale sundhedspleje tager tidlig kontakt for at etablere et besøg under graviditeten. Det kan jordemoderen og parret ikke beslutte. Det er helt afhængigt af det kommunalt bestemte serviceniveau, om der bliver tilbudt graviditetsbesøg af den kommunale sundhedspleje men som minimum forventes der en dialog med sundhedsplejen.

Indsatsen vedr. graviditet, fødsel og barsel Tabel 3. Vejledende oversigt over den tidsmæssige placering af konsultationer/ ydelser i grundforløbet Det fremgår, at Sundhedsplejen varetager vurdering af barnets fysiske og mentale sundhed, herunder o trivsel, søvn og spisemønstre tilknytning og forældres psykiske tilstand, når barnet er 4

uger. Serviceniveauet er forskelligt i kommunerne, men denne type observation plejer at ske ved etableringsbesøget, når barnet er ca. 1-2 uger gammelt afhængigt af, om barnet har fået barselsbesøg, samt når barnet er 2-3 måneder. Der er ikke rutinemæssigt besøg, når barnet er 4 uger. Dermed vil det kræve i en del kommuner at der skal lægges et ekstra besøg i hvis der skal gives et 4 ugers besøg i familierne.

Nina Kristensen Rasch Leder af sundhedsplejen og Tandplejen Egedal kommune.

## HØRINGSSVAR

Dato: 29. marts 2023

Til: Center for Sundhed, Region Hovedstaden

### Høringssvar fra Nordsjællands Hospital ift. ny fødeplan

Nordsjællands Hospital har den 22. februar 2023 modtaget Center for Sundheds høring af udkast til "Fødeplan for Region Hovedstaden". Nedenfor er bemærkninger fra Gynækologisk og Obstetrisk Afdeling, Børne- og Ungeafdelingen samt Afdeling for Økonomi HR.

#### Gynækologisk og Obstetrisk Afdeling

Overordnet er Fødeplanen ambitiøs, men flere indsatser vil kræve flere personaleressourcer end det, vi er berammet til i dag. I de tilfælde hvor der tænkes i fælles regionale tiltag, er det vigtigt at tage højde for det enkelte fødesteds dimensionering, både hvad angår allokering af personale og økonomi generelt. På Nordsjællands Hospital varetages således for nuværende 18% af fødslerne. Når der åbner et kvinde-barn center på BBH vil det forventeligt være 17% af fødslerne.

Gynækologisk og Obstetrisk Afdeling, NOH, har part i et høringssvar gennem SFR for Gynækologi og Obstetrik, og derfor vil bemærkninger i dette høringssvar tage udgangspunkt i organisatoriske eller økonomiske konsekvenser af Fødeplanen:

**Vedr. indsats 1: Koordinering af forældre- og fødselsforberedelse (FF):** en koordinering vil kræve en tovholder, som deles af regionens fødesteder. Kan evt. spejles i koordinatorfunktion for den regionale hjemmefødselsordning. Udover økonomi til en koordinatorfunktion vil der være behov for økonomi til FF i mindre hold, da der blev lavet en besparelse i 2016 i forbindelse med et serviceeftersyn, hvorfor der i dag udelukkende er økonomi til store virtuelle hold.

**Vedr. indsats 2: Nyt digitalt univers for gravide og nybagte familier:** det er nødvendigt med en tydelig governance-model, ligesom der bør afsættes tid (økonomi) lokalt på fødestederne til at udvikle og bidrage med indhold til universet.

**Vedr. indsats 3: Tidlig opsporing:** det vil ikke være muligt at udvide tilbuddet, eksempelvis gennem udvidelse af første jordemoderkonsultation, uden økonomi.

**Vedr. indsats 6 og 7: Hjemmebarsel og barselsophold på hospitalet for første-gangsfødende:** Tilbuddet om hjemmebarsel som beskrevet i fødeplanen læner sig op ad vores eksisterende model på NOH. Dette tilbud etablerede vi i forbindelse med en besparelse i 2016, hvor der blev lukket to senge på vores barselsgang. Hvis det nationale tilbud om ret til to dages barsel gør, at flere ønsker at blive på hospitalet i fremtiden, vil vi være nødt til åbne flere senge på vores barselsgang.

**Vedr. indsats 8: Fælles regional døgnbemandet hotline:** Vi har i vores nuværende tilbud om hotline ikke personale, som kun er dedikeret til den opgave. Såfremt der skal være en regional hotline, skal der laves en fuldstændig beregning på, hvad dette vil koste og tilføres midler svarende til udgiften (for NOHs vedkommende 18% af den samlede udgift). Vi vil tilføje, at en regional hotline ikke 100% kan erstatte det lokale tilbud.

**Vedr. indsats 10: Tilbud til forældre, der mister:** Det er vigtigt, at der arbejdes videre med, hvad dette tilbud skal indeholde, og at der ses på en ensretning på tværs. Dette for at forældre, der mister, oplever at få samme kvalitet i behandlingen på tværs af fødestederne i regionen. Der skal i denne proces laves en beregning på, hvad en eventuel udvidelse af eksisterende tilbud vil koste.

**Vedr. indsats 13 og 14 i forhold til attraktive arbejdspladser:** I forhold til de beskrevne indsatser om attraktive arbejdspladser skal der tænkes i økonomi fremadrettet, såfremt regionen eksempelvis ønsker at fortsætte med Graduate-programmet for nyuddannede jordemødre eller andre fællesregionale tiltag, der koster ressourcer at drive.

### Børne- og Ungeafdelingen

Fødeplanen for Region Hovedstaden er yderst ambitiøs og indeholder mange gode intentioner. Den indeholder kun et kort afsnit 5.3.5 på ca. 1 side, der vedrører det syge og for tidligt nyfødte barn. Det er en kort, men fin beskrivelse af det forventede forløb.

I afsnit 6.2 om attraktive arbejdspladser er der ensidigt fokuseret på uddannelse og kompetenceudvikling på fødestederne for at sikre rekruttering og fastholdelse af personale på det område. Der mangler således åbenlyst fokus og handleplan til at sikre personale med specialistkompetencer indenfor det neonatale område og dermed for den del af forløbet, som følger lige efter fødslen for 10-15% af de nyfødte og deres familier.

Baggrunden for etableringen af endnu en matrikel på Bispebjerg til at varetage både fødsler og neonatologi er overestimeret med den oprindelige prognose (jf. fødeplanen), som ligger ca. 3000 fødsler over det forventede faktuelle tal gældende for 2023. Forudsætningerne for beslutning om etablering af fødsler og neonatologi på Bispebjerg matriklen er således radikalt ændret. De eksisterende matrikler på det neonatale område har allerede på nuværende tidspunkt vanskeligt ved at rekruttere både sygeplejersker og læger med særligt fagområde og kompetence indenfor neonatologi til at kunne varetage de regionsfunk-

tioner, der skal løftes. Det forventes ikke at denne situation bedres markant de næste år, og derfor er det dybt bekymrende, at der fra 2026 er planlagt en yderligere funktion på Bispebjerg, hvor der vil blive tale om døgnbemanding med fulde neonatologiske vagthold på 5 frem for p.t 4 matrikler. Det må således forventes at både bemanding og essentielle kompetencer til neonatalfunktionerne vil blive yderligere markant udfordret og denne plan virker p.t urealistisk.

### Økonomi og HR

NOH vil gerne påpege problemstillingen i, at de regionale midler som indgår i finansieringen af kvinde-barn-centret på Bispebjerg, hovedsageligt gives til midlertidige kvalitetsforbedringer på regionens børne- og fødeafdelinger, hvilket efterlader hospitalerne med enten en finansieringsmæssig manko, såfremt de ønsker at bibeholde forbedringerne, eller oplevede kvalitetsforringelser for patienterne, når pengene bortfalder.

NOH forventer grundlæggende, at der følger finansiering med til at understøtte de ambitioner og indsatser, der fremgår af fødeplanen.



Til Region Hovedstaden

## Høringssvar fra Københavns Kommune til ny fødeplan for Region Hovedstaden

Kære Region Hovedstaden,

Tak for det tilsendte udkast til ny fødeplan for Region Hovedstaden og invitationen til at afgive et høringssvar hertil.

Københavns Kommune er enig i ambitionerne med den nye fødeplan om, at familier i hovedstadsområdet skal opleve et sammenhængende og behovsbestemt fødetilbud af høj faglig kvalitet, så det lille barn og familien får de bedste forudsætninger for en god første tid og start på livet. Københavns Kommune er naturligvis særligt optaget af, at der er en klar sammenhæng i overgangen fra tilbuddet i regionen og til den kommunale sundhedspleje og når relevant også andre kommunale tilbud, så familierne oplever tydelighed, åbenhed og forudsigelighed i tilbuddene. I den første sårbare tid efter fødslen er det særligt afgørende, at overgangen mellem det regionale og det kommunale tilbud foregår gnidningsløst, og at det altid er klart for familierne, hvor de kan få hjælp både hvad angår udfordringer ift. det nyfødte barns udvikling og trivsel og i forhold til deres mentale sundhed og trivsel som forældre. Det er desuden af stor betydning, at den vejledning der gives af de respektive sektorer, er samstemt og tidsmæssigt relevant.

Dette gælder for den brede gruppe af familier, hvor der ikke er særlige komplikationer i forbindelse med graviditet, den første tid eller familiens generelle situation. Det gælder naturligvis i høj grad også for sårbare og udsatte familier. Her lægger Københavns Kommune fortsat vægt på samarbejdet om allerede under graviditeten at opspore og støtte de familier, der har særligt behov for det, så støtten er veletableret, når det lille barn kommer til verden. Kommunen er derfor meget positiv overfor forslaget om at styrke dette arbejde, både opsporingen på hospitalerne og samarbejdet om familierne.

24-03-2023

Sagsnummer I F2  
2022 - 15070

Dokumentnummer i F2  
2824658

Sagsnummer i eDoc  
2022-0311064

Rådhuset  
1599 København V.

Telefon  
3366 2000

E-mail  
borgmester@buf.kk.dk

www.kk.dk

Samtidig er det relevant med efterfødselssamtaler og generel opmærksomhed på forældres mentale helbred i alle møder med fagpersoner i tiden efter fødslen. Det er vigtigt med henblik på at forebygge og mindske risikoen for samt håndtere eventuelle psykiske følger som stress og depression. Det kan også ramme familier, der ikke nødvendigvis er sårbare eller viser tegn på psykisk mistrivsel inden fødslen.

Københavns Kommune har desuden en række konkrete bemærkninger til udkastet til fødeplan:

- Der skal sikres sammenhæng mellem indholdet i rådgivningen i den foreslåede fælles regionale døgnbemandede hotline de første syv dage efter fødslen og den efterfølgende – og evt. sideløbende – rådgivning i sundhedsplejen. Sammenhængen skal sikre, at familierne ikke oplever usikkerhed ved at få forskelligartet rådgivning om fx amning i den første tid.
- Hvis det er muligt at dimensionere Det Ny Bispebjergs fødeafdeling til at rumme også de fødsler, der henvises til Herlev, vil det være at foretrække, bl.a. på grund af tilgængeligheden.
- Det er vigtigt, at borgerne i København oplever at få et ensartet tilbud uanset hvilket hospital, de føder på. Samtidig skal samarbejdet mellem fødestedet og sundhedsplejen bl.a. bygge på et gensidigt kendskab til hver aktørs tilbud til bl.a. gravide og sårbare familier. Den kommende fordeling af Københavns borgere på fire fødesteder er en udfordring i forhold til ensartet service-niveau, kommunikation og samarbejde. København har derfor et ønske om, at kommunens borgere samles på færre fødesteder, da det vil give en større ensartethed i tilbud, lette samarbejdet og gøre det lettere at have overblik over viften af tilbud i kommunen. Samtidig vil det ud fra et borgerhensyn være hensigtsmæssigt, at optageområderne for obstetrik/gynækologi og pædiatri følger hinanden.

Regionen opfordres til at undersøge muligheden for, at afholde jordemoderkonsultationer på andre matrikler end fødestedet, særligt for de borgere, som har længst til deres fødested.

- Den efterfølgende konkrete udmøntning af fødeplanen skal sikre systematik i samarbejdet mellem de forskellige aktører, så det fremgår klart, hvad den enkelte aktørs rolle er i hver indsats. Det bemærkes, at udmøntningen af fødeplanen naturligvis skal udarbejdes i overensstemmelse med de eksisterende regionale aftaler. Jordemoderen kan således anbefale, men ikke bestille et

besøg af sundhedsplejen tidligere end 4.-5. dagen, jf. afsnittet om kontakter i den tidlige barselsperiode.

- Københavns Kommune har fra 2023 prioriteret at afsætte midler til graviditetsbesøg til førstegangsfødende. Det kan evt. fremgå af fødeplanen, at nogle kommuner tilbyder graviditetsbesøg, jf. den indeholdte oversigt over grundforløbet for gravide.

Venlig hilsen

Jakob Næsager

Børne- og Ungdomsborgmester

Sisse Marie Welling

Sundheds- og omsorgsborgmester

Karina Vestergård Madsen

Socialborgmester

Til: Region Hovedstaden, Center for Sundhed

Journal nr.:

Dato: 31. marts 2023

## **HGH – Høringssvar til ny fødeplan i regionen**

CSU har 22. februar 2023 udsendt udkast til Region Hovedstadens nye Fødeplan: ”Det handler om liv – lige fra begyndelsen” i høring. Det blev i Budget 2022 besluttet at udarbejde en ny fødeplan, der skal erstatte den hidtidige fødeplan ”Tilbud til fødende i Region Hovedstaden” fra 2016.

Der er gennemført en intern høring på Herlev og Gentofte Hospital og udkastet til den ny fødeplan har været drøftet på ordinært møde i VMU 30. marts 2023.

Indledningsvis skal hospitalet anerkende det omfattende forberedelsesarbejde, der er gennemført ifm. fødeplanen. Et forberedelsesarbejde hvor bl.a. hospitalets afdelingsledelse i afdelingen for Kvindesygdomme, Graviditet og Fødsler har bistået aktivt med faglig rådgivning og input.

Hospitalet er enig i, at fødeplanen vil styrke fødeområdet generelt, så familier i regionen i højere grad oplever et sammenhængende og behovsbestemt fødetilbud af høj kvalitet med den enkelte familie som omdrejningspunkt.

Planen indeholder mange gode tanker om varierede tilbud - ikke kun i relation til selve fødslen - men hele svangre området.

På HGH tilbydes en døgnbemandet hotline til barselsafsnittet, en såkaldt ”ammehotline” de første 7 dage efter fødslen. Denne hotline varetages af vilkårlig medarbejder i vagt, som samtidig tilser de barslende. HGH støtter styrket rådgivning via en regional hotline i barselsperioden. Det er en tydelig ambition, at ”give mor og barn bedst mulige forudsætninger gennem graviditet, fødsel og barselsperiode” til at sikre en tryk tilknytning. Samt at differentiere tilbuddet for at sikre lighed i sundhed.

Det er samtidigt afgørende, at plangrundlaget gennemføres i driftseffektive rammer - det gælder både de fysiske muligheder og ikke mindst personaleressourcer i en tid med de kendte udfordringer med rekruttering og fastholdelse af fagkompetencer.

Hospitalets nye Kvinde-Barn Center med faciliteter til Behandling af Nyfødte blev ibrugtaget i efteråret 2022 i Nyt Hospital Herlev. Kvinde-Barn Centret er dimensioneret med 11 nye sanse-fødestuer. Derudover er hospitalets In House Fødeklinik i 2022 ny-etableret med 2 sansestuer og tilhørende familierum i en særlig fysisk enhed sammen med afsnit for Graviditet og Tab.

Det betyder, at hospitalet i dag tilbyder de mest moderne fysiske rammer for både fødende, barslende samt personalet, hvor også tilbuddet om enestuer på barselsafsnittet forstærker mange familiernes positive oplevelser af det samlede forløb. Det giver helt unikke muligheder for at understøtte intentionerne i fødeplanen og hospitalet arbejder nu med at konsolidere og robustgøre flowet omkring den fødende og det nyfødte barn.

Som det også beskrives i fødeplansudkastet, så oplever HGH ikke en stigning i antallet af fødsler som ellers tidligere estimeret. En tendens der forventes at fortsætte. Den seneste prognose for området forudser således fortsat stagnerende/faldende antal fødsler i københavnsområdet i mangeårigt perspektiv.

På trods af dette oplever hospitalet travlhed i hverdagen for sundhedspersonalet grundet personalemangel i flere funktioner. Det er i den sammenhæng kendetegnende, at der er en stigning i antallet af komplicerede graviditeter og fødsler.

Hospitalet anbefaler, at man if. udskillelse af ressourcer til Kvinde-Barn Center på Bispebjerg Hospital, generelt forholder sig til serviceniveauerne på tværs af hospitaler - gerne efter ensartede beregningsprincipper, idet der i dag er betydelig forskel på antallet af jordemødre og andet personale i forhold til antallet af fødsler, hospitalerne imellem.

På baggrund af forsinkelserne ved ibrugtagning af Kvinde-Barn Centret på Bispebjerg Hospital finder hospitalet desuden, at det vil være hensigtsmæssigt at genbesøge de forudsætninger der er lagt til grund for ressourceudskillelse fra de øvrige fødesteder.

Fødeplanen har været drøftet i Herlev og Gentofte Hospitals VMU-møde den 30. marts 2023.

VMU har på mødet vedtaget følgende høringssvar:

”Der er ingen tvivl om, at personalesituation på fødeområdet generelt er sårbart og løsninger omkring den attraktive arbejdsplads har typisk et længere sigte.

I det lys kan VMU forudse udfordringer ifm. den kommende ressourceudskillelse ifm. det nye fødested på Bispebjerg Hospital - uagtet at ibrugtagning nu planlægges til 2026.

Bekymringen i VMU vedrører ikke alene manglen på medarbejdere og vagtbærende funktioner ved fødestederne, men ligeså de tilstødende specialer, hvor der er mange vakancer blandt sygeplejersker og andre personalegrupper. Det gælder kvindesygdomme, børn- og ungeområdet inkl. behandling af nyfødte samt pædiatrisk kompetente medarbejdere til støttefunktioner som; anæstesi, radiologi, klinisk biokemi samt bistand indenfor led- og knoglekirurgi samt mave-/tarmkirurgi.”

Hospitalet har i tilknytning til ovenstående en række konkrete kommentarer til afsnit i udkastet til regionens nye fødeplan. Der henvises til **bilag 1**.

På vegne af Herlev og Gentofte Hospital.

Med venlig hilsen

Anne Jastrup Okkels  
Hospitalsdirektør  
VMU-formand

/

Anders Breinholt Nielsen,  
Fysioterapeut, TR  
VMU-næstformand

## **Bilag 1. - HGH konkrete tekstforslag og bemærkninger til udkast til ny fødeplan i Region Hovedstaden.**

### **Afsnit 3 Tendenser for fødeområdet**

I afsnit om Teknologisk og digital udvikling foreslås følgende tilføjet:

”Samtidig muliggør den teknologiske udvikling at flere og flere gravide med komplikationer kan monitoreres i hjemmet via telemedicinske løsninger. Løsninger, der betyder at lange indlæggelser eller hyppige ambulante kontroller kan minimeres, til glæde for den gravide og familien.”

Det foreslås endvidere, at der i teksten sker en tydeliggørelse af de teknologiske indsatser på fødeområdet (f.eks. kunstig intelligens, udbygget telemedicinsk indsats, PRO).

### **Afsnit 4.2.1 Visitering til fødested**

Fordelingsnøglen ved visitering er lavet på baggrund af antal fødende med termin i pågældende måned og det enkelte fødesteds kapacitet (den gravides bopæl og ønsker), hvilket giver god mening, når fødestedet har ansat det antal jordemødre, de er normeret til. Man kunne overveje at lave fordelingen ift. antal jordemødre, der er ansat til at varetage fødsler på de pågældende fødesteder.

### **Afsnit 4.4.2 Jordemoder**

Forslag om tilføjelse af punkt under fødeområdets organisering:

”Sonograf: Sonografen har ansvar for at udføre 1. trimesterskanning og 2. trimesterskanning, der er et tilbud til alle gravide. Sonografen er uddannet som sygeplejerske eller jordemoder med en specialuddannelse i føtalmedicinsk ultralydsskanning”.

### **Afsnit 5.1 Graviditet**

Der bør præciseres ressourcer allokeret til den forebyggende indsats i graviditeten, så de gravide og partner tilbydes et minimums antal konsultationer (antal timer) hos jordemoder uanset fødested med mulighed for at tilbyde behovsrelaterede konsultationer hos jordemoder. Som det er nu, tilbydes de gravide 4-5 konsultationer ved basisforløb afhængig af paritet (se skema):

|                                           |                                                                  |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Førstegangsfødende (niveau 1 og 2)        | 5 konsultationer a 30 min.                                       |
| Flergangsfødende (niveau 1 og 2)          | 4 konsultationer a 30 min                                        |
| Gravide m. psykosociale probl. (niveau 3) | 5-6 konsultationer, første konsultation 60 min. følgende 30 min. |

### **Afsnit 5.1.1 Grundforløb**

Forslag om tilføjelse af følgende under fosterdiagnostiske tilbud:

”Ved graviditet med særlige risikofaktorer tilbydes også fosterhjerteskaning, tidlig og sen gennemskanning samt ekstra tilvækstskanninger og skanninger for fostervand og flowundersøgelse.”

Konsultation ved jordemor:

I dette afsnit angives, at første besøg bør afholdes inden udgangen af første trimester.

I lyset af at risikoen for spontan abort er relativt høj i første trimester (12-15 %), vurderes det mere fornuftigt at lægge første jordemoder besøg i f.eks. graviditetsuge 15-16, hvor nakkefoldsskanning også er foretaget.

For at imødekomme den gravides ønske om tidlig kontakt til sundhedspersonale- herunder jordemoderen, har HGH valgt at rykke modul 1 til fødselsforberedelse frem til GA 14-18.

#### **Afsnit 5.1.2 Fødsels- og forældreforberedelse**

Det kræver en omfattende organisering og er en stor administrativ opgave, hvis forældre- og fødselsforberedelsen skal være et fælles regionalt tilbud. Der vil være tale om stordrift, hvor det kan være svært at skabe ejerskab og engagement for den enkelte jordemoder, der skal varetage forberedelsen. Den nuværende lokale forberedelse tager afsæt i de enkelte fødesteders konkrete forhold, som beliggenhed, antal fødestuer, placering af fødeklínik m.v. og ikke i et generelt tilbud som privat udbudt fødselsforberedelse. De gravide/par vil almindeligvis være interesserede i lokale forhold, hvilke medvirker til at skabe tryghed i deres forløb, der er ofte spørgsmål som hvor man henvender sig eller lignende.

#### **Afsnit 5.1.3 Tidlig opsporing af gravide og familier med særlige behov**

Det er vigtigt, at der afsættes tid til første jordemoderkonsultation, således at dette muliggør tidlig opsporing af psykosociale problemer, uanset om praktiserende læge har vurderet om der er tale om et basis- eller udvidet forløb, særligt vil PRO-skemaet medvirke til en bedre visitering, men tid er en nødvendig faktor ift. at skulle forholde sig til mange relevante informationer. Det er ligeledes væsentligt at der er mulighed for at henvise til andre fagprofessionelle, hvis der fx er tale om partnervold. PRO-skemaet vil medvirke til en bedre og tidl. opsporing udsatte/sårbare gravide/familier, hvor der kræves en ekstra indsats.

#### **Afsnit 5.2.1 Fødsel på hospital**

I afsnit om fødsel på fødeafdeling afsnit står: ”Hvad end der er tale om akut eller planlagt kejsersnit, bør det prioriteres at sikre tidlig hud mod hud-kontakt mellem barn og forældre, da det har stor betydning for amning og tilknytningen mellem forældre og barn i tiden lige efter fødslen”.

På HGH tilbydes tidlig hud-til-hud kontakt ved elektive sectioner og grad 3 sectioner, men ikke ved grad 1 og 2 section af patientsikkerhedsmæssige årsager.

#### **Afsnit 6.1.1 Patientrapporterede oplysninger (PRO)**

Anvendelse af PRO-data kan medvirke til øget kvaliteten både ved visitation af den gravide og under hele den gravides forløb. Der bør dog være opmærksomhed på følgende: ”Ulighed i sundhed i forhold til hvor kvalificeret et spørgeskema besvares, at der er mulighed for at henvise til et udvidet tilbud, hvis den gravide fx udsættes for vold, og at der afsættes tid til klinikkerne, så de har mulighed for at sætte sig ind i den gravides besvarelse”.



31. marts 2023

## Fødeplan 2023 - høringssvar fra Sundhedsplejen i Gribskov Kommune

Gribskov Kommune imødeser den nye Fødeplan, som indeholder ambitionen om det gode forløb for familierne og et særligt fokus på at styrke den tidlige indsats og samarbejdet omkring familier med særlige behov.

Gribskov kommune har følgende kommentarer:

### **S. 8. "Alle familier i Region Hovedstaden skal både før, under og efter fødslen opleve et trygt og sammenhængende forløb af høj kvalitet".**

**"Region hovedstaden vil kendes på at levere tilbud af høj faglig kvalitet og på at skabe sammenhængende fødselsforløb med gode overleveringer mellem sektorerne".**

- Vi ser meget positivt på planen om styrkelse af det tværsektorielle samarbejde. I det samlede skriv bør dette fremgå konsekvent og konkret i de enkelte afsnit, så visionen understøttes med tyngde og handling. Alle faggrupper kan med fordel i højere grad tales 'op', med et samlet mål om sammenhæng og kvalitet på tværs af sektorerne. Der bør være mere tydelighed omkring brobygningen fra hospital til sundhedspleje, i form af information og italesættelse af skiftet/overleveringen fra det akutte hospitalsmiljø til familiens hjemlige miljø.

### **S.11. Indsats 6. "Barsel i hjemmet ... skal være attraktivt..."**

- Ud fra visionen om sammenhæng, kunne det med fordel nævnes at jordemoderen informerer familien om sundhedsplejen og at sundhedsplejen informeres om familien (med samtykke).

### **S. 26. afsnit 4.4.4. " ...kan jordemoderen sammen med parret beslutte at den kommunale sundhedspleje tager tidlig kontakt".**

- Jordemoder kan ikke 'beslutte' dette, men kan med parrets samtykke give besked til Sundhedsplejen om at familien ønsker dette.
- **Indsats 3: Tidlig opsporing**
  - ".....tæt samarbejde med almen praksis og kommunen.." Det bør ekspliciteres, at der skal foregå tæt samarbejde med 'sundhedsplejen' og evt. 'myndighedsteamet' i kommunen.

### **S. 28. Tabel 3**

- **Gestationsuge 10-15.**
  - Det bør fremgå, at den gravide informeres om sundhedsplejen og giver samtykke til, at der sendes korrespondance til sundhedsplejen om graviditet og terminsdato mv.

### **S. 40. Boks 3. Indsats 8.**

- Fælles regional døgnbemandet hotline.



- Hvordan skal denne bemandes? Hvor skal omkostningen placeres?

**S. 42. Afsnit 5.3.2 "Jordemoderen ... sikre et tidligere besøg end 4.-5. dagen..."**

- Jordemoder kan ikke 'sikre' at sundhedsplejersken kommer på tidligere besøg, men jordemoder kan sørge for at sundhedsplejen er godt informeret og anbefale at familien får besøg hurtigst muligt.

Til:  
Region Hovedstaden

Fra:  
Røde Kors



31-03-2023

### Udtalelse vedr. fødeplan for Region Hovedstaden

Røde Kors har med stor interesse læst udkastet til fødeplan for Region Hovedstaden og takker for muligheden for at afgive udtalelse til denne. Røde Kors finder det meget positivt, at fødeplanen har fokus på at understøtte et tættere samarbejde med civilsamfundet og planer om at indgå partnerskaber med civilsamfundsorganisationer om tidlig opsporing og støtte til gravide, partnere eller nybagte forældre med behov for en særlig indsats. Røde Kors stiller sig endvidere til rådighed for yderligere dialog om eventuelt partnerskab, da vi har en række relevante familieindsatser målrettet målgruppen.

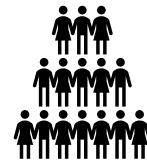
Røde Kors støttede i 2022 577 forældre og 664 børn i udsatte positioner i Region Hovedstaden gennem vores længerevarende familieindsatser. Røde Kors samarbejder allerede med flere føde- og barselsafsnit og indsatser målrettet sårbare gravide i Region Hovedstaden, fx fødeafsnit på Bornholms Hospital, Nordsjælland, Herlev/Gentofte og Familieambulatoriet Amager/Hvidovre. Røde Kors' kommentarer til indeværende høring er med udgangspunkt i disse indsatser og erfaringer.

### Samarbejde med civilsamfundet ved tidlig opsporing og støtte til familier med behov

En-til-en-relationer og netværk i civilsamfundsindsatser kan løfte den fysiske, mentale og sociale sundhed hos borgere. Manglende netværk, usikkerhed i forælderrollen, vanskeligheder ved at skabe rammer og struktur i hverdagen og manglende økonomiske ressourcer er nogle af de udfordringer, som mange familier i udsatte positioner oplever, og som offentlige indsatser og tilbud kan have vanskeligheder ved at imødekomme alene.

Frivillige indsatser i civilsamfundet kan bidrage med at støtte forældre i forælderrollen, understøtte rammer og struktur i familielivet, i netværk og relationer i lokalsamfundet. Med en frivillig indsats får familierne et fast holdepunkt og en betydningsfuld relation eller fællesskab, som de kan bygge videre på – også når familien ikke længere har behov for en offentlig indsats. I den tidlige indsats kan civilsamfundet og offentlige tilbud bygge bro til hinanden. Derfor er det positivt, at det tværsektorielle samarbejde er et indsatsområde i den nye fødeplan.

### I Region Hovedstaden er Røde Kors til stede i 27 kommuner



### I Region Hovedstaden støttede Røde Kors i 2022:

**336 forældre og 321 børn** gennem *en-til-en støtte*.

**241 forældre og 343 børn** gennem 14 *familienetværk*.

### Konkrete tiltag til at styrke det tværsektorielle samarbejde

Nedenfor skitseres nogle input i forhold til at styrke samarbejdet mellem Region Hovedstaden og civilsamfundet omkring familier i sårbare positioner i svangreomsorgen.

- Partnerskab mellem civilsamfund og Region Hovedstaden.** I høringsudkastet fremgår det, at samarbejdet med civilsamfundet om gravide og familier, som befinder sig i en særlig sårbar position, skal styrkes ved hjælp af partnerskaber.

Røde Kors har flere erfaringer i at samarbejde tværsektorielt med regioner og kommuner, blandt andet i kraft af vores patientstøtter og omsorgscentre. Det seneste år har Røde Kors endvidere i samarbejde med Familieambulatoriet Amager/Hvidovre og Nordsjællands hospital med gode erfaringer, udviklet og afprøvet en fremskudt civilsamfundsfunction med vores indsats "God start på livet", der støtter sårbare gravide og småbørnsforældre med det nye familieliv og forældreskab. Røde Kors ser gode muligheder i at videreudvikle denne tværsektionelle model og går gerne i yderligere dialog med Region Hovedstaden i forhold til potentialer i etableringen af partnerskab på tværs af region og civilsamfund. På næste side er Røde Kors' relevante frivillige familieindsatser i Region Hovedstaden kort skitseret.
- Digitale løsninger.** I høringsudkastet fremgår det, at Region Hovedstaden vil understøtte udvikling og implementering af digitale løsninger, der smidiggør samarbejde og deling af information mellem relevante parter. Vi foreslår at indtænke civilsamfundstilbud i digitale løsninger, så fagpersonale og familier kan få overblik over lokale civilsamfundsindsatser og nationale rådgivningstilbud. Manglende overblik og manglende kendskab til civilsamfundstilbud er en af de største barrierer i forhold til det tværsektorielle samarbejde med regioner, kommuner og andre offentlige aktører, hvorfor et digitalt overblik over relevante civilsamfundstilbud kan være et vigtigt skridt til øget samarbejde på tværs af region og civilsamfund.
- Systematik i praksis.** Et tværsektorielt samarbejde forudsætter en vis systematik for at undgå, at samarbejdet ikke udelukkende hviler på personafhængige relationer. En systematisk praksis kan styrkes ved at civilsamfundet indgår i relevante dialogværktøjer, vejledningsmaterialer og at udvalgte medarbejdere får til opgave at sikre fokus på det tværsektorielle samarbejde, fx frivillighedskoordinatorer og tovholdere blandt fagpersonale.

Et mere systematisk samarbejde kan også fremmes ved at civilsamfundstilbud indtænkes i forbindelse med jordemoderkonsultationer, sundhedsplejerskernes besøg m.v. For nogle familier kan det være svært at række ud efter hjælp i civilsamfundet, hvorfor det kan være nødvendigt med flere opfordringer fra fagpersoner. Her kan det være gavnligt at anbefaling af civilsamfundstilbud tilføjes til familiens journal, så andre fagpersoner kan følge op på det. Det kunne også være relevant at indtænke civilsamfundet i den døgnbemandede hotline, således at familier med behov henvises til relevante civilsamfundstilbud ved henvendelse til hotlinen.

## Røde Kors' indsatser i Region Hovedstaden målrettet familier i sårbare positioner



I Region Hovedstaden har Røde Kors følgende frivillige indsatser for familier i udsatte positioner, der styrker familiernes trivsel, handlekraft og netværk gennem en til en-relationer og fællesskaber:

**God start på livet**, der yder frivillig en til en-støtte til sårbare gravide og nybagte småbørnsfamilier (yngste barn op til 2 år) i udsatte positioner med det formål at støtte forældre i forældrerollen. Forældrene tilbydes også at deltage i baby camps, der gennem tre dage har fokus på udvikling, læring og samvær med andre familier.

**Familienetværk**, der støtter børnefamilier i en udsat position til at skabe sociale relationer og mestre deres livssituation gennem netværk.

**Familievenner**, der gennem en til en-støtte hjælper forældre i at skabe bedre trivsel og rammer i hjemmet og støtter børn med lektiehjælp og et godt skoleliv.

**Mentorindsatser**, der støtter forældre i forhold til at komme tættere på arbejdsmarkedet eller fastholde en uddannelse gennem en til en-støtte.

**Venner viser vej**, hvor frivillige støtter familier med flygtningebaggrund med udgangspunkt i familiens behov, fx dialog om det at være familie i Danmark, introduktion til lokalsamfundets muligheder og fritidsaktiviteter, NemID, AULA, jobsøgning, sprogtræning m.v.

De frivillige i indsatserne screenes og modtager løbende kompetenceudvikling, sparring og supervision.

Se eventuelt VIVEs slutevaluering af familievenner og mentorer: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/familien-i-fokus-18737/>

Røde Kors håber, at nogle af ovenstående perspektiver kan indgå i fødeplanen og indtænkes i relevante sammenhænge, samarbejdsfora m.v., og vi står naturligvis til rådighed til en yderligere dialog om perspektiverne i et eventuel partnerskab med Region Hovedstaden.

Venlig hilsen

**Marie-Louise Gotholdt**

National Chef  
Røde Kors

Region Hovedstaden

Kongens Vænge 2

3400 Hillerød

**Høringssvar vedr. Region Hovedstadens nye fødeplan**

Region Midtjylland takker for muligheden for at kommentere på udkast til ny fødeplan for Region Hovedstaden.

Planen fremstår ambitiøs og som et grundigt og veldisponeret dokument, der giver et godt overblik over visioner, målsætninger, organisering, tilbud samt de forskellige indsatser, som i de kommende år skal udvikle svangreområdet i Region Hovedstaden. Der adresseres i planen en række centrale tendenser og temaer i forhold til (kerne)opgaven, hvilket sker med afsæt i en tydelig opmærksomhed på sikring af høj kvalitet og en evidensbaseret praksis samt bevidsthed om, at svangreomsorgen skal kunne favne stor bredde og mangeartede individuelle variationer i behov, forudsætninger og forventninger hos brugerne.

Region Hovedstadens fødeplan rummer mange sammenfaldende indsats- og fokusområder med Region Midtjyllands gældende fødeplan, der blev vedtaget af regionsrådet i april 2021. Fødeplanen for Region Hovedstaden lægger således også vægt på indsatser med sigte på bl.a. differentiering/individualisering, tidlig opsporing af gravide/familier med særligt behov for hjælp, sammenhæng/kontinuitet, fælles beslutningstagning, samarbejde med civilsamfundets organisationer samt udnyttelse af digitaliseringens muligheder for at understøtte selvhjulpenhed og tryghed hos kommende og nybagte forældre.

Der er god tradition inden for området for at udveksle viden og erfaringer på tværs af afdelinger/hospitaler og regioner. Fra Region Midtjyllands side ser vi således frem til at følge og drage nytte af Region Hovedstadens erfaringer fra det videre arbejde med udmøntningen af den nye fødeplan.

Med venlig hilsen



Poul Michaelsen  
Koncerndirektør

**midt**  
regionmidtjylland

Dato: 30.03.2023

Sagsbehandler: HBN

Tel. +45 5152 9750

Sagsnr. 1-31-72-42-16

Side 1



Den 30. marts 2023  
Ref.: KHR/HC

### Dansk Sygeplejeråd

## Høringssvar vedr. udkast til Fødeplan for Region Hovedstaden 2023

Dansk Sygeplejeråd (DSR) i Kreds Hovedstaden har modtaget invitation til høring af udkast til Fødeplan for Region Hovedstaden.

Overordnet bemærker DSR Kreds Hovedstaden, at fødeområdet er under markant udvikling og at antallet af fødsler stiger frem mod 2030. Det fordrer et stærkt fokus på fastholdelse og rekruttering af faglige medarbejdere. Derfor er arbejdet med en ny fødeplan ét vigtigt skridt i retningen af at fremtidssikre et bæredygtigt fødeområde.

DSR Kreds Hovedstaden har følgende opmærksomhedspunkter og anbefalinger i forhold til forslaget til Ny Fødeplan:

- De 3 indsatser vedr. attraktive arbejdspladser er meget væsentlige. Fokus på arbejdsmiljø og kompetenceudvikling vil understøtte planens implementering i forhold til personalets deltagelse. Herunder vil Kreds Hovedstaden rette fokus på at inddragelse af medarbejdere også er et væsentligt element. I forbindelse med større forandringer og omlægninger er det afgørende, at medarbejdere og ledere oplever sig medinddraget og velinformeret.
- Det tværfaglige samarbejde er et andet fokus Kreds Hovedstaden vil rette opmærksomheden på. Fokus på og tydelighed i snitfladerne mellem de forskellige fagligheder (fx obstetriske sygeplejersker, jordemødre og sundhedsplejersker) er afgørende for en implementeringssucces.
- Det fremgår af planen, at der vil være stort fokus på det tværsektorielle samarbejde. Det bifalder DSR Kreds Hovedstaden. Begrebet skal dog i højere grad foldes ud til et

Kreds Hovedstaden  
Kredsledelsen

Frederiksborggade 15, 4  
DK-1360 København K

Åbningstid:  
Mandag, tirsdag, torsdag  
samt fredag 9-14  
onsdag 13-16

Tel +45 70 21 16 62  
Fax +45 70 21 16 63

[www.dsr.dk/hovedstaden](http://www.dsr.dk/hovedstaden)  
[hovedstaden@dsr.dk](mailto:hovedstaden@dsr.dk)

mere konkret niveau. Udviklingen stiller krav til, at alle sundhedsfaglige aktører prioriterer sammenhæng og kvalitet på tværs af sektorer, hvis alle fødende skal opleve en lige og fri adgang til det danske sundhedsvæsen.

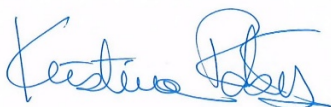
- Personalemanglen er et andet punkt, der skal fokuseres på i forhold til en implementeret fødeplan. Lige pt mangler der uddannede sundhedsplejersker.
- Ressourcer til introduktion samt oplæring ved nyansættelser anbefaler Kreds Hovedstaden prioriteres. Ligeledes også ressourcer til kliniske vejledere for at understøtte studerende på føde-, barsels- og neonatale afsnit anbefales.
- Løbende faglig udvikling og efteruddannelse af både læger, sygeplejersker, jordemødre mm. er centralt for at sikre vedvarende høj kvalitet og sammenhæng i patientforløbet.
- Kreds Hovedstaden ser frem til samarbejdet om åbningen af det nye fødested på Bispebjerg hospital; særligt med hensyn til drøftelser af personaleressourcer.
- Den fødende og familiens behov er i fokus. Dette bifalder Kreds Hovedstaden. Særligt bemærker vi, at førstegangsfødende får tilbudt 2 dage på barselsafsnit for at sikre en god opstart i familien og i det nyfødtes barns liv. Dog har vi bekymring for at kunne løfte det i hverdagen; i forhold til personaleressourcerne.
- Sammenhæng i fødsels- og neonatal perioden med mulighed for familierne at være indlagt med det neonatale barn, anbefales.
- Sundhed og lighed for alle fødende og deres familier anbefaler Kreds Hovedstaden fortsat skal være centralt for organisering og kapacitetsplanlægning.

DSR Kreds Hovedstaden deltager gerne i drøftelser for at finde løsninger på de opmærksomhedspunkter og udfordringer, der løbende vil opstå i forbindelse med udvikling af fødeområdet og implementering af planen.

Med venlig hilsen

På vegne af kredsbestyrelse og formandskab

Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden



Kristina Robins

Kredsformand

## Høringssvar fra DSOG til ny Fødeplan for Region Hovedstaden.

### Indsats 1: Koordinering af forældre- og fødselsforberedelse.

DSOG kan fulgt ud tilslutte os et ønske om øget fokus på fødsels- og forældreberedelse for alle.

Et fællesregionalt tilbud kan være en god ide, gerne indeholdende både mulighed for fysisk fremmøde eller fødselsforberedelse som interaktive webinarer. De gravide inklusiv partner har også et godt udbytte af at møde til forberedelse på det hospital, hvor de skal føde, således at de har kendskab til fødestedet. Mange gravide vil gå til jordemor på anden geografisk lokalisation og som følge deraf vil de helt ukomplicerede gravide ikke have naturlig anledning til at besøge deres fødested.

Den regionale fødselsforberedelse kunne således med fordel suppleres med rundvisning på fødestue etc.

”Relevante civilsamfundsorganisationer om dele af forældre- og fødselsforberedelsen” Hvem vil sikre evidensbaseret indehold af forberedelsen (Forældre og fødsel?)

### Indsats 2: Nyt digitalt univers for gravide og nybagte forældre.

Lyder som et meget brugbart tiltag at samle faglig information, information om aftaler samt give mulighed for chatbot mm. (Emento?)

### Indsats 3: Tidlig opsporing.

Kvinden bliver visiteret til 1. jordemoderkonsultation efter 1. trimester scanningen (graviditets uge 11-13). Det bliver logistisk udfordrende at få afholdt første jordemoderkonsultation inden udgangen af 1 trimester. Første konsultation kan med fordel ligge efter, at kvinde har fået foretaget en ultralydsscanningen for at sikre, at fostret er levende (samt ev.t flerfoldsgraviditet)

Det er ingen tvivl om, at det er vigtigt med tidlig opsporing af sårbarhed – men størstedelen af de fødende vil formentlig ikke have særlige behov. Det vil være meget ressourcekrævende, at alle kvinder skal have en udvidelse af 1. jordemoderkonsultation, ifht. udbyttet.

Der anbefales at kigge nærmere på at få løftet kvaliteten af svangrehenvisningen, da det jo som udgangspunkt er den gravides praktiserende læge, som kender kvinden bedst og derfor spiller en betydende rolle ifht at vurdere evt sårbarhed/behov for ekstra opfølgning. Det samme gør sig gældende for medicinske tilstande som forhøjet blodtryk, stofskiftesygdomme, hæmoglobinopater etc. Herefter kan kvinden blive visiteret til en uddybende samtale mhp vurdering af ressourcer og behov.

### Indsats 4: Trykke fødende i den indledende fase af fødslen (latensfasen).

Der er aktuelt fokus på latensfasen og det behov, kvinden har ved opstart af fødslen. Det kunne give mening med en intensiveret indsats i fødselsforberedelsen, hvor emnet med fordel kunne fylde mere – så de gravide er bedre forberedte på denne fase af fødslen.

#### Indsats 5: In-house fødeklinikker og fødestuer.

At indrette fremtidens fødestuer med det formål at understøtte en rolig og tryk fødsel, er et godt indsatsområde.

Regionens in-house fødeklinikker virker til at være velkørende. De kvinder der kan visiteres til en fødsel på en in-house fødeklinik, er de mest ukomplicerede gravide. På en in-house fødeklinik er der endvidere som udgangspunkt 1 jordemoder til 1 fødende. Dette gør sig sjældent gældende på de større fødesteder. Der er endvidere risiko for behov for overflytning til en fødegang, hvis fødslen ikke skrider normalt frem, eller der er behov for mere smertelindring, eller der er en større blødning efter fødslen mv. Det er et ikke ubetydeligt antal, der overflyttes. Ressourcerne vurderes at kunne bruges bedre ved at styrke forholdene på de store fødegange, hvor de mest komplicerede fødsler finder sted.

#### Indsats 6: Hjemmebarsel.

Det vil være optimalt at kunne tilbyde 2 hjemmebesøg af jordemor i løbet af de første 3 døgn til førstegangs fødende, der udskrives til hjemmebarsel. Det vil være et virkelig fint og trykt tilbud.

#### Indsats 7: Barselsophold på hospitalet for førstegangs fødende.

Det er politisk bestemt, der skal være mulighed for at helt ukomplicerede førstegangs fødende skal tilbydes 2 døgn barselsophold på hospitalet. Man kunne med fordel tilbyde denne gruppe kvinder overstående alternativ med hjemmebarsel for at sikre, at der er senge til de mest komplicerede fødende/barslende.

#### Indsats 8: Fælles regional døgnbemandet hotline.

Lyder som godt tiltag, men man må overveje, hvordan den skal bemandes, og hvilken slags sundhedsperson der skal varetage opgaven. I dag varetages funktionen jo typisk lokalt af en jordemor eller sygeplejerske på vagt på en barselgang, som desuden har klinisk arbejde ved siden af at svare telefonen. Skal der oprettes et vagthold, der skal varetage denne funktion, hvilket vil være ressourcekrævende? Og har de visitationsret? Dvs de kontakter/problemstillinger de ikke kan afslutte pr telefon, hvordan skal de ekspederes videre? (Region Midt har en efterfødselsklinik som er bemandet af personale fra barselsafsnittet)

#### Indsats 9: Gennemgang af fødselsforløbet.

Denne indsats kan vi fuldt tilslutte os – vigtigheden af dette er stor! Det er dog forbundet med logistiske udfordringer. Er det fødejordemoderen, der skal afholde samtalen? Det kunne også gøres i forbindelse med besøg i barselsklinikken eller besøg i hjemmet (hvor der samtidig laves

PKU og hørescreening). En anden mulighed er, at alle fødende ringes op efter 4-5 uger (eller anden defineret tid) for at høre om der er behov for gennemgang af fødselsforløb. Det vil formentligt være meget givende for de nybagte forældre at få gennemgået fødselsforløbet, og på den måde få afdramatiseret nogle af de ting der potentielt kan være sket, og dermed gøre en ny graviditet og fødsel mindre problematisk

Indsats 10: Tilbud til forældre, der mister:

Ligeledes en indsats, vi fuldt kan tilslutte os. Her kan man nok med fordel trække på erfaringer fra de afdelinger rundt i landet, der allerede har etableret en særlig enhed til at varetage dette. Det er vigtigt at det personale som varetager funktionen er godt klædt på og får sufficient efteruddannelse.

Indsats 11: Udbredelse af Patientrapporterede oplysninger (PRO).

Hvem skal tage stilling til de indrapporterede oplysninger, og hvad vil handlingsmulighederne være? Det er ekstremt vigtigt, at der er et setup, der kan rumme og varetage de oplysninger, der gives fra den gravide. Især ved oplysninger om vold eller stress/livsudfordringer  
God ide, som vi kan tilslutte os.

Indsats 12: Udbredelse af digitale løsninger.

God ide, som vi kan tilslutte os. Som nævnt allerede meget pågående arbejde i den retning, som man forhåbentlig kan drage god nytte af.

Indsats 13: Bedre start på arbejdslivet for nyuddannede.

Der er allerede mange gode tiltag i gang på regionens fødesteder, som man med fordel kan lade leve lokalt for at styrke de nye medarbejderes tilhørsforhold. Det er ikke hensigtsmæssigt at flytte introduktionsprogrammer ud centralt i regionen, da det ikke fremmer tilknytningsforholdet lokalt. Man kunne evt. tilbyde en form for "buddy ordning" for at øge trygheden omkring at starte et nyt sted, som der gøres på nogle fødegange

Indsats 14: Kompetenceudvikling og vidensdeling.

Det er svært at være uenig i!

Indsats 15: Organisering i mindre grupper eller teams.

Spændende indsatsområde – man kan erfaringsudveksle på tværs af regionen, men må tilpasse det lokale forhold. Meget diffust. Organisering af hvad??

Indsats 16: Partnerskab med civilsamfundsorganisationer.

Lyder som et spændende indsatsområde – hvis man kan trække på civilsamfundet på en konstruktiv måde, kan man måske dirigere noget hjælp til dem, der kan have brug for ekstra støtte, uden det hele ligger i hospitalsregi. Det er dog vigtigt at sikre, at den støtte eller rådgivning kvinderne bliver tilbudt, er så evidensbaseret og ensrettet som muligt og i øvrigt i tråd med svangreomsorgen. Obs. forskellige interesser.

#### Forskning:

Dette er ikke trukket frem, som et indsatsområde – men vi noterer os, at der står: Region Hovedstaden ønsker at medvirke til den fortsatte udvikling af en evidensbaseret praksis. Regionen vil derfor understøtte muligheden for fortsatte stærke faglige miljøer på fødeområdet, hvor fundamentet for en tværfaglig forskning er til stede. Det kan blandt andet ske gennem prioritering af delestillinger, hvor sundhedsprofessionelle på fødeområdet, herunder læger, jordemødre og sygeplejersker, har mulighed for at kombinere forskning med det kliniske arbejde på fødeafdelingen.

Dette bifalder vi og håber meget, regionen vil prioritere, da det er et vigtigt omdrejningspunkt både for konstant optimering af patientbehandlingen og som et led i at gøre arbejdspladserne attraktive.

Der er intet nævnt vedrørende bemanning af Bispebjerg, og de udfordringer det vil give med rekruttering fra f.eks. Region Sjælland, der i forvejen er nødlidende på obstetrikere og jordemødre. Derudover er der også en udfordring, idet der skal dækkes med anæstesiberedskab, operationspersonale og neonatologerne på et tidspunkt, hvor der er mangel på disse personalegrupper.



Hvidovre Kommune  
Hvidovrevej 278  
2650 Hvidovre

Center for Børn og Familier  
Udvikling og Administration (BOF)  
Udviklingskonsulent:  
Nina Marie Andersen

Telefon: 3639 3768  
Mobil: 6197 1643

E-mail: [nmd@hvidovre.dk](mailto:nmd@hvidovre.dk)

Dato: 13. marts 2023

Rådhusets åbningstider:

|                |             |
|----------------|-------------|
| Mandag-onsdag: | 10:00-14.30 |
| Torsdag:       | 13:00-17.30 |
| Fredag:        | 10:00-13.30 |

## Høringssvar om Fødeplan for Region Hovedstaden

### Generelle bemærkninger

Hvidovre Kommune finder forslaget til ny fødeplan ambitiøs og velbeskrevet. Det er godt, at indsatserne – både eksisterende og udviklingsindsatser er konkret beskrevet.

Især finder vi som kommune, at det positivt, at det tværsektorielle samarbejde skal understøttes ved hjælp af fælles data på en digital platform på tværs af sektorerne.

Vi er som kommune meget interesserede i at samarbejde med regionen om at borgerne skal opleve sundhedsforløb så sammenhængende og glidende som muligt.

Vi er dog også bekymrede for, om ambitionsniveauet i fødeplanen er realistisk set i lyset af, hvor stor jordemodermanglen er. I tilfældet af, at der må prioriteres mellem ressourcer og indsatser, ønsker vi, at de sårbare familier prioriteres.

### Bemærkninger til konkrete afsnit i fødeplanen

#### 5.1.3 Tidlig opsporing af gravide og familier med særlige behov.

Vi er meget optaget af tidlig opsporing, og kunne ønske os, at fødeplanen var mere præcis omkring det tværsektorielle samarbejde om dette.

Vi savner en beskrivelse af, hvordan regionen samarbejder med kommunerne og almen praksis om denne vigtige tidlige opsporing, og hvorfra og hvordan, ressourcerne til dette kommer.

Vi kunne ønske os tværsektorielle netværksmøder eller tværsektorielle hjemmebesøg hos familien. Der er tidligere gennemført projekter om dette, som har haft god effekt.

#### 5.3.2 Kontakter i den tidlige barselsperiode

I afsnittet "Dagen efter fødslen" beskrives, at jordemoderen kan bede om/bestille et besøg af sundhedsplejersken tidligere end på 4.-5. dagen efter fødslen.

Dette tidlige besøg kan den kommunale sundhedspleje ikke levere. Hvis det er et behov i forlængelse af en behandling, er det hospitalets forpligtelse at sikre denne sundhedsfaglige rådgivning. Sundhedsplejen skal til gengæld overholde forpligtelsen til at besøge familien inden for 4.- 5. dagen efter fødsel, hvis barnet har været udskrevet til hjemmebarsel indenfor 72 timer

efter fødslen. I tilfælde af, at mor og barn udskrives efter mere end 72 timer efter fødslen, sker sundhedsplejens etableringsbesøg i familien på 7. til 10. dagen efter fødslen.

#### 5.3.3. Styrket rådgivning

I afsnittet beskrives et kommunalt pilotforsøg om et virtuelt ammevejledningstilbud. Vi undrer os over, hvor et sådant pilotforsøg skal opstå, sundhedsplejen i Hvidovre Kommune har ikke tidligere hørt om det. I Hvidovre Kommune er der fx ikke nogen telefonrådgivning med videokonsultation, men der er konsultationer ved fysisk fremmøde eller besøg i hjemmet. Hvis Region Hovedstaden forventer, at kommunerne vil henvise til det virtuelle ammevejledningstilbud, ville det være rart som kommune at blive inddraget tidligt, og vide hvor og hvordan tilbuddet skal opstå, og hvordan kommunerne skal samarbejde om det. Ved et nyligt møde for ledende sundhedsplejersker i regionen havde ingen hørt om ideen.

#### 5.3.6 Tilbud til forældre som mister et barn

Hvidovre Kommune synes at det er vigtigt og relevant med dette fokus i fødeplanen. Vi gør opmærksom på, at alle kommuner allerede har handleplaner i forbindelse med forældre, der mister et barn. Derfor er det vigtigt at regionens indsats på området er koordineret med kommunen, fordi denne skal varetage omsorgen for familien fremadrettet. Set fra borgerperspektivet skal regionens og kommunens indsats ses i sammenhæng – især er det vigtigt i sådan en sårbar situation.

Med venlig hilsen



Ellen Bonde-Pedersen, ledende sundhedsplejerske

## HØRINGSVAR fra Cecilia Virgin

Forkvinde for fonden En god start i livet.

Høring over Region Hovedstadens fødeplan

Allerførst vil jeg sige tak for muligheden at sende et høringsvar.

Lige adgang til sundhed kræver forskellige tilbud. De sunde og raske gravide kvinder, der heldigvis er langt de fleste af, skal derfor kunne føde gratis på jordemoderledede fødeklinikker.

Det er mit håb, at Region Hovedstaden sætter fødende kvinders valg i centrum ved også at tilbyde selvstændige jordemoderledede fødeklinikker. At der er efterspørgsel efter klinikfødsler, viser sig ved, at der er en lang venteliste til Roskilde fødeklinik heraf med mange gravide fra Hovedstadsområdet.

At det er relevant med flere fødeklinikker understreges af de **videnskabelige** og **veldokumenterede** positive erfaringer, som viser at:

- de fødende har gode fødselsoplevelser
- det er sikkert at føde på jordemoderledede fødeklinikker
- unødige indgreb reduceres

Udover de menneskelige gevinster kan der være store økonomiske gevinster ved de jordemoderledede klinikker. Med det store pres på fødeafdelingerne, giver det god mening at sørge for at holde de sunde og raske fødende væk herfra.

Mange jordemødre er tilfredse med at arbejde på Regionens fødeafdelinger. Andre ønsker ikke at arbejde i en fødselskultur der når fødestedet bliver for stort har sværere ved at opfylde relationelle forhold og mere rolige omgivelser. De vil hellere arbejde, hvor de har mulighed for at hjælpe børn til verden i mere rolige omgivelser samt være tilknyttet et fødested, hvor der er tid til grundig fødselsforberedelse i små hold og omsorg fra en kendt jordemoder. En gravid kvinde har stor gavn og glæde af, at kende den jordemoder hun skal samarbejde med.

Fødslen kan være en stor udfordring og en af de vigtigste begivenheder i livet. Den kan føre til angst og traumer, eller den kan blive en god 'jeg-kan-oplevelse', som følger kvinden hele livet.

I politik handler det om at skabe en samfund for alle og dermed den svære kunst at indgå kompromiser. Her er en oplagt mulighed, hvis politikerne kunne enes om at stemme for jordemoderledede klinikker i Region H.

Flere jordemoderledede fødeklinikker vil få flere jordemødre tilbage til fødselshjælpen og der vil være flere tilfredse fødende. En win-win situation.