

Skematisk oversigt over indkomne hørings svar til udkast af 8. oktober 2020 til ny fødeplan (høringsperiode 02.11.20 - 18.01.21)

ID	Afsender	Hørings svarets hovedpunkter	Ændringer i selve udkastet som følge af bemærkningerne (<i>Administrationens forslag</i>)
1	Viborg Kommune	Ingen bemærkninger til høringsudgaven	
2	Regions-MEDudvalget	<ul style="list-style-type: none"> Der lægges megen vægt på patient- og familieinddragelse i forhold til fødested. Samtidig er der kapacitetsudfordringer på AUH, hvorfor det bør overvejes, om der reelt er mulighed for frit valg Forskelle i kommunale tilbud giver forskelle i familievilkår - relevant at forholde sig til, om der kan ses nogle konsekvenser af det regionalt. Forslag om, at der appelleres til, at alle kommuner skal sikre gode, målrettede tilbud. 	
3	Chefjordemødrene i RM	<ul style="list-style-type: none"> Fremstår generelt gennemarbejdet og velformuleret. Godt, at grænsefeltet mellem rettigheder, prioriterede indsatsområder og anbefalinger fremstår tydeligt, jf. afsnit 1.2 Afsnit 1.3: En fødeplan på brugernes præmisser er en væsentlig ambition – kan det tydeliggøres hvilke elementer brugerne rent faktisk bidrog med? Hvad var vigtigt for dem? Fælles beslutningstagen bør tydeliggøres i afsnit 4.3 om valg af fødested Afsnit 4.3, side 19 – hvad menes med "tilbud om hjælp ved hjemmefødsler"? Faktuelle rettelser: <ul style="list-style-type: none"> Side 22: Det er fødestedernes optageområde, der afgør hvilket fødested, der tager ud til hjemmefødsel Afsnit 5.3, side 25-26: Mangler at nævne tilbud om scanninger: type 1 og type 2 scanninger. 	<p>Der indsættes bilag i udkast til fødeplan indeholdende sammenfatning af hovedpointer fra interviews. Ikke mindst udtrykkes ønske om digitalisering af svangreomsorgen, hvilket der er henvist eksplicit til ifm. fokusområdet, jf. 7.3.1 og 7.3.2</p> <p>Faktuelle rettelser indarbejdet.</p> <p>Tydligere definition af 'fælles beslutningstaging' er indarbejdet i afsnit 5.1. Afsnit 5.6.1 og 5.6.2 er gennemgået og der er foretaget justeringer af diverse formuleringer. Desuden er brugen af beslutningsstøtte-redskaber og</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Side 27: Silkeborg tilbyder ikke længere familieiværksætter kurser og i Horsens-klyngen tilbydes det kun i kommunalt regi • Side 36: <i>"Sundhedsplejen aflægger ved hjemmefødsler besøg omkring 3.dagen efter fødslen"</i>. Dette vil sjældent give mening, fordi efterfødselspakken SKAL ligge mellem 48-72 timer = 3 dag, så her er kontakten altid til jordemoder/fødested. Besøg af sundhedsplejerske vil derfor også efter hjemmefødsel skulle ligge også her 4.-5 dagen. • Side 31 øverst: Det bør sikres, at formuleringen om at prioritere omsorgsaspektet ikke misforstås som om, at omsorg prioriteres frem for sikkerhed. Forslag: Svangreomsorgen skal altid have fokus både på sikkerhed, relationer og atmosfære. • Side 32-33: Afsnit 5.1, 5.6.1 og 5.6.2 foreslås gennemskrevet med fokus på fælles beslutningstagning, jf. den førstegangsfødende familie har et valg i forhold til, om barselsopholdet skal foregå i hjemmet (tidlig udskrivelse) eller om de ønsker barselophold på hospitalet. Forslag om at undgå ordet "visitation". Personalet fortæller dem, at de har et valg, og at man sammen med parret finder den løsning, der er den rigtige for netop dem. Visitation er kun på tale efter komplicerede fødsler. Samtalerne om valg for barselsophold starter allerede i graviditeten, hvor parret indvies i de forskellige muligheder, men det er først efter fødslen, at beslutningen for udskrivningstidspunkt skal træffes som en fælles beslutning med parret, jordemoder og/eller barselspersonale. • Afsnit 5.6.3: <i>"Fødestederne lægger generelt vægt på..."</i>. Her foreslås det, at det fremgår tydeligere, at fødestederne ikke kun samler PKU og hørescreening, men også efterfødselssamtale med jordemoder, eftersyn af evt. brystning, vejledning om amning og familiens trivsel. Efterfødselspakken sikrer mest muligt ro til familien i den første tid efter fødslen. 	<p>fødestederne aktive involvering i udviklingen af disse</p> <p>Tydeliggjort, at der leveres en samlet 'efterfødselspakke' (som PKU/hørescreening indgår i)</p> <p>Der er indarbejdet forslag til nyt fokusområde i afsnittet om anbefalinger og fokusområder - se forslag til nyt afsnit 7.7 i revideret udkast</p>
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Afsnit 5.6.7, side 37: Alle førstegangsfødende kvinder/par tilbydes efterfødselssamtale. Flergangsfødende forældre efter behov. • Afsnit 7.4, side 49 nederst: Forslag om, at det fremgår eksplicit, at RM's fødesteder medvirker i udviklingen af beslutningsstøtteværktøjer. • Under strategiske temaer foreslås suppleret med et fokusområde om "kultur og sundhed" eller "atmosfære", jf. fødestederne arbejder med at skabe en mere hjemlig atmosfære i forhold til indretningen af fødestuer, og naturen trækkes med ind, så rummet understøtter tryghed. Vi arbejder med at skabe interaktive fødemiljøer, så parret bliver aktører i at skabe rammerne for netop deres fødsel, jf. også budget 2021, hvor der er afsat 5 mio. kr. til etablering af familievenlige, interaktive fødestuer. 	
4	Patientinddragelsesudvalget	<ul style="list-style-type: none"> • Finder vi handlingerne og forløbet i fødeplanen godt beskrevet. Alle aspekter er medtaget, også tværfagligt med ekspertstøtte, ligesom der er medtaget patient- og pårørendeinddragelse. • Meget positivt, at alle interessenter er inddraget i udarbejdelsen. 	
5	Skanderborg Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Gennemarbejdet og velkvalificeret udkast, der beskriver rammer og retning for driften og udviklingen af svangreomsorgen i Region Midtjylland. • Giver et overblik over gældende tilbud hos almen praksis, i kommunerne og på hospitalerne, som skaber et fundament for gode og sammenhængende forløb på borgerens præmisser. • Ser frem til arbejdet med den kommende fødeplan og de muligheder, det giver for et styrket tværsektorielt samarbejde. 	
6	VIA University College	Ingen bemærkninger til udkastet	

7	Region Sjællands Sundhedsfaglige Råd for gynækologi og obstetrik	Ingen bemærkninger til udkastet	
8	Favrskov Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Generelt velfungerende samarbejde mellem hospitaler, kommuner og praktiserende læger omkring indsatsen til gravide, fødende og barslende. Derfor relevant, at der i den nye fødeplan er fokus på at styrke og videreudvikle eksisterende indsatser. • I tilfælde af behov for at justere på fødestedernes optageområder forventes det, at kommunerne involveres i planlægningen. • For borgere fra Hinnerup-området betyder det frie valg af fødested, at de også kan vælge Aarhus Universitetshospital som fødested. Ordningen giver stor mening for fødende fra området, og Favrskov Kommune forventer den vil fortsætte. • Positivt, at fødeplanen beskriver, at den sundhedsfremmende og forebyggende indsats inden for svangreomsorgen skal bidrage til at realisere Sundhedsaftalens målsætninger på forebyggelsesområdet. Bl.a. relevant at styrke samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praktiserende læger om indsatser til gravide med overvægt. • Bifalder fødeplanens anbefalinger til øget digitalisering, hvilket i særdeleshed gælder udviklingen af en digital svangrejournel samt en fælles digital patientguide/app-løsning. Ser spændende udviklingsmuligheder i en fælles app-løsning, hvor familierne i én app både kan modtage information og rådgivning fra det regionale fødested og den kommunale sundhedspleje. Favrskov Kommune indgår gerne i et udviklingssamarbejde på området. • Ser frem til fortsat godt samarbejde. 	
9	Samsø Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Solidt og gennearbejdet materiale, som sætter retning for svangreomsorgen fra graviditet til ca. en uge efter fødslen. Omhandler alle aktører fra almen praksis over hospitaler til kommunale aktører. Set fra et 	

		<p>kommuneperspektiv et velbeskrevet og brugbart materiale, som synliggør de forskellige aktørers roller.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indholdet er beskrevet ud fra et bredt sundhedsfremmeperspektiv. Fokus på at styrke familiens selvhjulpethed og mestring ud fra en viden om, at en god start for barn og forældre er en vigtig forudsætning for fremtidig sundhed, trivsel, læring og udvikling. Der er et solidt basistilbud, som kan udbygges med en bred vifte af indsatser, så det passer til dem, som kan og vil selv og til de, som har brug ekstra støtte. Tilbuddet tilpasses den enkelte familie med respekt for den enkeltes integritet. • Der peges desuden på, at gruppen af gravide med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger er voksende. Denne observation kan allerede nu tænkes ind i planlægningen af den kommunale sundhedspleje for de kommende år, da de samme problemstillinger skal håndteres her. 	
10	Aarhus Universitet (Health)	Ingen bemærkninger til udkastet	
11	Dansk Sygeplejeråd	<ul style="list-style-type: none"> • Opfordring til, at kommunerne opprioriterer sundhedsplejerskernes område, og at der skabes bedre og mere ensartede vilkår for sundhedsplejerskerne på tværs af kommunerne samt at budgetterne på området hæves. • Forslag om, at alle familier tilbydes et graviditetsbesøg samt forældrekurser til førstegangsførelse, hvor der også dannes netværk. • Sundhedsplejerskernes integrationsarbejde kunne med fordel tænkes yderligere ind i fødeplanen. F.eks. de særlige udviklede besøgsplaner eller forældrekursus, hvor der også dannes et netværk, f.eks. til familier, hvor det første barn er født i Danmark. • Med henvisning til retten til frit sygehusvalg opfordres til, at RM som den første indsats øger kapaciteten på de fødesteder, hvor presset er særligt stort, fremfor at flytte fødsler til andre fødesteder. 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Der stilles spørgsmålstegn ved, om den organisering, der foreslås, vil sikre, at der tages hånd om de velfungerende kvinder, der har vanskeligt ved at mestre forælderrollen. Foreslås, at man giver sundhedsplejerskerne en særlig rolle i at understøtte kvindens og familiens mestringsevne i forælderrollen. F.eks. ved tidlige graviditetsbesøg, hvor der er mulighed for faglig sparring med konsultationsjordemoderen. • Den første indsats hos praktiserende læge bør prioriteres i højere grad end i dag, da det kan have indflydelse på resten af forløbet. Her bør der optages relevant anamnese, som kan bruges til korrekt visitering på fødestederne. Ifølge høringssvaret fortsat mange udfordringer på dette område. • "Familieiværksætterne" appellerer i højere grad til de ressourcestærke end de resourcesvage forældre, som tilbuddet oprindeligt var tiltænkt. Forslag om etablering af en større regional tænketank/idésamling omkring tilbud til resourcesvage familie mhp. læring på tværs af afdelinger og sektorer. • I højere grad plads til individuelle hensyn, f.eks. ved at familierne bliver kontaktet telefonisk af sundhedsplejen på anden dagen efter fødslen, og der afsættes god tid til relationsdannelse mellem sundhedsplejersken og familien. Overvejelse i tilknytning hertil kunne være, at PKU og hørescreening fremadrettet foretages af sundhedsplejerskerne. • Behov for at styrke det tværfaglige samarbejde på fødeområdet – både på tværs af afdelinger og på tværs af sektorer. Opfordring til at opprioritere dette i fødeplanen. 	
12	Det Tværfaglige Speciale-råd for Reumatologi	<ul style="list-style-type: none"> • Hilser ønsket om en højere grad af individualiserede planer velkomment og bifalder tanken om øget fokus på de sårbare gravide • Det anbefales, at alle kvinder med et graviditets-ønske/gravide og en samtidig inflammatorisk reumatologisk sygdom visiteres til afdeling for Led og 	

		Bindevævssygdomme på Aarhus Universitetshospital til en risikovurdering.	
13	Jordemoderforeningen	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkender, at brugerne og familierne er i fokus i fødeplanen, og man mærker de gode intentioner. Af samme årsag undrer det, at udkastet synes at have et minimalt blik for sundhedsfremmende og sygdomsforbyggende tiltag, som er centralt i svangreomsorgen. • Høringsudkastet har et noget ensidigt fokus på teknologi og patologi – vigtigt, men kun ét vigtigt element blandt flere i en samlet optimeret svangreomsorg. • Fokus og udviklingspunkter i fødeplanen virker mere selektiv end strategisk opbygget ud fra den viden, der er om emnet. • Savner noget konkret om, hvorledes man vil sikre tilbuddet til de normale og ukomplicerede gravide kvinder og deres familier. • Frekvensen for kejsersnit nationalt har ligget stabilt ml. 19,5 og 20% gennem årene og er således ikke faldende, dog ikke opgjort siden 2018 (reference; Fødselsstatistik MIPAC 2020 af Rydahl fra 2020). • Ikke retvisende at skrive, at man for at øge sikkerheden har lavet faglige tiltag, herunder flere igangsættelser – det er korrekt, at der er kommet flere igangsættelser, men vi har ikke set højere sikkerhed for børnene (reference; pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31848171/.) • At kvinder ikke kan få lov at vælge fødeklinik går imod fødeplanens ønsker om at sætte kvinderne i centrum og sikre høj kvalitet og sikkerhed i fødselstilbuddene. • Ved hjemmefødsel mod givet råd – bør det anbefales, at to jordemødre tager ud til fødslen (potentielt større risiko for alvorlige komplikationer for mor og barn, og for at beskytte jordemødrene). • Svangre- og vandrejournal sendes til ikke til fødeafdelingen, men til jordemoderpraksis. • På nogle af regionens fødesteder er det kun få kvinder, der kan få et tilbud om Kendt Jordemoder Ordning 	Henvisning til national udvikling mht. frekvens for kejsersnit er slettet

		<p>(høringssvaret angiver, at gns. for hele regionen i dag er ca. 20 %, og f.eks. kun 10 % på AUH). Det foreslås som et mindstemål, at f.eks. 25-30 % af kvinderne på hvert fødested kan tilbydes Kendt Jordemoder Ordning.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det bør indskrives, at det skal prioriteres, at graviditetsundersøgelser planlægges hos den samme jordemoder gennem graviditeten for at sikre patientsikkerheden. • Basistilbuddet bør ikke indeholde en variation på 4-7 besøg hos jordemoderen – undersøgelser hos læge og scanningsundersøgelser er ikke gradueret (<i>Administrationen bemærker, at basistilbuddet i udkastet svarer til Sundhedsstyrelsens gældende anbefalinger fra 2013, og vil forventes opdateret, såfremt disse anbefalinger ændrer sig</i>). • Det bør specificeres hvor mange timers fødselsforberedelse, der tilbydes i mindste basistilbud, og at fødselsforberedelse er på mindre hold, bør afholdes i de samme små hold gennem forløbet – det er her der opnås læring af sundhedstilbuddet (reference; Maimburg 2010). • Regionens program for forældre- og fødselsforberedelse anbefales opdateret med henvisning til, at det ikke bygger på evidensbaseret viden om læring og indhold. • Fokusområde vedr. amning – svært at få øje på, hvordan man vil styrke og udvikle amningen. • Efterfødselssamtalen bør ikke ligge lige efter fødslen. • I rapportens sidste del er fokus primært på medicinske, teknologiske aspekter, mens der ikke er fokus på de sociale, fysiologiske, mentale og sundhedsfremmende aspekter i forhold til udvikling og kvalitetssikring (<i>antages at rette sig mod afsnit 6</i>). • Kliniske jordemodersupervisorer – uklart, hvordan man vil udvikle ordningen. Ud over fordelene ved ordningen peges i høringssvaret på opmærksomhed på ulemper i form af, at ansvar og læring i det kliniske felt kan reduceres hos basisjordemødrene. 	
--	--	---	--

14	PLO-Midtjylland	<ul style="list-style-type: none"> • Fødeplanen er meget ambitiøs på dette vigtige område. Værdigrundlaget og ønsket til almen praksis flugter godt med den rolle, almen praksis skal have inden for svangreomsorgen. • Glade for, at fødeplanen understreger vigtigheden af forældre- og fødselsforberedelse. Udtrykker bekymring over udvikling de senere år på tværs af regionen med nedskæring af ressourcer til fødselsforberedelse. • Spørgsmål vedr. henvisning tidligt i forløbet af sårbare gravide til obstetrisk vurdering (Hvor omfangsrig information til obstetrisk afdeling? Ønskes der henvisning til obstetrisk afdeling, før de modtager svangerskabsjournalen?). <i>Administrationen foreslår spørgsmålene håndteres i andet regi.</i> • Hører ofte fra de nye familier, at de ønskede barselsophold på hospitalet, men ikke fik muligheden. • Digitale løsninger i barselsperioden, hvor forældrene selv skal opsøge informationen og/eller kontakte de sundhedsprofessionelle digitalt – opmærksomhed på, at særligt sårbare kvinder/par kan have vanskeligt ved at bedømme, hvornår de har behov for vejledning og hjælp. • Vigtigt, at personalet under graviditet, fødsel og umiddelbart efter fødslen har opmærksomhed på, om forældrene magter selv at vurdere, om de har behov for hjælp – risiko for, at ressourcestærke forældre tager for meget og resourcesvage forældre for lidt kontakt. • Positivt med stor opmærksomhed på udvikling af depression hos de nybagte forældre (både m/k) – burde måske understreges, at når personalet får mistanken om depression, at forældrene henvises til egen læge, da denne kan udrede, om der foreligger depression og iværksætte relevant behandling. • Fornuftigt, hvis Region Midtjylland presser på centralt for at skynde på processen med at udvikle og implementere en digital svangre- og vandrejournal. • App/digital patientguide lyder spændende og som noget, der er værd at udbrede til hele regionen. Om kommunerne skal kobles op på samme platform, må 	<p>Det bemærkes, at afsnit 7.5. om styrket implementering af indsatsen for sårbare gravide er efterfølgende skrevet igennem i forlængelse af sideløbende proces med færdiggørelsen af evalueringen af Fælles Gravidteam</p>
----	-----------------	---	---

		<p>bero på dialog mellem Region Midtjylland og KL/kommunerne i regionen. Almen praksis ønsker ikke at blive koblet på en it-løsning, der går uden om praksissektorens eksisterende journalsystemer eller samarbejdsfladen MedCom.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ros for fokus på differentierede indsatser for at imødegå ulighed i sundhed og er enig i, at svangreomsorgen har særligt fokus på de sårbare gravide – konkrete bemærkninger vedr. relevans af screeningsværktøj og omfanget af almen praksis' tidsforbrug i indsatsen. 	
15	Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse (Videreuddannelsesregion Nord)	<ul style="list-style-type: none"> • Udkastet er foreneligt med den nuværende uddannelse af læger inden for specialerne gynækologi og obstetrik, og pædiatri • Opfordring til, at fødeplanen i højere grad indtænker uddannelsen af kommende speciallæger, herunder at uddannelse adresseres som en eksplicit del af kvalitetsarbejdet 	Tydeliggørelse af uddannelse som en vigtig forudsætning for sikring af høj kvalitet er indarbejdet i afsnit 6.2
16	Røde Kors	<ul style="list-style-type: none"> • Positivt, at fødeplanen indeholder et fokusområde om samarbejde og partnerskaber med civilsamfundet, og at forebyggelse, tværsektorielt samarbejde og sammenhængende forløb står centralt i fødeplanen • Røde Kors indgår gerne i yderligere dialog med Region Midtjylland i forhold til at styrke det tværsektorielle samarbejde omkring familier i udsatte positioner, herunder om indsatsen 'God start på livet', som Røde Kors vil starte op i Region Midtjylland ultimo 2021 • Det tværsektorielle fokus i fødeplanen kunne kvalificeres ved at skitsere tiltag i forhold til: Overblik over indsatser i civilsamfundet (digitalt, årlig vidensbørs mv.) samt en systematik i praksis, som indebærer, at det ikke kun hviler på personafhængige relationer, men hvor civilsamfundsaktører indtænkes i forbindelse med jordemoderkonsultationer, sundhedsplejerskernes besøg og i sagsbehandlernes arbejde. Hertil kommer, at civilsamfundet indgår i relevante dialogværktøjer, vejledningsmaterialer samt at udvalgte medarbejdere 	

		får en opgave i at sikre fokus på det tværsektorielle samarbejde.	
17	Silkeborg Jordemoderhus v/ Mona Bindner	<ul style="list-style-type: none"> • Positivt med fokus på bl.a. løbende dialog, individuelle ønsker, kontinuerlig tilstedeværelse af fagperson under fødslen og sårbare gravide • Bekymring for at støtten til de ressourcestærke gravide/fødende prioriteres for lavt • De gennemførte brugerinterviews er ikke repræsentative for brugernes interesser • Finder det ikke tilstrækkeligt belyst, at der er et stigende ønske om at kunne føde på en jordemoderledet klinik uden for sygehus (der henvises til gennemført underskriftindsamling). Det anbefales, at RM's fødeplan udbygges med tilbud om fødsel på jordemoderledet klinik uden for hospitalsregi. • LUP ikke tilstrækkeligt grundlag for at kunne konstatere, at brugerne er tilfredse <p>Der er vedlagt to bilag til høringsvaret, som findes på sagen: 1) Underskrifter fra 678 personer vedr. "Frit valg til fødsel på jordemoderledet klinik" (47 sider) 2) Artikel af Hanne Dam: "Jordemødre står af – fødekliniken gør comeback", publiceret 24/09/2018 i Liv & Mennesker</p>	
18	Sundhedsstyrelsen	<ul style="list-style-type: none"> • Udkastet fremstår gennemarbejdet, og er omfangsrigt og detaljeret • Mange positive elementer, herunder inddragelsen af brugerne i fødeplanens tilblivelse • Fremstår i sin helhed som en gennemtænkt faglig udviklingsplan med fortsat fokus på kvalitetssikring, fælles beslutningstagning med patienten samt samarbejde med primærsektoren. • SST har positivt noteret sig planens fokus på sårbare gravide/familier med henblik på at adressere denne gruppes komplekse problemstillinger. 	<p><i>Sundhedsstyrelsens hørings svar forventes behandlet særskilt i Klinikforum med fokus på SST's anbefalinger i forhold til Horsens og Holstebro.</i></p> <p>Tilbud om samtale med speciallæge i gynækologi og obstetrik til gravide med kendt øget risiko for komplikationer, der fastholder ønske om hjemmefødsel, indarbejdet i afsnit 4.6</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Tilgodeser borgernes individuelle behov i forhold til og forløb i sundhedssektoren gennem en differentiering af tilbud og indsatser. • Styrelsen vurderer, at regionen overordnet set lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området. • Fødestederne i Horsens og Holstebro har ikke umiddelbar adgang til pædiatrisk funktion. SST anbefaler, at der ved fødsler på hovedfunktionsniveau er adgang til pædiatrisk bistand umiddelbart, med mindre der foreligger særlige geografiske omstændigheder. Fagligt uhensigtsmæssigt, at det nyfødte barn ikke kan tilses umiddelbart af en pædiater døgnet rundt, når behovet opstår. Sundhedsstyrelsen vil derfor fortsat opfordre til, at der findes løsninger herfor, fx i form af et samarbejde med andre sygehuse om udgående funktioner. I alle tilfælde er det helt centralt, at der sikres relevant visitation til fødestedet og grundig information til den fødende. • Positivt, at det forventede stigende antal fødsler i Region Midtjylland adresseres. Dog vigtigt, hvis fremskrivningerne ikke holder eller antallet af hospitalsfødsler af anden årsag falder, at være opmærksom på ikke at udtynke patientvolumen. • SST understreger, at i henhold til nye/kommende 'Anbefalinger til organisering af Fødeområdet' skal gravide med kendt øget risiko for komplikationer, der fastholder ønske om hjemmefødsel, tilbydes samtale med speciallæge i gynækologi og obstetrik. Denne samtale kan evt. finde sted i tværfagligt team med jordemoder. • Der efterspørges en nærmere beskrivelse af organiseringen af RM's hjemmefødselsordning, herunder om det indgår i ordning med kendt jordemoder. 	<p>Det er præciseret i afsnit 4.6, at Kendt Jordemoder Ordning anvendes i forbindelse med hjemmefødsler (dette fremgår også af afsnit 5.2)</p>
19	Regions Syddanmarks fødeplanudvalg	<p>Har med interesse læst RM's udkast til fødeplan, og hæfter sig ved, at der er mange ligheder i den måde, man anskuer svangreområdet på imellem Region Syddanmark og Region Midtjylland. Har ingen bemærkninger til planen.</p>	

20	Lægeforeningen Midtjylland	<ul style="list-style-type: none"> • Peger på, at en prioritering af forskning under fokusområder vil være en forudsætning for, at regionen fortsat kan være i førertrøjen inden for svangreomsorgen • Det fremgår af høringsvaret, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle fødesteder har tilknyttet børnelæger og neonatalafdeling, og dette ser Lægeforeningen Midtjylland ligeledes gerne. Det konstateres, at der ikke er tilknyttet børnelæger og neonatalafdeling til Regionshospitalet Horsens og Regionshospitalet Holstebro. • Der er en lille opmærksomhed på uddannelsen af de nødvendige læger og andet personale – undrer at uddannelsen af kernemedarbejderne inden for området ikke nævnes. • Obstetrikens betydning i forhold til komplikationer og gravide med kroniske sygdomme ikke beskrevet • Vigtigheden af kvalitet i den lægelige videreuddannelse vigtig for rekrutteringen, der er lidende. • Sproglige og kulturelle udfordringer fylder meget i dagligdagen – der peges på, at udbygning af kompetencer inden for håndteringen af graviditet, fødsel og barsel for etniske grupper/indvandrergrupper vil give et fagligt løft i svangreomsorgen for disse grupper • Afsnit 5.5 om fødslen – bør fremgå tydeligere, at sikkerhed er afgørende • Det bemærkes, at der i forbindelse med tidsangivelse i graviditeten opereres med både igangværende uge og fuldførte uger – anbefaling af konsekvent brug af fuldførte uger. 	<p>EksPLICIT reference i afsnit 6 vedr. betydningen af både grund-, efter- og videreuddannelse inden for alle faggrupper.</p> <p>Det er tydeliggjort i teksten (afsnit 5.5), at sikkerhed / den sikre fødsel er et afgørende formål/hensyn.</p>
21	Det Tværfaglige Specialeråd for Gynækologi og Obstetrik	<ul style="list-style-type: none"> • Indeholder mange relevante overvejelser og en god beskrivelse af organiseringen af fødeområdet inkl. samarbejdet med bl.a. sundhedspleje, anæstesi og pædiatere. • Der mangler en del vedr. gravide med forud bestående fysisk sygdom og gravide med komplicerede graviditeter og fødsler samt fødselslægenes indsats. Der foreslås som minimum bl.a. følgende rettelse/tilføjelse på side 21, afsnit 4.5: 	<p>Der er indarbejdet en sætning i afsnit 4.4, der eksPLICIT henviser til den til enhver tid gældende specialevejledning for gynækologi og obstetrik.</p> <p>Derudover er afsnit 4.4.5 suppleret med følgende sætning: "De obstetriske speciallæger på</p>

		<p><i>"Foruden fødsler på hovedfunktionsniveau varetager Aarhus Universitetshospital i henhold til specialevejledningen både regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner inden for obstetrikken. Aarhus Universitetshospital er således det eneste hospital i Region Midt, som jf. specialeplanen varetager flg. regionsfunktioner: Kontrol og behandling af gravide med epilepsi som er i behandling med mere end én type medicin eller som får anfald under graviditeten, gravide med ustabil stofskiftesygdom, gravide med et højt niveau af særlige antistoffer, som kan medføre blodmangel hos barnet, gravide med svære betændelsestilstande i tarmen.</i></p> <p><i>Aarhus Universitetshospital varetager en række højt specialiserede funktioner omfattende gravide med forud bestående fysisk sygdom. Det drejer sig om gravide med aktiv kræftsygdom, gravide med medfødt hjertesygdom og gravide, der har gennemgået hjerte-, lunge-, lever-, nyre- eller bugspytkirteltransplantation samt gravide med følgende sygdomme: Visse kroniske bindevævssygdomme, visse blodsygdomme, insulinbehandlet sukkersyge, alvorlig blodproptendens, HIV.</i></p> <p><i>Højt specialiseret funktion på AUH omfatter yderligere behandlingen af komplicerede graviditetsforløb som truende ekstrem for tidlig fødsel (dvs. før graviditetsuge 28), tvillingegraviditeter, hvor fostrene ligger i samme fostersæk, forløb hvor der er mistanke om at moderkagen er vokset ind i livmodervæggen og behandling af gravide med en kendt svag livmoderhals med behov for operation før graviditeten. AUH varetager desuden udredning og kontrol af gravide med mistænkt eller påvist misdannelse hos fosteret inkl. gravide, der venter et hjertesygt barn.</i></p> <p><i>De obstetriske speciallæger på AUH fungerer hyppigt som sparringspartnere for regionens obstetriske afdelinger, og på AUH modtages en del patienter fra regionshospitalerne til second-opinion".</i></p>	<p>Aarhus Universitetshospital fungerer hyppigt som sparringspartnere for regionens obstetriske afdelinger, og modtager patienter til second-opinion".</p> <p>I afsnit 5.3.3 er der indarbejdet en uddybning af det lægefaglige samarbejde omkring gravide med medicinske komplikationer.</p> <p>Afsnit 5.4 om supplerende tilbud til gravide med særlige behov er udbygget med en mere udførlig beskrivelse af nogle af de lægefaglige opgaver samt varetagelsen af de mere specialiserede funktioner i forbindelse med såvel forud bestående medicinske sygdomme som komplikationer opstået undervejs i graviditeten.</p> <p>Der er i det reviderede udkast indarbejdet forslag til en tydeliggørelse af sikkerheden som et helt afgørende hensyn, der har højeste prioritet i svangreomsorgen (se afsnit 5.5).</p> <p>Der er indarbejdet et bilag i udkastet, der viser sammensætningen af fødeplanudvalget samt et bilag, der indeholder kommissorium og sammensætning af den arbejdsgruppe, der blev nedsat under fødeplanudval-</p>
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Forslag om uddybning af afsnit om involverede sundhedspersoner, side 27 afsnit 5.3.3 (2. afsnit): <i>"For gravide med mere komplekse forløb vil der ofte være behov for at involvere tværfagligt eller tværsektorielle samarbejdspartnere med repræsentation fra den primære og den sekundære sundhedstjeneste og efter behov socialforvaltningen (Niveau 3 og 4). Det skal tilstræbes at inddrage nødvendige fagprofessionelle fra starten af forløbet.</i> <i>Gravide med medicinske sygdomme behandles således i tæt samarbejde med relevante sundhedsprofessionelle, herunder bl.a. speciallæger i hjertesygdomme, mave-tarm sygdomme, stofskiftesygdomme og nervesygdomme. Inden for det fostermedicinske område sker behandlingen i tæt samarbejde med bl.a. speciallæger i genetik, hjertesygdomme og børnesygdomme".</i> • Forslag om mere fokus på forskning og videreuddannelse af personale, herunder fødselslæger, som der for tiden er mangel på. Generelt meget lidt fokus på fødselslægers del i svangreomsorgen i udkastet. • Terminologien i forhold til graviditetsuger bør være ens i hele dokumentet. Der er fx både brugt uge 35+0 og 35. graviditetsuge. Anbefales, at den første anvendes, dvs. fuldgåede graviditetsuger • Stort fokus på tryghed for patienten, men der er ikke nævnt patientsikkerhed, som bør være højt prioriteret. • Man kan ikke i dokumentet se, hvem der har siddet i arbejdsgruppen. 	<p>get som led i udarbejdelsen af oplæg til den nye fødeplan.</p> <p>Betydningen af uddannelse på grund-, efter- og videreuddannelsesniveaue (inden for alle faggrupper) som en afgørende forudsætning for at kunne levere og udvikle høj kvalitet og sikkerhed i indsatsen er indarbejdet i afsnit 6.</p>
--	--	---	--