

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

| ID | Afsender              | Høringsvarets hovedpunkter  | Håndtering af bemærkning, herunder ændringer i selve udkastet<br><i>(Administrationens forslag)</i>  |
|----|-----------------------|---|--|
| 1  | Viborg Kommune        | a) Ingen bemærkninger til høringsudgaven  | a) Ingen opfølgning  |
| 2  | Regions-MEDudvalget   | <p>a) 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</p> <p>b) 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.</p> | <p>a) Kapacitetsvurdering med udgangspunkt i fødestue-kapaciteten har været en del af baggrundsmaterialet i ifm. den politiske behandling af udkast til ny fødeplan. Det er således bl.a. konstateret, at fødeområdet samlet set befinder sig tæt på kapacitetsgrænsen, herunder at særligt kapaciteten i Aarhus/på AUH er presset. Det indgår som anbefaling i fødeplanen, at udviklingen følges, herunder i lyset af stagnation i antallet af fødsler i øjeblikket, men med forventning om stigning i de kommende år. Hospitalsudvalget har desuden anmodet om, at den bemandings- og belægningsmæssige situation på regionens fødeafdelinger belyses.</p> <p>b) Tages i første omgang med til en administrativ drøftelse i Fødeplanudvalget, hvor der også sidder kommunale repræsentanter.</p> |
| 3  | Chefjordemødrene i RM | a) Fremstår generelt gennemarbejdet og velformuleret.   | <p>a) og b) Ingen opfølgning</p> <p>c) Der indsættes bilag i udkast til fødeplan indeholdende sammenfatning</p>  |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>b) Godt, at grænsefeltet mellem rettigheder, prioriterede indsatsområder og anbefalinger fremstår tydeligt, jf. afsnit 1.2</p> <p>c) 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?</p> <p>d) Fælles beslutningstagen bør tydeliggøres i afsnit 4.3 om valg af fødested</p> <p>e) Afsnit 4.3, side 19 – hvad menes med "tilbud om hjælp ved hjemmefødsler"?</p> <p>f) Faktuelle rettelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Side 22: Det er fødestedernes optageområde, der afgør hvilket fødested, der tager ud til hjemmefødsel</li> <li>• Afsnit 5.3, side 25-26: Mangler at nævne tilbud om scanninger: type 1 og type 2 scanninger.</li> </ul> <p>g) Side 27: Silkeborg tilbyder ikke længere familieiværksætter kurser og i Horsens-klyngen tilbydes det kun i kommunalt regi</p> <p>h) 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.</p> <p>i) 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.</p> <p>j) 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</p> | <p>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>d), j) og m)<br/>Tydeligere definition af 'fælles beslutningstagning' 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 beslutningsstøtteredskaber og fødestedernes aktive involvering i udviklingen af disse beskrevet tydeligere.</p> <p>e), f), g), h), i), l)<br/>Faktuelle rettelser og præciseringer er indarbejdet i udkastet.</p> <p>k) Tydeliggjort, at der leveres en samlet 'efterfødselspakke', som PKU/hørescreening indgår i.</p> <p>n) Der er indarbejdet forslag til nyt fokusområde i afsnittet om anbefalinger og fokusområder - se forslag til nyt afsnit 7.7 i revideret udkast.</p> |
|--|--|---|---|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>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 barselophold 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 barselpersonalet.</p> <p>k) 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. Efterfødselsspakken sikrer mest muligt ro til familien i den første tid efter fødslen.</p> <p>l) Afsnit 5.6.7, side 37: Alle førstegangsfødende kvinder/par tilbydes efterfødselssamtale. Flergangsfødende forældre efter behov.</p> <p>m) Afsnit 7.4, side 49 nederst: Forslag om, at det fremgår eksplicit, at RM's fødesteder medvirker i udviklingen af beslutningsstøtteværktøjer.</p> <p>n) 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.</p> |  |
|--|--|--|--|

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 4 | Patientinddragelsesudvalget                                      | <p>a) Finder vi handlingerne og forløbet i fødeplanen godt beskrevet. Alle aspekter er medtaget, også tværfagligt med ekspertstøtte, ligesom der er medtaget patient- og pårørendeinddragelse.</p> <p>b) Meget positivt, at alle interessenter er inddraget i udarbejdelsen.</p>  | a) og b) Ingen opfølgning   |
| 5 | Skanderborg Kommune  | <p>a) Gennemarbejdet og velkvalificeret udkast, der beskriver rammer og retning for driften og udviklingen af svangreomsorgen i Region Midtjylland.</p> <p>b) 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.</p> <p>c) Ser frem til arbejdet med den kommende fødeplan og de muligheder, det giver for et styrket tværsektorielt samarbejde.</p>  | a), b) og c) Ingen opfølgning   |
| 6 | VIA University College   | a) Ingen bemærkninger til udkastet  | a) Ingen opfølgning   |
| 7 | Region Sjællands Sundhedsfaglige Råd for gynækologi og obstetrik | a) Ingen bemærkninger til udkastet  | a) Ingen opfølgning   |
| 8 | Favrskov Kommune   | <p>a) 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.</p> <p>b) I tilfælde af behov for at justere på fødestedernes optageområder forventes det, at kommunerne involveres i planlægningen.</p> <p>c) 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.</p> | <p>a) Ingen opfølgning</p> <p>b) Administrationen vil i forhold til sagsforberedelse og beslutning involvere de berørte kommuner i tilfælde af behov for justering af optageområderne.</p> <p>c) Tilkendegivelsen er taget til efterretning / ingen opfølgning.</p> <p>d) Ingen opfølgning</p> <p>e) Det igangværende nationale udviklings- og implementeringsprojekt</p> |

|   |               |  |   |
|---|---------------|--|---|
|   |               | <p>d) 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.</p> <p>e) 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.</p> <p>f) Ser frem til fortsat godt samarbejde.</p>           | <p>vedr. digitalisering af graviditetsforløb er faseopdelt. Første fase omfatter etablering af en tværsektoriel graviditetsportal for udveksling af oplysninger i svangreforløbet (som et "minimal viable product", dvs. rummer lige nok funktioner til at kunne bruges af tidlige kunder, som derefter kan give feedback til fremtidig produktudvikling). Det noteres i forhold til evt. senere udviklingsprojekter enten i forlængelse af nationale eller Region Midtjyllands egne initiativer, at Favrskov Kommune kunne have interesse for at indgå i udviklingen af tværsektoriel app-løsning.</p> <p>f) Ingen opfølgning.</p> |
| 9 | Samsø Kommune | <p>a) Solidt og gennemarbejdet 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 kommuneperspektiv et velbeskrevet og brugbart materiale, som synliggør de forskellige aktørers roller.</p> <p>b) 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.</p> | <p>a) og b)</p> <p>c) Sårbare gravide, herunder videreudvikling og konsolidering af det tværsektorielle samarbejde omkring Fælles Gravidteams (samarbejdsaftale indgået 2015 i sundhedsaftale-regi) har særligt fokus i Fødeplanudvalget. På baggrund af netop gennemført evaluering/erfaringsopsamling er det planen på baggrund af lokale drøftelser i klyngerne at dagsordensætte det igen i efteråret 2021 i Fødeplanudvalget, herunder til støtte for både kommunal, regional og tværsektoriel/fælles planlægning.</p>   |

|    |                             |   |   |
|----|-----------------------------|---|---|
|    |                             | c) 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) | a) Ingen bemærkninger til udkastet  | a) Ingen opfølgning   |
| 11 | Dansk Sygeplejeråd          | <p>a) 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.</p> <p>b) Forslag om, at alle familier tilbydes et graviditetsbesøg samt forældrekurser til førstegangsførelse, hvor der også dannes netværk.</p> <p>c) 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.</p> <p>d) 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.</p> <p>e) 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 konsultationsjordmoderen.</p> | <p>a), b), c), e) og f)<br/>Punkterne dagsordensættes i første omgang til behandling på administrativt niveau i Fødeplanudvalget, hvor der også sidder kommunale repræsentanter. Det bemærkes, at sundhedsplejen ligger uden for Region Midtjyllands formelle kompetence.</p> <p>d) Opfordringen tages til efterretning. Kapacitetsvurdering med udgangspunkt i fødestue-kapaciteten har været en del af bilagsmaterialet ifm. politisk behandling af udkast til ny fødeplan. Det er således bl.a. konstateret, at fødeområdet samlet set befinder sig tæt på kapacitetsgrænsen, herunder at særligt kapaciteten i Aarhus/på AUH er presset. Det indgår som anbefaling i fødeplanen, at udviklingen følges, herunder i lyset af stagnation i antallet af fødsler i øjeblikket, men med forventning om stigning i de kommende år. Hospitalsudvalget har anmodet om, at den bemandings- og belægningsmæssige situation på regionens fødeafdelinger belyses.</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>f) 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.</p> <p>g) "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.</p> <p>h) 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.</p> <p>i) 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.</p> | <p>g) Idéen om etablering af en regional tænketank/idésamling omkring tilbud til resourcesvage familier ligger i god forlængelse af sundheds- og hospitalsplanens ambition om mere lighed i sundhed. Forslaget tages med til i første omgang administrativ drøftelse i Fødeplanudvalget.</p> <p>h) Differentiering indgår som en central ambition i udkastet til ny fødeplan. Opgave- og ansvarsfordelingen samt tidspunkter for kontakt til familierne er fastlagt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen. Både sundheds- og hospitalsplanen og udkastet til ny fødeplan sætter desuden fokus på fælles beslutningstagning og dermed den systematiske inddragelse af de gravide/fødende/barslende kvinders og pars forskellige ønsker/præferencer, behov og forudsætninger.</p> <p>I forhold det konkrete forslag om flytning af opgaven vedrørende PKU/hørescreening er der som led i forberedelsen af udkast til ny fødeplan foretaget en samlet vurdering af tilrettelæggelsen af disse opgaver som en del af en sammenhængende efterfødselspakke. Der henvises til notat af 16. september 2020, som beskriver baggrunden for den tilrettelæggelse af hælblodprøven ("PKU-test") og hørescreening, der indgår i det foreliggende udkast til ny fødeplan. Notatet indgik i bilagsmaterialet til regionsrådets godkendelse af høringsudgaven af</p> |
|--|--|--|--|

|    |   |  |   |
|----|---|--|---|
|    |   |  | <p>fødeplanen på mødet 28. oktober 2020).</p> <p>i) Tværfagligt (og tværsektorielt) samarbejde er i seneste udkast af 30. januar 2021 til ny fødeplan er søgt indarbejdet som et bærende element i den samlede indsats omkring graviditet, fødsel og barselsperiode indtil ca. én uge efter barnets fødsel.</p> <p>På baggrund af fødeplanen samt opfordringen i det konkrete høringssvar opfordres Det Tværfaglige Specialeråd for Gynækologi og Obstetrik, Fødeplanudvalget samt afdelingsledelseskredsen på tværs af fødestederne/de obstetriske afdelinger i Region Midtjylland til at drøfte mulighederne for at videreudvikle og understøtte den tværfaglige opgaveløsning inden for svangreomsorgen.</p> |
| 12 | Det Tværfaglige Specialeråd for Reumatologi | <p>a) Hilser ønsket om en højere grad af individualiserede planer velkomment og bifalder tanken om øget fokus på de sårbare gravide</p> <p>b) Det anbefales, at alle kvinder med et graviditetsønske/gravide og en samtidig inflammatorisk reumatologisk sygdom visiteres til afdeling for Led og Bindevævssygdomme på Aarhus Universitetshospital til en risikovurdering.</p> | <p>a) Ingen opfølgning</p> <p>b) Administrationen er ikke bekendt med, at dette indgår i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen. Høringssvaret fra Det Tværfaglige Specialeråd for Reumatologi fremsendes til formanden for Det Tværfaglige Specialeråd for Gynækologi og Obstetrik til orientering og evt. faglig dialog mellem de involverede specialister.</p>  |



|    |                      |  |   |
|----|----------------------|--|---|
| 13 | Jordemoderforeningen | <p>a) 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.</p> <p>b) Høringsudkastet har et noget ensidigt fokus på teknologi og patologi – vigtigt, men kun ét vigtigt element blandt flere i en samlet optimeret svangreomsorg.</p> <p>c) Fokus og udviklingspunkter i fødeplanen virker mere selektiv end strategisk opbygget ud fra den viden, der er om emnet.</p> <p>d) Savner noget konkret om, hvorledes man vil sikre tilbuddet til de normale og ukomplicerede gravide kvinder og deres familier.</p> <p>e) 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).</p> <p>f) 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; <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31848171/">pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31848171/</a>.)</p> <p>g) Opfordring til varsomhed i forhold til brugen af LUP til at sige noget om tilfredshedsniveauet, da LUP kun undersøger få og meget selekteret udfald, og f.eks. fødselsoplevelse måles på et tidspunkt, hvor man får et ikke retvisende billede af fødselsoplevelsen grundet Haloeffekten (LUP får et mere positivt svar, end hvis man målte på et mere validt tidspunkt senere).</p> <p>h) 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.</p> | <p>a) I kapitel 2 om vision og målsætninger for indsatsen i udkast til ny fødeplan beskrives fødeplanen som et rammesættende dokument af mere overordnet karakter. Dermed forudsættes det, at der fortsat er behov for lokal, opgave-/brugernær planlægning og udvikling, der samtidig medvirker til at "oversætte" fødeplanens overordnede rammer og retning til en afbalanceret indsats for hver enkelt kvinde/par/familie. Det er tilstræbt i teksten at betone vigtigheden af en sundhedsfremmende og forebyggende tilgang, jf. bl.a. side 11 i kapitel 2.</p> <p>b) Det er tilstræbt, at fødeplanen favner relevante kliniske, patientsikkerhedsmæssige og teknologiske aspekter som led i efterlevelsen af gældende nationale anbefalinger for svangreomsorgen. Som en del af dette - og supplerende - er det tilstræbt også at inddrage en række andre forhold med betydning for den samlede oplevelse, tryghed og brugeroplevede kvalitet i tilknytning til graviditet, fødsel, familiedannelse mv.</p> <p>c) Grundlaget for fødeplanens fokus og udvalgte udviklingspunkter er skitseret i udkast til fødeplan kapitel 1, 2 og 3 om hhv. planens tilblivelse, vision og målsætninger samt overordnet redegørelse for status og tendenser inden for området/"opgave-signalement".</p> |
|----|----------------------|--|---|

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>i) 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).</p> <p>j) Svangre- og vandrejournal sendes til ikke til fødeafdelingen, men til jordemoderpraksis.</p> <p>k) På nogle af regionens fødesteder er det kun få kvinder, der kan få et tilbud om Kendt Jordemoder Ordning (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> <p>l) Det bør indskrives, at det skal prioriteres, at graviditetsundersøgelser planlægges hos den samme jordemoder gennem graviditeten for at sikre patientsikkerheden.</p> <p>m) Basistilbuddet bør ikke indeholde en variation på 4-7 besøg hos jordemoderen – undersøgelser hos læge og scanningsundersøgelser er ikke graderet</p> <p>n) 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).</p> <p>o) Regionens program for forældre- og fødselsforberedelse anbefales opdateret med henvisning til, at det ikke bygger på evidensbaseret viden om læring og indhold.</p> <p>p) Fokusområde vedr. amning – svært at få øje på, hvordan man vil styrke og udvikle amningen.</p> <p>q) Efterfødselssamtalen bør ikke ligge lige efter fødslen.</p> <p>r) I rapportens sidste del er fokus primært på medicinske, teknologiske aspekter, mens der ikke er fokus på de sociale, fysiologiske, mentale og</p> | <p>d) En stor del af fødeplanen omhandler eller bygger oven på forløbet for den ukomplicerede gravide ("basistilbuddet"), der ikke under graviditeten, i forbindelse med fødslen eller i barselsperioden har behov for særlige indsatser, jf. kapitel 4 og 5.</p> <p>e) Henvisning til national udvikling mht. frekvens for kejsersnit er slettet.</p> <p>f) Der hersker tilsyneladende ikke fuldstændig faglig enighed herom. Jordemoderforeningens høringssvar sendes til formanden for Det Tværfaglige Specialeråd for Gynækologi og Obstetrik til orientering og evt. drøftelse i specialeråds-regi af de faglige spørgsmål, der henvises til.</p> <p>g) Opfordringen/vurderingen tages til efterretning.</p> <p>h) Tilkendegivelsen tages til efterretning. Regionsrådet har tidligere godkendt rammerne for fødeplanen. Rammen er således de nuværende fødesteder.</p> <p>i) Forslaget om 2 jordemødres deltagelse ved hjemmefødsel mod givet råd er tilsyneladende ikke omfattet af Sundhedsstyrelsens nuværende eller kommende faglige og organisatoriske anbefalinger). Det indgår således ikke i det fremlagte udkast til fødeplan. Der er endvidere ikke foretaget en vurdering af forslagens økonomiske og personale-mæssige konsekvenser.</p> |
|--|--|---|--|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | <p>sundhedsfremmende aspekter i forhold til udvikling og kvalitetssikring.</p> <p>s) 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.</p> | <p>Forslaget foreslås vurderet fagligt og ledelsesmæssigt via Det Tværfaglige Specialeråd for Gynækologi og Obstetrik samt cheffjordemødrene ved regionens fødesteder, men ikke således, at det har opsættende virkning for godkendelse af planen.</p> <p>j) Det fremgår nu af teksten, at "Ved første graviditetsundersøgelse hos egen læge foretages visitation til fødested, og der oprettes en svangre- og vandrejournal, der sendes til jordemoderpraksis/jordemoderklinikken.</p> <p>k) Status for Kendt Jordemoder Ordningens omfang på hospitalerne primo februar/marts 2021:</p> <p><u>Hospitalsenhed Midt (Regionshospitalet Viborg)</u><br/>5 KJO med ca. 140 par i hver ordning, svarende til ca. 32 % af fødslerne (700 par i forhold til 2.180 fødsler).</p> <p><u>Hospitalsenheden Vest (Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro)</u><br/>9 KJO med ca. 137 par i hver ordning, svarende til ca. 40 % af fødslerne (1.233 par i forhold til 3.051 fødsler).</p> <p><u>Regionshospitalet Horsens</u><br/>4 KJO med ca. 144 par i hver ordning, svarende til ca. 25 % (576 par i forhold til 2.262 fødsler).</p> <p><u>Regionshospitalet Randers</u><br/>4 KJO med ca. 144 par i hver ordning, svarende til ca. 26 % (576 par i forhold til 2.240 fødsler).</p> |
|--|--|--|---|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p><u>Aarhus Universitetshospital</u><br/> 4 KJO med ca. 137 gravide pr. ordning, svarende til ca. 11 % (548 par i forhold til 4.989 fødsler).</p> <p><u>Alle fødesteder</u><br/> 26 KJO i Region Midtjylland med plads til i alt ca. 3.600 par. Det svarer til ca. 24 %, når det sættes i forhold til de i alt 14.722 fødsler i 2020 i Region Midtjylland.</p> <p>Forslaget om at fastsætte et mindstemål for andelen af gravide omfattet af KJO tages til efterretning. Forslaget har ikke været overvejet/vurderet som led i udarbejdelsen af fødeplanudkastet. Der er således heller ikke foretaget en estimering af de økonomiske og personalemæssige konsekvenser.</p> <p>I) Fødestederne bestræber sig på at skabe mest mulig kontinuitet i de gravides forløb og jordemoderundersøgelser/-konsultationer, herunder bl.a. gennem Kendt Jordemoder Ordning.<br/> Se desuden afsnit 5.3.3 i fødeplanudkastet: "Svangreindsatsen skal tilrettelægges således, at den er så sammenhængende som muligt. Sundhedsstyrelsen lægger op til at alle gravide får tilknyttet en sundhedsfaglig kontaktperson, der fungerer som den gravides bindeled mellem de involverede personer i svangreomsorgen. Jordemoderen ser parret flest gange i graviditeten, og det prioriteres, at graviditetsbesøgene hos</p> |
|--|--|--|---|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>jordemoder varetages af samme jordemoder. For gravide med kompliceret graviditet bør tilknyttes en patientansvarlig læge, der er gennemgående i forløbet". Sikkerheden for mor og barn forventes desuden understøttet gennem den dokumentation, der knytter sig til den gravides forløb, og som danner grundlag for udveksling af informationer mellem de involverede fagpersoner.</p> <p>m) Basistilbuddet/kontaktstrukturen i fødeplan-udkastet følger Sundhedsstyrelsens gældende anbefalinger fra 2013, og forventes opdateret, såfremt disse anbefalinger ændrer sig i kommende, nye anbefalinger.</p> <p>n) I udkastet til fødeplan indgår, at alle førstegangsfødselspar tilbydes fødsels- og forældreforberedelse på mindre hold, dvs. max. 10 par. Det har ikke været overvejet at regulere, hvorvidt deltagerkredsen er fast eller ej. Anbefalingen i høringssvaret tages til efterretning og tænkes at kunne indgå i opfølgningen på høringssvarets forslag om opdatering af program for regionens forældre- og fødselsforberedelsen - se punkt o) nedenfor.</p> <p>o) Fødeplanen opstiller overordnede fælles rammer for indhold og struktur i forældre- og fødselsforberedelsen. I overensstemmelse med høringssvarets forslag anmodes fødestederne om medvirke i et fælles arbejde vedrørende</p> |
|--|--|--|--|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>evaluering og opdatering af forældre- og fødselsforberedelsen<br/> Samtidig kan dette oplagt omfatte fælles rammer for fødestedernes tilbud om hhv. fysisk og virtuel fødselsforberedelse pba. erfaringer indhentet under COVID-19-epidemien.</p> <p>p) Det har været drøftet i den nedsatte arbejdsgruppe under Fødeplanudvalget som led i udarbejdelse af udkastet. Her var det samlet set opfattelsen, at bl.a. kvaliteten af indberetningerne vedrørende amning til Den Nationale Børnedatabase skal forbedres, idet endemålet er, at der herved kan sikres en valid og komplet database som grundlag for systematisk overvågning og opfølgning på kvaliteten af indsatsen for at understøtte amning, jf. afsnit 7.2.3 i udkastet.</p> <p>q) Tidspunktet for afholdelse af efterfødselssamtalen er ikke gjort til genstand for konkret regulering i selve fødeplanen. Det opfattes som udgangspunkt som en faglig vurdering og faglig (ledelses)opgave at fastlægge dette.</p> <p>r) Kapitel 6 om kvalitet og løbende forbedringer tager afsæt i det paradigme og de metoder, der kendes fra det meste af sundhedsvæsenets kvalitetssikrings- og udviklingsarbejde. Høringssvaret peger på en vigtig opmærksomhed i forhold til bredden i kvalitetsarbejdets fokus, jf. "<i>...løbende forbedringer gennem systematik,</i></p> |
|--|--|--|---|

|    |                 |  |   |
|----|-----------------|--|---|
|    |                 |  | <p><i>samarbejde og målrettede initiativer inden for alle kvalitetsdimensioner, jf. faglig, brugeroplevet og organisatorisk kvalitet" (afsnit 6.1). Der vurderes ikke at være modstrid mellem kapitel 6 og høringssvarets opmærksomhed på vigtigheden af sociale, fysiologiske, mentale og sundhedsfremmende aspekter som emner for kvalitets-/forbedringsarbejdet.</i></p> <p>s) Det er en vigtig opmærksomhed, at ordningen med kliniske jordemoder-supervisorer ikke må medvirke til at reducere ansvar og læring i det kliniske felt hos basisjordemødrene. Dette handler givetvis om den konkrete måde, som funktion varetages på, herunder hvordan forskellige hensyn afbalanceres bedst muligt i forhold til den enkelte jordemoders faglige og personlige udvikling og opgavevaretagelse. Det er ikke beskrevet i detaljer, hvorledes selve ordningen tænkes udviklet. Umiddelbart forventes dette at være afhængigt af flere forhold som bl.a. lokale behov og muligheder (herunder økonomiske) på det enkelte fødested. Synliggørelsen af ordningen i fødeplanen knytter sig derudover til en forventning om, at der på tværs af hospitaler/fødesteder kan være gevinster ved at udvikle ordningen i fællesskab, herunder gennem udveksling af erfaringer, metoder/fremgangsmåder mv.</p> |
| 14 | PLO-Midtjylland | a) Fødeplanen er meget ambitiøs på dette vigtige område. Værdigrundlaget og ønsket til almen | a) Ingen opfølgning   |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>praksis flytter godt med den rolle, almen praksis skal have inden for svangreomsorgen.</p> <p>b) 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.</p> <p>c) Spørgsmål vedr. henvisning tidligt i forløbet af sårbare gravide til obstetrisk vurdering (Hvor omfangsrig information til obstetrisk afdeling (psykosocial anamnese)? Ønskes der henvisning til obstetrisk afdeling, før de modtager svangerskabsjournalen?).</p> <p>d) Hører ofte fra de nye familier, at de ønskede barselsophold på hospitalet, men ikke fik muligheden.</p> <p>e) 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.</p> <p>f) 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.</p> <p>g) 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.</p> <p>h) Fornuftigt, hvis Region Midtjylland presser på centralt for at skynde på processen med at udvikle og implementere en digital svangre- og vandrejournal.</p> | <p>b) Ingen opfølgning</p> <p>c) Spørgsmålene gives videre til den relevante praksiskoordinator med henblik på afklaring og eventuelle proceduretilpasninger.</p> <p>d) Det foreslås, at praksiskonsulenterne tager det op i dialogen med den enkelte obstetriske afdeling, herunder for at den pågældende afdeling har mulighed for at inddrage konkrete observationer og cases i udviklingen af kvaliteten.</p> <p>e) og f)<br/>En vigtig opmærksomhed, der forventes at indgå i en differentieret indsats, der bygger på bl.a. en forventning om, at personalet - i kraft af faglighed og tæt dialog med kvinden/parret/familien - i det konkrete tilfælde vurderer hvilke kontakt- og samarbejdsformer, der kan fungere hensigtsmæssigt – bl.a. afhængigt af kvindens/parrets forventede evne til selv at kunne afgøre, om der er behov for at opsøge hjælp. De digitale redskaber tænkes ikke anvendt fuldstændig uniformt. Samtidig har tanken været, at der sættes på "hjælp-til-selv-hjælp som det primære til de mest ressourcestærke, mens der så omvendt kan tildeles mere tid mv. til sårbare og mindre ressourcestærke kvinder/familier.</p> <p>g) Muligheden for henvisning til egen læge ligger implicit i afsnit 5.6.1 om fødselsdepression. Egen læge er oplagt i forhold til udredning og behandling.</p> |
|--|--|---|---|



|    |  |  |   |
|----|--|--|---|
|    |  | <p>i) 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 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> <p>j) 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 til afsnit 7.5 vedrørende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevans af brug af fælles screeningsværktøj i almen praksis</li> <li>• Mulighederne for styrkelse af almen praksis' rolle i forhold til tidlig opsporing af sårbare gravide – høringssvaret peger på, at Sundhedsstyrelsens kommende anbefalinger reducerer antal planlagte kontakter til almen praksis i graviditeten fra tre til to.</li> </ul> | <p>Afsnittets hovedfokus er den tidligere opsporing og vigtigheden af nærmeste sundhedspersons rolle i forhold til dette.</p> <p>h) Processen er i gang – se evt. også opfølgningen på høringssvaret fra Favrskov Kommune, der kort berører det igangværende nationale faseopdelte udviklings- og implementeringsprojekt vedrørende digitalisering af graviditetsforløbet.</p> <p>i) Bemærkningen tages til efterretning, og kan indgå i eventuelle konkrete drøftelser som led i projektet vedrørende digitalisering af graviditetsforløb.</p> <p>j) Det bemærkes, at afsnit 7.5. om styrket implementering af indsatsen for sårbare gravide efterfølgende er skrevet igennem i forlængelse af sideløbende proces med færdiggørelse af evaluering/opfølgning vedrørende Fælles Gravidteam. Brugen af det omtalte screeningsværktøj indgår alligevel ikke i kataloget over forbedringsområder. I seneste udkast til nye anbefalinger for svangreomsorgen fra Sundhedsstyrelsen bibeholdes de nuværende tre kontakter til almen praksis i grundforløbet for gravide.</p> |
| 15 | Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse (Videreuddannelsesregion Nord) | <p>a) Udkastet er foreneligt med den nuværende uddannelse af læger inden for specialerne gynækologi og obstetrik, og pædiatri</p> <p>b) Opfordring til, at fødeplanen i højere grad indtænker uddannelsen af kommende</p>  | <p>a) Ingen opfølgning</p> <p>b) Tydeliggørelse af uddannelse som en vigtig forudsætning for sikring af høj kvalitet er indarbejdet i afsnit 6.2</p>  |

|    |   |   |  |
|----|---|---|--|
|    |   | speciallæger, herunder at uddannelse adresseres som en eksplicit del af kvalitetsarbejdet   |  |
| 16 | Røde Kors                               | <p>a) Positivt, at fødeplanen indeholder et fokusområde om samarbejde og partnerskaber med civilsamfundet, og at forebyggelse, tværsektorielt samarbejde og sammenhængende forløb står centralt i fødeplanen</p> <p>b) 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</p> <p>c) 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 sagsbehandlingens 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.</p> | <p>a) Ingen opfølgning</p> <p>b) og c)<br/>Røde Kors inviteres i løbet af 2021 til møde i Fødeplanudvalget mhp. dels nærmere dialog om Røde Kors' planer for opstart af 'God start på livet' i Midtjylland, dels dialog med Røde Kors om organisationens input til kvalificering af ønsket om at stimulere aktiviteter i regionalt (og evt. kommunalt) regi, der fremmer muligheder for samarbejde med aktører og tilbud i civilsamfundet.</p> |
| 17 | Silkeborg Jordemoderhus v/ Mona Bindner | <p>a) Positivt med fokus på bl.a. løbende dialog, individuelle ønsker, kontinuerlig tilstedeværelse af fagperson under fødslen og sårbare gravide</p> <p>b) Bekymring for at støtten til de ressourcestærke gravide/fødende prioriteres for lavt</p> <p>c) De gennemførte brugerinterviews er ikke repræsentative for brugernes interesser</p> <p>d) 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</p>   | <p>a) Ingen opfølgning</p> <p>b) En stor del af fødeplanen omhandler eller bygger oven på forløbet for den ukomplicerede gravide ("basistilbud-det"), der ikke under graviditeten, i forbindelse med fødslen eller i barselsperioden har behov for særlige indsatser, jf. kapitel 4 og 5.</p>  |

|    |                   |  |  |
|----|-------------------|--|--|
|    |                   | <p>anbefales, at RM's fødeplan udbygges med tilbud om fødsel på jordemoderledet klinik uden for hospitalsregi.</p> <p>e) LUP ikke tilstrækkeligt grundlag for at kunne konstatere, at brugerne er tilfredse</p> <p>Der er vedlagt to bilag til høringssvaret, som findes på sagen:</p> <p>1) Underskrifter fra 678 personer vedr. "Frit valg til fødsel på jordemoderledet klinik" (47 sider)</p> <p>2) Artikel af Hanne Dam: "<i>Jordemødre står af – fødeklinikken gør comeback</i>", publiceret 24/09/2018 i Liv &amp; Mennesker</p>  | <p>c) De gennemførte brugerinterviews skal opfattes som en "temperaturmåling"/kvalitativ feedback fra en gruppe kvinder/par, der har haft til formål at give inspiration til arbejdet med fødeplanen. Respondenternes erfaringsbaggrund er de eksisterende tilbud i Region Midtjylland.</p> <p>d) Der er ikke som led i arbejdet med den nye fødeplan gennemført en befolknings-/borgerrettet undersøgelse (spørgeskemaanalyse e. lign.), der har haft til formål at belyse holdning til/ønske om at kunne føde på en jordemoderledet klinik uden for sygehus). Anbefalingen tages til efterretning.</p> <p>e) Vurderingen tages til efterretning.</p> |
| 18 | Sundhedsstyrelsen | <p>a) Udkastet fremstår gennemarbejdet, og er omfangsrigt og detaljeret</p> <p>b) Mange positive elementer, herunder inddragelsen af brugerne i fødeplanens tilblivelse</p> <p>c) Fremstår i sin helhed som en gennemtænkt faglig udviklingsplan med fortsat fokus på kvalitetssikring, fælles beslutningstagning med patienten samt samarbejde med primærsektoren.</p> <p>d) SST har positivt noteret sig planens fokus på sårbare gravide/familier med henblik på at adressere denne gruppes komplekse problemstillinger.</p> <p>e) Tilgodeser borgernes individuelle behov i forhold til og forløb i sundhedssektoren gennem en differentiering af tilbud og indsatser.</p> <p>f) Styrelsen vurderer, at regionen overordnet set lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området.</p> | <p>a), b), c), d), e) og f) Ingen opfølgning.</p> <p>g) Administrationen foreslår på baggrund af en tilfredsstillende vurdering af de patientsikkerhedsmæssige og faglige/kvalitetsmæssige forhold, at organiseringen af fødslerne på Regionshospitalet Horsens og Regionshospitalet Holstebro fastholdes som beskrevet i det plangrundlag, der indgår i udkast til ny fødeplan. Klinikforum har på møde 5. februar 2021 drøftet Sundhedsstyrelsens tilbagemelding, og tilslutter sig Administrationens vurdering. Fødslerne fra fødestederne i Herning og Holstebro samles i 2021 i forbindelse med ibrugtagningen af det nye</p>                     |

|    |                                    |   |   |
|----|------------------------------------|---|---|
|    |                                    | <p>g) 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.</p> <p>h) 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 udtynde patientvolumen.</p> <p>i) 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.</p> <p>j) Der efterspørges en nærmere beskrivelse af organiseringen af RM's hjemmefødselsordning, herunder om det indgår i ordning med kendt jordemoder.</p> | <p>hospitals-byggeri i Gødstrup (indgår også i fødeplanen). Administrationen har i notat af 9. februar 2021 redegjort for hovedbegrundelserne for fastholdelse af den nuværende organisering af fødselsområdet på Regionshospitalet Horsens (indgår i bilagsmateriale til punkt 2 på Hospitalsudvalgets møde 1. marts 2021).</p> <p>h) Tages til efterretning.</p> <p>i) 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> <p>j) 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 | a) 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.   | a) Ingen opfølgning   |
| 20 | Lægeforeningen Midtjylland         | a) Peger på, at en prioritering af forskning under fokusområder vil være en forudsætning for, at  | a) Opmærksomheden på forskning er helt relevant. Dette ligger bag følgende  |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>regionen fortsat kan være i førertrøjen inden for svangreomsorgen</p> <p>b) Det fremgår af høringssvaret, 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.</p> <p>c) Der er en lille opmærksomhed på uddannelsen af de nødvendige læger og andet personale – undrer at uddannelsen af kernemedarbejderne inden for området ikke nævnes.</p> <p>d) Obstetrikerens betydning i forhold til komplikationer og gravide med kroniske sygdomme ikke beskrevet</p> <p>e) Vigtigheden af kvalitet i den lægelige videreuddannelse vigtig for rekrutteringen, der er lidende.</p> <p>f) 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/indvandrergupper vil give et fagligt løft i svangreomsorgen for disse grupper</p> <p>g) Afsnit 5.5 om fødslen – bør fremgå tydeligere, at sikkerhed er afgørende</p> <p>h) 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> | <p>sætning i afsnit 6.2: "<i>Forskningsprojekter udgør ligeledes et vigtigt element i forhold til at generere mere og ny viden - og dermed øge kvaliteten</i>". Forskning indgår imidlertid ikke som et selvstændigt fokus-/indsatsområde i fødeplanen, idet forskningsstrategi og –aktivitet forventes fremmet i anden sammenhæng.</p> <p>b) Der henvises til opfølgningen på Sundhedsstyrelsens høringssvar.</p> <p>c) Eksplicit reference i afsnit 6 vedr. betydningen af både grund-, efter- og videreuddannelse inden for alle faggrupper. Derudover skal der peges på fokusområdet vedrørende konsolidering af kompetencer, kapacitet og fagligt samarbejde på tværs af fødestederne (afsnit 7.2.1).</p> <p>d) Der er indarbejdet uddybende beskrivelser af håndteringen af både forudgående sygdomme og sygdomme/komplikationer opstået under graviditeten, herunder obstetrikerens rolle i den forbindelse. Der henvises i øvrigt til opfølgningen på høringssvaret fra Det Tværfaglige Specialeråd for Gynækologi og Obstetrik.</p> <p>e) Der henvises til opfølgningen på høringssvaret fra Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse (Videreuddannelsesregion Nord) samt afsnit 7.2.1 i udkastet.</p> |
|--|--|---|--|

|    |   |  |   |
|----|---|--|---|
|    |   |  | <p>f) Denne opmærksomhed på behovet for udvikling af kompetencer i forhold til sikring af kvaliteten i forløbene for kvinder og familier med anden etnisk baggrund end dansk tages med til drøftelse i Fødeplanudvalget.</p> <p>g) Det er tydeliggjort i teksten (afsnit 5.5), at sikkerhed / den sikre fødsel er et afgørende formål/hensyn.</p> <p>h) Der er foretaget en ensretning af terminologien i udkastet. Her anvendes nu f.eks. GA 35+0 (GA = gestationel Age).</p>  |
| 21 | Det Tværfaglige Specialeråd for Gynækologi og Obstetrik | <p>a) Indeholder mange relevante overvejelser og en god beskrivelse af organiseringen af fødeområdet inkl. samarbejdet med bl.a. sundhedspleje, anæstesi og pædiatere.</p> <p>b) 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 rettelser/tilføjelse på side 21, afsnit 4.5:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>"Foruden fødsler på hovedfunktionsniveau varetager Aarhus Universitetshospital i henhold til specialevejledningen både regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner inden for obstetrikken.</i></li> <li>• <i>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</i></li> </ul> | <p>a) Ingen opfølgning</p> <p>b) og c)<br/>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 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><i>med et højt niveau af særlige antistoffer, som kan medføre blodmangel hos barnet, gravide med svære betændelsestilstande i tarmen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <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></li> <li>• <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></li> <li>• <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></li> </ul> <p>c) Forslag om uddybning af afsnit om involverede sundhedspersoner, side 27 afsnit 5.3.3 (2. afsnit):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <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</i></li> </ul> | <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>d) Betydningen af uddannelse på grund-, efter- og videreuddannelses-niveau (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> <p>e) Der er foretaget en ensretning af terminologien i udkastet. Her anvendes nu f.eks. GA 35+0 (GA = gestationel Age).</p> <p>f) 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>g) 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 fødeplanudvalget som led i udarbejdelsen af oplæg til den nye fødeplan.</p> |
|--|--|---|---|

|    |                 |   |                           |
|----|-----------------|---|---------------------------|
|    |                 | <p><i>sekundære sundhedstjeneste og efter behov socialforvaltningen (Niveau 3 og 4). Det skal tilstræbes at inddrage nødvendige fagprofessionelle fra starten af forløbet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <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></li> </ul> <p>d) Forslag om mere fokus på forskning og videreuddannelse af personale, herunder fødselslæger, der for tiden er mangel på. Generelt meget lidt fokus på fødselslægers del i svangreomsorgen i udkastet.</p> <p>e) 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</p> <p>f) Stort fokus på tryghed for patienten, men der er ikke nævnt patientsikkerhed, som bør være højt prioriteret.</p> <p>g) Man kan ikke i dokumentet se, hvem der har siddet i arbejdsgruppen.</p> |                           |
| 22 | Randers Kommune | <p>a) Bakker op om fødeplanen for Region Midtjylland, og ser positivt på visionen for svangreområdet og de seks opstillede målsætninger.</p> <p>b) Vision og målsætninger spejler sig ind i Randers Kommunes sundhedspolitik (ønske om at samarbejde på tværs og skabe sundhed for alle).</p> <p>c) Visionen og målsætningerne stemmer overens med kommunens sundhedsplejes tilgang og fokus.</p>   | a) - f) Ingen opfølgning. |



|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>d) Ser positivt på, at fødende i Randers Kommune har mulighed for at føde i deres nærmiljø på Regionshospitalet Randers.</p> <p>e) Finder det særligt positivt med fødeplanens fokus på det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde - essentielt for at sikre gode graviditets-, fødsels- og barselsforløb for borgerne.</p> <p>f) Fødeplanens tværsektorielle og -faglige fokus understøtter ønsket om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen.</p> |  |
|--|--|---|--|