

Kære Sundhedsstrukturkommission

Som forening, der har repræsenteret kommende og nye familier ift. graviditet, fødsel og barsel, siden 1973, kommer vi her med input til hvordan svangreomsorgen kan blive en mere sammenhængende, bæredygtig og forebyggende indsats - tæt på borgerne.

Vores forslag bygger på borgerforslaget om 'Bedre fødsler - forslag om indførelse af rettigheder til fødende', som blev fremsat i 2021 og vedtaget af et bredt flertal i Folketinget, men aldrig implementeret (pånær få delelementer). Forslaget fik opbakning fra 50.000 borgere i løbet af 39 dage, og konkretiseringen bygger på både brugerinddragelse, erfaringsbaseret samt evidensbaseret viden.

Flere af forslagene er meget konkrete i hvilke tilbud og tiltag, der er behov for, for at give alle familier gode forudsætninger for en god start på familielivet - og dermed øge lighed i sundhed.

Punkt 3 (side 5-6 i det vedhæftede), er det som handler mest om organisering. Her henviser vi til det uudnyttede potentiale for både bedre og billigere fødsler i hjemmet og på jordemoderledede klinikker.

Fra 1960'erne begyndte man at rykke fødslerne ind på hospitalerne. Det sker i takt med øget velstand og opførelse af nye hospitaler, udvikling af obstetrikken og både fødendes og jordemødres oplevede fordele ved at lade fødslerne foregå på klinikker (de fødende fik nogle dages pusterum fra øvrige børn og huslige pligter, og jordemødrene kunne varetage flere fødsler samtidig uden "køretid"). Fra 1967-1972 faldt andelen af hjemmefødsler fra ca. 40 % til 1 %. Og det er ikke kun en fordel for de fødende og deres børn, der er også ulemper. Siden fødslerne overgik til primært at blive varetaget på hospitalerne, er der sket en stigende overbehandling og medikalisering, ligesom at jordemoderfaget er en af de faggrupper, som i stigende grad er svære at rekruttere og fastholde i det offentlige sundhedsvæsen.

I dag føder ca. 3 % hjemme, selvom minimum 60 % og formentlig 70-80 % af alle gravide med fordel kunne anbefales at føde hjemme eller på en jordemoderledet, fritstående fødeklinik. Forskning viser, at det for gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel er forbundet med bedre sundhedsudfald at føde hjemme/på klinik end på hospitalet og at risici for barnet er uændret. Jeg henviser i den sammenhæng til det opdaterede Cochrane review: *Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications*, fra marts 2023, som kan findes [her](#).

Jeg håber I vil tage vores input med i kommissionens arbejde. Nye familier er en væsentlig gruppe i det offentlige sundhedsvæsen, ca. 60.000 fødes årligt, og fødslerne genererer minimum to "patienter" pr. forløb, så der kan være meget at vinde her.

Jeg står meget gerne til rådighed for opfølgende spørgsmål, møde mv.

Med venlig hilsen

Mie Ryborg-Larsen | Forkvinde
Mobil: 6064 9824 | email: formanden@fogf.dk

Forældre og Fødsel | www.fogf.dk

BEDRE FØDSLER

INDFØRELSE AF RETTIGHEDER TIL FØDENDE

**Konkretisering af borgerforslag om bedre fødsler,
vedtaget af Folketinget den 3. juni 2021.**



*Forældre
og Fødsel*

Indledning



Mie Ryborg-Larsen
Formand

formanden@fogf.dk
Mobil: 6064 9824

Siden efteråret 2020 har vi i foreningen Forældre og Fødsel indsamlet vidnesbyrd fra familier, som har oplevet svigt i svangre-omsorgen. Disse vidnesbyrd dannede baggrund for borgerforslaget om indførelse af rettigheder til fødende, som blev vedtaget af et bredt flertal i Folketinget den 3. juni 2021. Formålet med forslaget er først og fremmest at sikre de samme nationale rettigheder til alle fødende familier i landet.

Siden vedtagelsen har vi gransket vidnesbyrdene, og spurgt brugerne om deres ønsker til et forbedret forløb før, under og efter fødslen. Disse ønsker har vi holdt op mod Sundhedsstyrelsens nuværende anbefalinger samt den forskning, der findes på området, og kvalificeret forslagene i samarbejde med fagpersoner på området. Det arbejde munder ud i dette notat.

Det er vores ønske, at det kan bidrage til det arbejde der finder sted til efteråret, hvor de konkrete tiltag til bedre fødsler skal formes i kølvandet på borgerforslaget om indførelse af rettigheder til fødende.

I dette notat lister vi op, punkt for punkt, de ønsker brugerne har til forbedringer i svangreomsorgen, samt på hvilken baggrund forslagene stilles.

1. Ret til fødsels- og forældreforberedende undervisningsforløb i små hold efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Brugernes ønsker til den konkrete udmøntning:

Udover at forældre- og fødselsforberedelsen skal følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger, er det vigtigt for os, at:

- Undervisningsforløbene har et omfang på minimum 8 timer
- Størrelsen på holdene maksimalt er på 8-10 familier
- Der indgår indhold, som lægger vægt på brugernes retsstilling med fokus på familiens autonomi, informeret samtykke og informerede valg
- Forældre- og fødselsforberedelse tilbydes efter universalprincippet til alle familier uden nogle former for egenbetaling

Baggrund:

Dansk forskning¹ 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.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. fødsels- og forældreforberedelse²:

- Det anbefales, at der tilbydes fødsels- og forældreforberedelse til alle
- Der foreslås et temaopdelt tilbud med deltagelse af repræsentanter for de fagpersoner, som familien møder gennem forløbet i et temaopdelt tilbud
- Fødestedet bør etablere tilbud om fødsels- og forældreforberedelse målrettet kvinder/par med særlige psykosociale, sproglige og/eller kulturelle behov

Sundhedsstyrelsens anbefalinger til indhold³:

1. Den gravides/parrets udvikling hen imod forældreskab
2. Amning og tilknytning til barnet under graviditeten, fødslen og i barselsperioden
3. Forberedelsen til fødslen
4. Konkret vejledning i pasning og pleje af barnet i barselsperioden



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

Brugernes ønsker til den konkrete udmøntning:

- 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, dvs. 7 konsultationer i løbet af graviditeten
- 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.

I forhold til hvordan dette arbejde kan organiseres henviser vi til Jordemødre for Ligeløns udspil til "Det nye jordemodervæsen"⁴ og Jordemoderforeningens udspil til styrket kvalitet i svangreomsorgen⁵

Baggrund:

International forskning⁶ viser, at fødende, der følges af et mindre team af jordemødre under graviditet, fødsel og den første tid efter fødslen har en større sandsynlighed for at føde med en jordemoder, de har mødt under graviditeten. Disse har mindre behov for medicinsk smertelindring, føder oftere ved en spontant startende fødsel, får sjældnere et fødselsklip, føder sjældnere ved hjælp fra en sugekop og har oftere en positiv oplevelse af fødslen. Der er ikke forskel i antallet af kejsersnit. Også for børnene har kendthed og kontinuitet i jordemoderomsorgen markante fordele, i det der er mindre sandsynlighed for at føde for tidligt samt at risikoen for at barnet dør i livmoderen før fødslen og den første tid efter fødslen er mindre.

Et andet studie⁷ har undersøgt effekten af at beskære antallet af graviditetsundersøgelser fra 13-14 besøg til 4-6 besøg (med mulighed for ekstra behovsbesøg). I undersøgelsen fandt man ligeledes, risikoen for at føde for tidligt samt at dødeligheden for barnet i livmoderen og den første uge efter fødslen var forøget for dem, der modtog færre svangrekonsultationer. Derfor er det også helt uacceptabelt, at der har været situationer, hvor gravide først har set en jordemoder i 7. graviditetsmåned⁸.

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen⁹ er der desuden god dokumentation for, at kontinuerlig tilstedeværelse af en omsorgsperson under fødslen nedsætter den fødendes behov for medicinsk smertelindring, øger tilfredsheden og chancen for at fødslen forløber spontant. Af hensyn til patientsikkerheden vurderes det nødvendigt, at denne omsorgsperson er en jordemoder.

Den markante forebyggende og sundhedsfremmende effekt kendthed og kontinuitet medfører, forudsætter, at der er tilstrækkelig tid til at opbygge en relation til den gravide/fødende og til at yde relational, individuelt tilpasset omsorg. Vi mener, at tid og omsorg skal anerkendes som sundheds(fremmende)ydelse og værdisættes på linje med fx. fysiske helbredsundersøgelser.



3. Ret til at vælge mellem fødsel i hjemmet, på en fritstående jordemoderledet fødeklinik eller på hospital

Brugernes ønsker til den konkrete udmøntning:

- At der skabes mulighed for og incitamenter til etablering af fritstående jordemoderledede fødeklinikker over hele landet, så alle gravide/fødende reelt har mulighed for at vælge dette
- At information om muligheden for hjemmefødsel styrkes
- At centraliseringen og nedlæggelsen af fødetilbud på hospitalerne ophører, for at modvirke at flere får langt til deres fødested og i erkendelse af, at store enheder ikke er lig med højere kvalitet

I forhold til organisering af ovenstående henviser vi igen til Jordemødre for Ligeløns udspil til "Det nye jordemodervæsen"¹⁰ og Jordemoderforeningens udspil til styrket kvalitet i svangreomsorgen¹¹.

Vi henviser endvidere til Forældre og Fødsels høringssvar til Sundhedsstyrelsens udkast til "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet"¹².

Baggrund:

Sundhedslovens § 83 giver alle fødende ret til jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. I Danmark føder ca. 3 % hjemme. Et tal der er steget markant de senere år. I årene 1997-2011 udgjorde hjemmefødsler ret stabilt omkring 1 % af alle fødsler. Vi er fortalere for hjemmefødsel og mener, at disse sammen med klinikfødsler udgør et stort uudnyttet potentiale for både bedre og mere omkostningseffektive fødsler¹³. Vi er dog bekymrede for om en af de væsentlige årsager til stigningen formentlig skyldes en modreaktion på travlheden på hospitalerne. Nogle vælger at føde hjemme alene af den årsag, at der er for lang transport til nærmeste hospital. Andre vælger det, for at være sikret kontinuerlig tilstedeværelse af en jordemoder. Vi mener at det bør være en lige så god og trykoplevelse at føde på hospitalet, som derhjemme.

Region Sjælland kan som den eneste region i Danmark tilbyde fødende med lav risiko for komplikationer at føde på en selvstændig jordemoderledet fødeklinik – omkostningsfrit for den fødende.

I England anbefales fødende med lav risiko for fødselskomplikationer at føde hjemme eller på en selvstændig jordemoderledet fødeklinik. Denne anbefaling baseres på engelsk forskning¹⁴, som har vist, at fødsler med lav risiko for komplikationer, der finder sted uden for en konventionel fødeafdeling, har helbredsmæssige fordele for den fødende og er lige så sikkert for barnet. Dansk forskning¹⁵ finder tilsvarende resultater.

Set i lyset af de seneste 20 års centralisering af fødselshjælpen, hvor antallet af fødesteder er faldet fra 42 i år 2000 til 23 i 2021, og deraf længere vej til fødestedet for mange, giver det således mening at give dem, der kan visiteres hertil og som ønsker det, muligheden for at føde på en selvstændig, jordemoderledet fødeklinik.

I dag bliver flere fødende omvisiteret fra deres valgte fødested til et andet grundet travlhed. Flere hjemmefødsler og fødeklinikker ville kunne aflaste de travle fødegange, således at de fødende på hospitalerne får den omsorg og hjælp, de har brug for og på samme tid sikre flere værdige fødselsforhold.



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

Brugernes ønsker til den konkrete udmøntning:

- Førstegangs- såvel som flergangsfødende skal have lov at blive på fødestedet indtil de er klar til at tage hjem
- 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
- Såfremt der indføres en minimumsgaranti for antal timer, 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 12 timer) efter fødslen, skal tilbydes opfølgende hjemmebesøg fra fødestedet

Baggrund:

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.

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.

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 sendes hjem før de er klar, og at ved tidlig udskrivelse – hvis forældrene vælger det – så har man sikret at forældrene er velforberedte, og har adgang til den støtte og opfølgning på lige fod med indlagte¹⁶.

I anbefalingerne beskriver Sundhedsstyrelsen at følgende skal være opfyldt inden tidlig udskrivelse; at hele familien skal være raske, velbefindende og trygge ved udskrivelse. Barnet skal være rask, og have været lagt til brystet og diet effektivt – dette skal være overværet af en jordemoder eller sygeplejerske. Derudover skal forældrene være bekendt med trivselstegn hos barnet, såsom vandladnings- og afføringsmønster. Ved udskrivelse skal der være et tilbud om strukturerede kontakter fra sundhedsvæsenet de første 14 dage efter fødslen, samt mulighed for at henvende sig på alle tider i døgnet til barselsafsnittet i 7 dage efter fødslen. Såfremt fødslen har fundet sted om natten, skal familien tilbydes at blive i flere timer end ved normal tidlig udskrivelse. Selvom udskrivelsen udskydes med nogle timer, skal der stadig følges op på familiens trivsel ved et hjemmebesøg. I det tilfælde at alle disse forhold er på plads, men hvor familien stadig ikke ønsker at blive udskrevet, skal der tilbydes opfølgende samtale for at løse eventuelle problemer¹⁷.

I Forældre og Fødsel mener vi, at alle nybagte forældre (både førstegangs- og flergangsfødende) skal tilbydes et ophold på barselsgangen, uanset hvor velforberedte eller i trivsel personalet må mene at familien er.



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

Brugernes ønsker til den konkrete udmøntning:

- Fødesteder skal have uddannede ammevejledere ansat i en vejledende funktion, og der bør være tid til at alle fødende modtager individuel og konkret ammevejledning, tilpasset deres situation og krop
- Sundhedspersonale på fødegang, barselsgang samt sundhedsplejersker skal gennemgå efteruddannelse i ammevejledning, for at sikre kompetent og ensartet hjælp.
- 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
- Fødestederne skal have åbne ammeambulatorier, hvor den ammende kan få hjælp og vejledning i mindst 14 dage efter fødslen efter behov uden en fast tid.
- Der skal etableres ammehotlines, hvor den fødende kan få individuel telefonisk rådgivning
- Der skal være overlevering fra fødested til sundhedsplejerske ved den fødendes udskrivelse, hvor sundhedsplejersken modtager information om den fødendes ammeopstart

Baggrund:

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at spædbørn ammes fuldt, til de er omkring 6 måneder. Delvis amning anbefales til 12 måneder eller længere.

Stort set alle fødende ønsker at amme deres barn fra fødslen. Nationale data¹⁸ om amning fra 2012 og frem viser, at mere end 95 % påbegynder amning ved fødslen, at ca. 88 % ammes fuldt i over 2 uger, mens ca. 55 % ammes fuldt i over 17 uger. Således ses der en støt faldende ammefrekvens.

Spædbørn der ernæres med modermælk, drager blandt andet fordel af en lavere risiko for diarré, luftvejsinfektioner og mellemørebetændelse. Mødre der ammer har lavere risiko for bryst- og æggestokkræft.¹⁹ Amning er således med til at øge sundheden blandt både mødre og deres børn. En god etablering af amning kræver, ifølge

Sundhedsstyrelsen, individuel og kompetent vejledning målrettet den enkeltes behov. For at sikre dette, foreslår vi at der på alle fødesteder er kvalificeret personale til at varetage ammevejledningen samt at alt sundhedspersonale, der har med ammende at gøre, har opdateret viden om amning.

I den nationale kliniske retningslinje om etablering af amning efter fødsel, beskrives der at omkring 40 % af alle der påbegynder amning oplever problemer med etableringen. Som følge af dette anses det som god praksis at sundhedspersonalet vejleder den ammende i effektiv sutte- og ammeteknik.²⁰ Derfor anbefaler vi at der både på føde- og barselsgang er kvalificeret personale, der kan løfte opgaven med ammevejledningen samt at nybagte familier kan modtage besøg fra en ammevejleder inden for en uge efter udskrivelse.

Overlevering af information om ammeopstarten fra fødested til sundhedsplejerske, indgår i både Sundhedsstyrelsens og vores anbefalinger. Overleveringen kan være med til at sikre konsistent vejledning og færre modstridende informationer fra sundhedspersonale, hvilket medvirker til en nemmere og mindre forvirrende ammeopstart.²¹

Alt for mange oplever, at travlhed og utilstrækkelig hjælp til at etablere amningen, hvilket resulterer i at de ikke lykkes med amningen. Fysiologisk set kan langt de fleste amme, og kulturelt har vi i Danmark en stor tilslutning til amning efter fødslen. Desværre ses et dyk i hvor mange børn der fuldammes allerede efter de første 14 dage. Vi anser det som helt essentielt at amning sættes på dagsordenen, for at sikre både bedre individuelle forløb og for den generelle folkesundhed.

De ovenstående tiltag kan samtidig bidrage til en lavere ulighed i sundhed. Den utilstrækkelige ammevejledning i det offentlige sundhedsvæsen fører til at mange ser sig nødsaget til at tilkøbe privat ammehjælp. Dette gør at hvorvidt man har forudsætninger for at lykkes med amning også bliver et spørgsmål om man har råd til at få den rette hjælp. Dette ser vi som yderst vigtigt at få elimineret, ved at sikre at alle har adgang til tilstrækkelig støtte i den offentlige sektor.



6. Ret til koordineret og sammenhængende støtte og behandling ved komplicerede forløb, fysisk som psykisk

Brugernes ønsker til den konkrete udmøntning
– fysiske komplikationer:

- Lige adgang til evidensbaserede anbefalinger omkring bækkenbundsproblematikker, fødselsskader, kejsersnit, arpleje og genoptræning.
- Tilgængelige videoer med vejledning om genoptræning efter fødslen.
- Tilbud om at blive tilset af fysioterapeut med speciale inden for gynækologi/obstetrik efter fødslen i forhold til individuel vurdering af behov for genoptræning.
- Henvvisning til fysioterapeutisk genoptræning i offentligt regi ved behov.
- Mulighed for at få hjælp af en socialrådgiver tilknyttet fødestedet, som kan yde rådgivning til f.eks. sygemelding, barselsregler og støttemuligheder.
- Tilknytning af koordinator til forløb som er komplicerede og som kræver flere forskellige fagpersoners hjælp.

Baggrund:

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 de fødende i deres vidnesbyrd om, at det er svært at finde specialiseret hjælp i form af konkret vejledning og genoptræning ved bækkenløsning, bristninger, klip i mellemkødet, vaginisme, underlivsprolaps, delte mavemuskler og kejsersnit.

Hyppigheden for grad 3 og 4 bristninger, hvor rupturen involverer endetarmsmuskulaturen, var i 2017 4,4% for førstegangsfødende²². Flere af de fødende med alvorlige bristninger vil opleve invaliderende gener efterfølgende. Dog mener man, at der er et stort mørketal, da mange af de fødende ikke opsøger sundhedsvæsenet²³. I de fødendes vidnesbyrd fremgår det, at de som oplever alvorlige fysiske gener efter graviditet og fødsel ikke føler, 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 og det offentlige, 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. I sommer kom det frem, hvordan fødende ved kejsersnit ikke får tilbudt vejledning og genoptræning efter operationen, men er overladt til selv at opsøge og finde information og hjælp til arpleje og genoptræning²⁴. Flere vidnesbyrd fortæller samme historie, hvor den nyopererede og nyslåede forælder som det eneste får en pjece om kejsersnit udleveret, og hvor barselsgangen er for travl til at hjælpe med forflytninger og mobilisering, så den fødende knapt kan tage sig af sit barn. Efter udskrivelsen er der ikke opfølgning på arrets heling ud over otte ugers undersøgelsen og ej heller tilbud om genoptræning. Til forskel kan en nyopereret hoftepatient forvente besøg af en fysioterapeut til individuel vurdering og mobilisering på operationsdagen samt et tilrettelagt forløb efterfølgende med kommunal genoptræning foretaget af specialister.

I Forældre og Fødsel mener vi, at de fysiske gener og skader i forbindelse med graviditet og fødsel bør sidestilles med behandlingen af andre somatiske sygdomme, så de fødende ikke skal opsøge privat behandling, men kan få konsultation og genoptræning i offentligt regi varetaget af specialister inden for gynækologi og obstetrik. Vi mener desuden, at de fødende bør have adgang til bedste og nyeste viden om praksis i forhold til de kropslige gener, de kan opleve efter graviditet og fødsel. Vi vil derudover opfordre til, at der bliver udarbejdet nationale standarder og retningslinjer for behandling af gener efter graviditet og fødsel, herunder bristninger, underlivs prolaps, kejsersnit og delt mavemusculatur. Vi mener, at dette vil være med til at mindske den ulighed i sundhed, som de fødende oplever.

Forældre og Fødsel har været i dialog med Dansk Selskab for Urologisk, Gynækologisk og Obstetrisk Fysioterapi (DUGOF) og forelagt dem brugernes forslag. DUGOF støtter op om brugernes forslag.

Brugernes ønsker til den konkrete udmøntning – psykiske komplikationer:

- 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.
- 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.

- Oprettelse af tilbud til familier, der har været igennem voldsomme fødsler og/eller oplever efterfødselsreaktion, eksempelvis i form af gruppeforløb.
- Kompetent og akut hjælp til krisehåndtering ved for tidlige fødsler, ufrivillige aborter, dødfødsler og tidlig spædbarnsdød.
- Mulighed for at få hjælp af en socialrådgiver tilknyttet fødestedet, som kan yde rådgivning til f.eks. sygemelding, barselsregler og støttemuligheder.
- Tilknytning af koordinator til forløb som er komplicerede og som kræver flere forskellige fagpersoners hjælp.

Baggrund:

Fra Forældre og Fødsels indsamling af vidnesbyrd fra forældre, der har oplevet svære graviditeter, fødsler og efterfødselsforløb, ser vi en tendens til dem, som oplever psykiske komplikationer ikke altid får tilstrækkelig hjælp. Blandt andet beskriver forældrene at føle sig mangelfuldt informeret om muligheder for hjælp efter eksempelvis en traumatisk fødsel. Desuden oplever de ofte, at der slet ikke er et tilstrækkeligt tilbud, som passer til deres situation. Vi appellerer til at der oprettes tilbud, der er for alle – uanset kommune, fødested og socioøkonomiske status.

For at opnå bedre psykisk sundhed under graviditet, fødsel og barsel skal den fødende være tilknyttet kendt jordemoderordning. I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangersomsorgen beskrives der at der er evidens for at kontakt med den samme jordemoder gennem graviditeten øger brugertilfredsheden²⁵.

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 nødvendigt²⁶. Vi anbefaler i tillæg til dette, at efterfødselsforløbet altid kobles til sundhedsplejerske og egen læge, 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. Det ligger os på sinde at sikre fødende og deres familier de bedst mulige forudsætninger for at komme igennem svære forløb, hvilket forslagene til den konkrete udmøntning kan bidrage til.



Kilder:

1. [Women's experience of childbirth – A five year follow-up of the randomised controlled trial "Ready for Child Trial", s. 450–454.](#)
2. [Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen 2013, se kapitel 12](#)
3. [Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen 2013, se afsnit 12.2](#)
4. [Det nye jordemodervæsen, Jordemødre for ligeløn](#)
5. [Styrket kvalitet i svangreomsorgen, Jordemoderforeningen](#)
6. [Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women – Sandall, J – 2016](#)
7. [Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy](#)
8. [Line ser først jordemoder i 7. måned: "Det er frustrerende"](#)
9. [Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen 2013, se kapitel 13](#)
10. [Det nye jordemodervæsen, Jordemødre for ligeløn](#)
11. [Styrket kvalitet i svangreomsorgen, Jordemoderforeningen](#)
12. [Høringssvar til "Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet, Forældre og Fødsel](#)
13. [The opportunity costs of birth in Australia: Hospital resource savings for a post-COVID-19 era](#)
14. [Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study](#)
15. [Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women](#)
16. [Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen 2013, se afsnit 15.1.3, 15.2 og 15.2.1](#)
17. [Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen 2013, se afsnit 15.1.3, 15.2 og 15.2.1](#)
18. [Amning – en håndbog for sundhedspersonale, se afsnit 1.4](#)
19. [Amning – en håndbog for sundhedspersonale, se kapitel 3](#)
20. [Guideline National klinisk retningslinje om etablering af amning efter fødsel.](#)
21. [Amning – en håndbog for sundhedspersonale, se punkt 2.1.6](#)
22. [Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler \(DKF\)](#)
23. [Sphincterskade ved vaginal forløsning – Lægehåndbogen på sundhed.dk](#)
24. [Anna Lindestrand-Hansen fik kejsersnit og opdagede, at der er forskel på patienter](#)
25. [Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen 2013, se punkt 16.1.1.](#)
26. [Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen 2013, se punkt 15.4.](#)



Forældre
og Fødsel